

**T.C.
IŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA TEZİ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

Eda YARDIMCI

**HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERİN SAĞLIK ÇALIŞANLARI
TUTUMLARINDAN BEKLEDİKLERİ
STİGMATİZASYONUN PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLAR
ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİ**

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Z. Deniz AKTAN

İSTANBUL, Ağustos 2024

**T.C.
IŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**Eda YARDIMCI
(219DPY9245)**

**HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERİN SAĞLIK ÇALIŞANLARI
TUTUMLARINDAN BEKLEDİKLERİ
STİGMATİZASYONUN PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLAR
ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Z. Deniz AKTAN**

İSTANBUL, Ağustos 2024

T.C
IŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

Eda YARDIMCI
(219DPY9245)

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERİN SAĞLIK
ÇALIŞANLARI TUTUMLARINDAN BEKLEDİKLERİ
STİGMATİZASYONUN PSİKOPATOLOJİK
SEMPTOMLAR ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİ

Tezin Savunulduğu Tarih: 13.08.24

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Z. Deniz Aktan – Işık Üniversitesi

Diğer Jüri Üyeleri:

Dr. Öğr. Üyesi Emel Erdoğan – Işık Üniversitesi

Prof. Dr. Hayat Kumbasar – Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Doç. Dr. Berna Akçınar – Işık Üniversitesi

Doç. Dr. Zuhal Yeşilbağ – Sağlık Bilimleri Üniversitesi

İSTANBUL, Ağustos 2024

İmza

ÖZET

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERİN SAĞLIK ÇALIŞANLARI TUTUMLARINDAN BEKLEDİKLERİ STİGMATİZASYONUN PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLAR ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİ

HIV, kan veya cinsel yolla bulaşan tedavi alınmadığı takdirde immun sisteme zarar vererek AIDS tablosuna evrilen bir virüstür. Tedavi alınması halinde bulaşın ve olumsuz prognozun ortadan kaldırılabilmesine rağmen HIV epidemisi dünyada hala devam etmektedir. Epideminin kontrol altına alınamamasındaki en güçlü etkenlerden biri HIV stigmatizasyonu ve ayrımcılıktır. HIV ile yaşayan kişiler tanı ve tedavi süreçlerinde de stigmatizasyon ve ayrımcılığa maruz kalmakta, bu durum tanı sürecinin gecikmesine ve/veya tedavi uyumunun düşmesine neden olabilmektedir. Stigmatizasyon ve ayrımcılığa maruz kalmak kişinin psikopatolojik semptomlar geliştirmesinde etkilidir. HIV ile yaşayan kişilerin tanı ve tedavi süreçlerinde bekledikleri ve maruz kaldıkları stigmatizasyon alanyazında ele alınsa da bu değişimi ölçen standardize bir ölçek bulunmamaktadır.

Bu çalışmanın amacı HIV ile yaşayan kişilerin tedavi süreçlerinde bekledikleri stigmatizasyon ve ayrımcılığı ölçen bir ölçek geliştirmek ve geliştirilen ölçek aracılığıyla HIV ile yaşayan kişilerin tanı ve tedavi süreçlerinde bekledikleri stigmatizasyon ile psikopatolojik semptomlar arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmanın ilk bölümünde 18 yaş ve üzeri HIV ile yaşayan 224 kişiye ulaşılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğinin sınanması için Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör analizleri yürütülmüştür. Analiz sonuçlarına göre varyansın %72'sini açıklayan, uyum indeksine göre kabul edilebilir uyum değerlerine sahip ikfaktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. İlk faktör "HIV Tedavisine Yönelik Beklenen Stigmatizasyon", ikinci faktör ise "HIV Statüsüne Yönelik Beklenen Stigmatizasyon" olarak isimlendirilmiştir. Ölçeğin birleşen geçerliğinin sınanması için HIV/AIDS Damgalama Ölçeği ile ilişkisi incelenmiş

beklenildiği gibi iki ölçek arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ölçeğin görünüm geçerliğinin sınanması için iki enfeksiyon uzmanı, bir klinik psikolog ve bir HIV ile ilişkili danışmanlık hizmeti veren Sivil Toplum Kuruluşu çalışanından uzman görüşü alınmıştır. Ölçeğin güvenilirliğinin sınanması için toplam puan ve faktör yapılarının iç tutarlılık kat sayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin iç tutarlık katsayılarının iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Geliştirilen HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği psikometrik özellikler açısından yeterli düzeydedir fakat örneklem genişliği ve örneklem içi çeşitlilik artırılarak psikometrik özelliklerin tekrar sınanması alanyazına katkı sağlayacaktır. Çalışmanın ikinci bölümünde geliştirilen HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği kullanılarak HIV ile yaşayan kişide tedavide beklenen stigmatizasyonun psikopatolojik semptomlar üzerindeki yordayıcı etkisi incelenmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünün örnekleme 18-25 yaş aralığında 101 HIV ile yaşayan kişiden oluşmaktadır. Literatür ile uyumlu olarak HIV tedavisinde beklenen stigmatizasyonun depresyon, anksiyete, hostalite, olumsuz benlik ve somatizasyon belirtileri üzerinde yordayıcı etkisinin bulunduğu saptanmıştır. Bulgular literatür verileriyle karşılaştırılarak tartışılmıştır. İkinci bölümde öne sürülen tüm hipotezler doğrulanmıştır fakat çalışmanın önemli kısıtlılıklara da sahiptir. En önemli iki kısıtlılık örneklem sayısı ve örneklem içi çeşitliliğidir. Örneklem sayısı ve örneklem içi çeşitliliğin artırılarak çalışmanın tekrarlanması bulguların güvenilirliğinin artırması açısından alanyazına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Stigmatizasyon, Psikopatoloji, HIV Tedavisi, HIV Stigmatizasyonu

ABSTRACT

THE PREDICTIVE EFFECT OF STIGMATIZATION OF PEOPLE LIVING WITH HIV ANTICIPATED BY ATTITUDES OF HEALTH WORKERS ON PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS

HIV is a virus that is transmitted through blood or sexual transmission and, in the absence of treatment, damages the immune system and evolves to AIDS. Despite the elimination of transmission and unfavorable prognosis in case of treatment, the HIV epidemic still continues in the world. One of the strongest factors in the failure to control the epidemic is HIV stigmatization and discrimination. People living with HIV are also exposed to stigmatization and discrimination during diagnosis and treatment processes, which may lead to delayed diagnosis and/or decreased treatment adherence. Being exposed to stigmatization and discrimination is effective in the development of psychopathological symptoms. Although the stigmatization that people living with HIV expect and are exposed to during the diagnosis and treatment processes is discussed in literature, there is no standardized scale that measures this change.

The aim of this study is to develop a scale that measures the stigmatization and discrimination that people living with HIV expect in the treatment processes and to examine the relationship between the stigmatization that people living with HIV expect in the diagnosis and treatment processes and psychopathological symptoms. In the first part of the study, 224 people living with HIV aged 18 and over were reached. Exploratory and Confirmatory Factor Analyses were conducted to test the construct validity of the scale. According to the results of the analysis, a two-factor structure explaining 72% of the variance and having acceptable fit values according to the fit index emerged. The first factor was named “Anticipated Stigmatization in HIV Treatment” and the second factor was named “Anticipated Stigmatization on HIV Status”. In order

to test the convergent validity of the scale, its relationship with the HIV/AIDS Stigmatization Scale was examined. There was a significant and positive correlation between the two scales. In order to test the face validity of the scale, expert opinions were obtained from two infectious disease specialists, a clinical psychologist and an employee of an NGO providing HIV-related counseling services. In order to test the reliability of the scale, the internal consistency coefficients of the total score and factor structures were calculated. The internal consistency coefficients of the scale were found to be at a good level. The developed Stigmatization Expected in HIV Treatment Scale is adequate in terms of psychometric properties, but re-testing the psychometric properties by increasing the sample size and diversity within the sample will contribute to literature. In the second part of the study, the predictive effect of expected stigmatization in treatment on psychopathological symptoms in people living with HIV was examined using the Expected Stigmatization in HIV Treatment Scale. The sample of the second part of the study consisted of 101 people living with HIV between the ages of 18-25. In line with the literature, it was found that stigmatization expected in HIV treatment had a predictive effect on depression, anxiety, hostility, negative self and somatization symptoms. The findings were discussed in comparison with literature. All hypotheses put forward in the second chapter were confirmed, but the study also has important limitations. The two most important limitations are the sample size and within-sample diversity. Repeating the study by increasing the number of samples and diversity within the sample may contribute to the literature in terms of increasing the reliability of the findings.

Keywords: HIV, Stigmatization, Psychopathology, HIV Treatment, HIV Stigmatization

TEŞEKKÜR

Öncelikle yüksek lisans dönemimde tanışma fırsatı bulduğum hayatımın her alanında koşulsuz desteğini hissettiğim, akademik ve klinik becerilerimin gelişiminde de unutamayacağım katkıları bulunan tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Z. Deniz Aktan'a çok teşekkür ederim.

Doktora eğitimim boyunca ders aldığım tüm hocalarıma akademik, klinik ve kişisel gelişimime sağladıkları katkı için teşekkürlerimi sunmak isterim. Araştırma asistanı olarak çalıştığım dönemde Klinik Psikoloji Lisansüstü Programları Koordinatörü olan anlayışlı ve şefkatli yaklaşımı ile kapsayıcılığını hissettiren, bunun yanında bu çalışmada ölçek geliştirme kararını kendisinden aldığım bilgiler sayesinde verebildiğim Doç. Dr. Berna Akçınar'a ayrıca teşekkürlerimi sunmak isterim.

Ulaşılması zor bir grup ile yürüttüğümüz bu çalışmada öznelere ulaşımına olanak sağlamak için tüm kaynaklarını seferber eden bunun yanında Tez İzleme Kurullarında verdiği değerli öneriler ile çalışmamızın sağlam temeller ile ilerlemesini sağlayan Prof. Dr. Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu'na teşekkürlerimi sunmak isterim. Hayat Hocam vasıtasıyla tanıştığım ve veri toplama sürecimde büyük katkıları bulunan Doç. Dr. Esra Zerdali, Prof. Dr. Özlem Altuntaş Aydın ve Prof. Dr. Birgül Mete'ye teşekkür etmek isterim. Veri toplama sürecimde öznelere ulaşımına büyük katkıları bulunan Pozitif Yaşam Derneğinden Tutku Altundağ, Yağmur Şenoğuz ve Rojda Çelik'e; Pozitif-iz Derneğinden Çiğdem Şimşek'e ve Kırmızı Kurdele Derneğinden Kağan Çavuşoğlu'na teşekkür ederim. Doktora sürecim boyunca akademik ve manevi desteklerini asla esirgemeyen Çocuk-Ergen Klinik Psikoloji programındaki tüm yol arkadaşlarıma ve bu yolculukta desteklerini her zaman hissettiğim Berrin İnci İzmir, Buket Koçyiğit ve Pelinsu Bulut'a özellikle teşekkür ederim. Son olarak bu süreçte koşulsuz şekilde yanımda olan kedilerim Robin ve Roxie'ye, köpeğim Marmi'ye ve Cansu'ya teşekkür ederim.

Eda YARDIMCI

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ONAY SAYFASI.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	ivii
TABLOLAR LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
BÖLÜM 1.....	1
1. GİRİŞ	1
BÖLÜM 2.....	5
2. LİTERATÜR.....	5
2.1. HIV/AIDS	5
2.1.1. Geçmişten Günümüze HIV/AIDS.....	5
2.1.2. Türkiye’de HIV/AIDS	13
2.1.3. HIV Enfeksiyonunun Fiziksel ve Psikososyal Etkileri.....	16
2.2. STİGMATİZASYON	17
2.2.1. HIV ve AIDS’e dair Stigmatizasyonun Psikopatoloji Gelişimi ile İlişkisi	23
2.2.2. Sağlık Hizmetinde HIV Stigmatizasyonu.....	28
2.3. HIV STİGMATİZASYONUNUN SAĞLIK DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN SAĞIK MODELLERİ KAPSAMINDA İNCELENMESİ.....	30

2.3.1. Sağlık İnanç Modeli	31
2.3.2. Sosyal Bilişsel Teori.....	31
2.3.3. Gerekçeli Eylem Teorisi	32
2.3.4. Planlı Davranış Teorisi	32
2.3.5. Sosyo Ekolojik Model ve Modifiye Edilmiş Sosyo Ekolojik Model.....	33
2.4. HIV STİGMATİZASYONUNUN ÖLÇÜMÜ	35
BÖLÜM 3.....	38
3. AMAÇ VE HİPOTEZLER	38
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	38
3.2. HİPOTEZLER.....	38
BÖLÜM 4.....	40
4. YÖNTEM.....	40
4.1. HIV TEDAVİSİNDE BEKLENEN STİGMATİZASYON ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ İÇİN ÖRNEKLEM	40
4.2. HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERİN SAĞLIK ÇALIŞANLARI TUTUMLARINDAN BEKLEDİKLERİ STİGMATİZASYONUN PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLAR ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİNİN SAPTANMASI İÇİN ÖRNEKLEM.....	41
4.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	42
4.3.1. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Geliştirilmesi için Veri Toplama Araçları	42
4.3.1.1. Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu	42
4.3.1.2. HIV/AIDS Damgalanma Ölçeği	42
4.3.1.3. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği.....	43
4.3.2. HIV İle Yaşayan Kişilerin Sağlık Çalışanları Tutumlarından Bekledikleri Stigmatizasyonun Psikopatolojik Semptomlar	

Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin Saptanması için Veri Toplama Araçları	44
4.3.2.1. Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu	44
4.3.2.2. Kısa Semptom Envanteri.....	44
4.3.2.3. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği.....	44
4.4. İŞLEM	45
4.4.1. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Geliştirilebilmesi için İşlem	45
4.4.2. HIV ile Yaşayan Kişilerin Sağlık Çalışanları Tutumlarından Bekledikleri Stigmatizasyonun Psikopatolojik Semptomlar Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin Saptanması için İşlem.....	46
4.5. VERİ ANALİZİ	47
4.5.1. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Geliştirilebilmesi için Veri Analizi.....	47
4.5.2. HIV ile Yaşayan Kişilerin Sağlık Çalışanları Tutumlarından Algıladıkları Stigmatizasyonun Psikopatolojik Semptomlar Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin Saptanması için Veri Analizi	48
BÖLÜM 5.....	49
5. BULGULAR.....	49
5.1. HIV TEDAVİSİNDE BEKLENEN STİGMATİZASYON ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİNE DAİR BULGULAR	49
5.1.1. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Geliştirilmesine Dair Betimsel Bulgular	49
5.1.2. Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA).....	51
5.1.3. Güvenirlik	53
5.1.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA).....	54
5.1.5. Birleşen Geçerlik	57
5.1.6. Görünüm Geçerlik	58
5.2. HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERİN TEDAVİ SÜREÇLERİNDE BEKLEDİKLERİ STİGMATİZASYONUN PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLARI ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİNE DAİR BULGULAR	58

5.2.1. HIV ile Yaşayan Kişilerin Tedavi Süreçlerinde Bekledikleri Stigmatizasyonun Psikopatolojik Semptomları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Dair Betimsel Bulgular	58
5.2.2 HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon ile Psikopatolojik Semptomların Sosyodemografik ve Kişisel Verilere göre Farklılıklarının İncelenmesi.....	61
5.2.3. HIV ile Yaşayan Kişilerin Sağlık Hizmeti Alırken Bekledikleri Stigmatizasyonun Psikopatolojik Semptomları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Dair Bulgular	65
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
KAYNAKLAR	87
EKLER.....	120
ÖZGEÇMİŞ.....	131

TABLolar LİSTESİ

Tablo 5.1 HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Örnekleme Dair Betimsel Bulgular.....	50
Tablo 5.2. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Faktör Yapısına ve Madde-Toplam Korelasyonlarına İlişkin Bulgular	52
Tablo 5.2. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Faktör Yapısına ve Madde-Toplam Korelasyonlarına İlişkin Bulgular (devamı)	53
Tablo 5.3. HTBSÖ ve HADÖ Değişkenlerine dair Korelatif İlişkiler	58
Tablo 5.4. HIV ile Yaşayan Kişilerin Tedavi Süreçlerinde Bekledikleri Stigmatizasyonun Psikopatolojik Semptomları Üzerindeki Yordayıcı Etkisini Ölçen Örnekleme Dair Bulgular.....	60
Tablo 5.4. HIV ile Yaşayan Kişilerin Tedavi Süreçlerinde Bekledikleri Stigmatizasyonun Psikopatolojik Semptomları Üzerindeki Yordayıcı Etkisini Ölçen Örnekleme Dair Bulgular (devamı)	61
Tablo 5.5. Kısa Semptom Envanterine ait Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	62
Tablo 5.6. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğine ait Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	63
Tablo 5.7. Kısa Semptom Envanterine ait T testi Sonuçları.....	64
Tablo 5.8. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğine ait T testi Sonuçları.....	64
Tablo 5.9. HTBSÖ ve KSE Değişkenlerine dair Betimleyici İstatistikler.....	66
Tablo 5.10. Yordayıcı ve Yordanan Değişkenlere Dair Korelasyon Analiz Sonuçları.....	67
Tablo 5.11. Yordanan Değişkenlerin KSE-h, KSE-d, KSE-ob, KSE-a ve KSE-s olduğu Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	70

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1 Damgalanma ve damgalanma ile ilişkili kavramlara dair ilişkiler (Yaman ve Güngör, 2013).....	20
Şekil 2.2 HIV ile İlişkili Stigmatizasyonun Spesifik Boyutları (Turan ve diğerleri, 2017)	25
Şekil 2.3 HIV Riski için Modifiye Edilmiş Sosyo Ekolojik Model (Baral ve diğerleri, 2013)	35
Şekil 5.1. HTBSÖ Düzeltme Öncesi Sonuçlar.....	55
Şekil 5.2. HTBSÖ Düzeltme Sonrası Sonuçlar.....	56

KISALTMALAR LİSTESİ

HIV: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü

AIDS: Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu

KSE: Kısa Semptom Envanteri

HTBSÖ: HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği

AFA: Açımlayıcı Faktör Analizi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

BÖLÜM 1

1. GİRİŞ

İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV) bağışıklık sistemindeki C4 kan hücrelerine saldırarak vücudu enfeksiyonlara karşı korunmasız hale getirir, tedavi edilmemesi halinde Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromuna (AIDS) sebep olarak kişinin ölümüne kadar gidebilecek bir tablonun ortaya çıkmasına neden olur. HIV/AIDS epidemisi başladığından beri dünyada ortalama 84.2 milyon kişi HIV ile enfekte olmuş, ortalama 40.1 milyon kişi ise HIV nedeniyle hayatını kaybetmiştir. 2021 yılının sonu itibariyle dünyada HIV ile yaşayan 38.4 milyon kişi bulunmaktadır (WHO, 2022).

Günümüzde sahip olduğumuz tedavi olanakları ile HIV ile yaşayan kişiler normal hayat beklentisi ile yaşayabilmekte, bulaş riski olmaksızın cinsel ilişkiye girebilmekte ve üreyebilmektedir (Popping ve diğerleri, 2021). İlk resmi tanının açıklandığı 1980’li yılların üzerinden 42 yıl geçmiş olmasına ve geliştirilen tedavi yöntemleri ile kronik bir hastalıktan farkı olmayacak nitelikte bir tedavi süreci ve yaşam kalitesi sağlanabilmesine rağmen HIV/AIDS epidemisi hala tam olarak kontrol altına alınamamıştır (WHO, 2022).

Bu durumun başlıca nedenlerinden biri HIV/AIDS statüsünün toplum nezdinde sadece bir virüs olarak değil beraberinde getirdiği birçok “olumsuz” kalıp yargılar ile anılmasıdır. HIV statüsü ile beraber zihinde uyanan etiketler tedavilerin geliştirilmesi, ekonomik ve sosyal destek kaynaklarının oluşturulması, kişilerin tanı alması ve tedaviyi sürdürmeleri gibi sürecin yönetimindeki en temel faktörler üzerinde olumsuz bir etki yaratmış, hatta zaman zaman bu faktörlerin sağlıklı bir şekilde oluşturulmasını engellemiştir. HIV/AIDS statüsü üzerinden yapılan stigmatizasyon ve ayrımcılığın bir diğer olumsuz çıktısı HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin psikolojik sağlıkları üzerinde görülmektedir (Turan ve diğerleri, 2016). Günümüzde HIV/AIDS ile yaşayan

kişilerin maruz kaldıkları damgalanma ve ayrımcılık görece azalmış olsa da özellikle gelişmekte olan ülkelerde etkisi hala sürmektedir (UNAIDS, 2022).

Kişinin HIV/AIDS statüsüne dair muhatap olacağı ilk kişilerden biri sağlık çalışanlarıdır. Test, tanı ve tedavi süreçlerinde kişi, stigmatizasyona maruz kalma ihtimali olan HIV/AIDS statüsünü gönüllü değil zorunlu olarak sağlık çalışanları ile paylaşmak durumundadır. Bu zorunluluk halinin getirebileceği sonuçların belirli standartlar ile güvence altında olmaması tanı ve tedavi süreçlerinde telafisi mümkün olmayan olumsuz etkiler bırakabilmektedir. HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin dünyada ve Türkiye’de sağlık çalışanları tarafından farklı şekillerde stigmatizasyona ve ayrımcılığa maruz kaldığı araştırmalarca kanıtlanmıştır (Arrey ve diğerleri, 2017; Bayrak ve diğerleri, 2014; Gökengin ve diğerleri, 2017; Şengül ve diğerleri, 2020; Zarei ve diğerleri, 2015). Stigmatizasyon ve ayrımcılığa maruz kalmanın da psikopatoloji gelişimi ve fizyolojik sağlık üzerindeki olumsuz etkisi bilinmektedir (APA, 2017; Pitonak, 2017; McGuire ve Miranda, 2008; Carey ve diğerleri, 2006). Tüm bu değişkenler göz önünde bulundurulduğunda tanı ve tedavi süreçlerinde sağlık çalışanlarının HIV/AIDS ile yaşayan kişilere karşı tutumunun epideminin gidişatı ve halk sağlığı açısından önemi aşikardır.

Sağlık çalışanlarının HIV/AIDS ile yaşayan kişilere karşı tutumlarının HIV ile yaşayanların tedavi süreçleri ve psikolojik sağlıkları üzerinde oldukça güçlü bir faktör olduğu literatürde kanıtlanmış bir bulgudur (Katz ve diğerleri, 2013; Turan ve diğerleri, 2011). Kronik stresin bağışıklık sistemini baskılaması ve aynı zamanda kişiyi psikopatolojilere karşı yatkın hale getirmesi ile HIV tedavisinde bağışıklık sisteminin korunmasının önemi arasındaki ilişkiyi düşündüğümüzde (Antoni, 2003; Glaser ve Kiecolt-Glaser, 2009; Leserman, 2003) HIV ile yaşayan kişilerin tanı ve tedavi süreçlerinde maruz kaldıkları veya maruz kalabileceklerini düşündükleri stigmatizasyonun sistematik bir biçimde saptanmasının atılabilecek iyileştirici adımların oluşturulabilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Literatüre baktığımızda HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken maruz kaldıkları stigmatizasyon ve ayrımcılık türleri çeşitlilik gösterse de benzer

niteliklere sahip olduğu gözlenmiştir (Naughton ve Vanable, 2013; Vorasane ve diğerleri 2017; Geter ve diğerleri, 2018; Vaughan ve diğerleri 2020). Sağlık hizmeti sırasında maruz kalınan veya beklenen stigmatizasyon ve ayrımcılığı ölçen standardize bir ölçek bulunmadığından ilgili araştırmalardaki ölçümler kısıtlı sayıdaki örneklem ile anket soruları ve deneyim aktarımı ile yapılmıştır. HIV/AIDS ile yaşayanların sağlık çalışanları tarafından maruz kaldıkları stigmatizasyonun dünyada ve özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerdeki yaygınlığı düşünöldüğünde (Smith ve diğerleri, 2020) tedavi sürecinde beklenen olumsuz tutumların ölçölmesi amacıyla standardize bir ölçek geliştirilmesinin önemli olduğu düşünölmüştür.

Sosyo Ekolojik Model (SEM) sağlık davranışını etkileyen faktörlere bireysel davranış odaklı değil geniş bir perspektiften bakılması gerektiğini savunur. Model, sağlık davranışı üzerinde yapısal, kurumsal, toplumsal, kişilerarası ve kişisel faktörlerin kompleks ilişkisinin etkili olduğunu ileri sürer (Lee ve diğerleri, 2017). Baral ve arkadaşları 2013 yılında modeli HIV epidemisini temel alarak modifiye etmişlerdir. SEM'in modifiye edilmiş halinde HIV enfeksiyonuna karşı risk oluşturabilecek beş ayrı yapı belirlenmiştir. Bunlar HIV epidemisinde ülkenin/bölgenin ne noktada olduğu, HIV riskini düşürmeye yönelik toplumsal politikalar, stigmatizasyon ve ayrımcılığın toplumsal düzlemlerde düşürölmesi ve stigmatizasyon ve ayrımcılığa maruz kalmadan sağlık hizmetine ulaşabilmek, risk gruplarının belirlenmesi ve kişilerin sahip oldukları sosyal kaynaklar ve bulaş riskini arttırabilecek/azaltabilecek kişisel davranışlar olarak belirlenmiştir (Baral ve diğerleri, 2013).

Buradan hareketle HIV temel alınarak modifiye edilmiş Sosyo Ekolojik Model'in tanı ve tedavide stigmatizasyonun önemini vurguladığı HIV yayılımını etkileyen toplumsal faktörlerden yola çıkarak HIV ile yaşayan kişilerin tedavi süreçlerinde bekledikleri stigmatizasyonu saptamayı amaçlayan bir ölçek geliştirmek amaçlanmıştır. Ölçeğin geliştirilmesinin ardından HIV ile yaşayan kişilerin tedavi süreçlerinde sağlık çalışanları tutumlarından bekledikleri stigmatizasyonun psikopatolojik semptomlar üzerindeki yordayıcı etkisi incelenmiştir.

Tüm bu verilerden hareketle bu araştırmanın temel olarak cevaplamayı amaçladığı sorular aşağıdaki gibidir;

1) Türkiye’de HIV ile yaşayan kişiler tedavi hizmeti alırken damgalanacağını ve ayrımcılığa uğrayacağını düşünüyor mu?

2) Türkiye’de HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken maruz kalacaklarını düşündükleri damgalanma ve ayrımcılık gösterdikleri psikopatolojik semptomlar üzerinde etkili mi?

BÖLÜM 2

2. LİTERATÜR

2.1. HIV/AIDS

İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) iki adet tek zincirli RNA'dan oluşan zarflı bir retrovirüstür. HIV, bağışıklık sisteminin hücresel bileşeni olan akyuvarlara saldırarak sisteminin çökmesine neden olur. Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (AIDS) ise HIV dolayısıyla bağışıklık sistemindeki bozulmalar sonucunda fırsatçı enfeksiyonların ortaya çıkması ile karakterize bir evredir. HIV meni, vajinal sıvı, kan, hamilelik ve anne sütü vasıtasıyla bulaşmaktadır (CDC, 2022). Virüsün 1800'lü yılların sonlarına doğru Afrika'da şempanzelerden insanlara geçtiği düşünülmektedir. Retrospektif çalışmalar ile saptanan ve HIV ile bağlantılı ölüm olarak kaydedilen ilk vaka Kongo'da 1959 yılında görülmüştür. 1960-1980 yılları arasında virüsün özellikle Afrika bölgesinde yayıldığı düşünülmektedir (Sabin ve Lundgren, 2013).

2.1.1. Geçmişten Günümüze HIV/AIDS

HIV'in insan türünde ne zaman görülmeye başladığı tam olarak bilinmese de 1800'lü yılların sonlarına doğru Afrika kıtasındaki şempanzelerden avlanma veya beslenme sırasında kan yoluyla insanlara bulaştığı düşünülmektedir. 1980'li yıllarda virüsün Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygınlaşmasıyla keşfedilme süreci de başlamıştır (Lemey ve diğerleri, 2004).

1980-1981 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nin Los Angeles eyaletinde erkeklerle cinsel ilişki kurmuş erkeklerde görülen ve "Gay Kanseri" olarak isimlendirilen bir salgın başlamış, vakalar kısa sürede dramatik bir artış göstermiştir. 1982 yılında ABD Hastalık Korunma ve Koruma Merkezi (CDC) sendromu "Gay Bağlantılı Bağışıklık Yetmezliği" olarak isimlendirmiştir (CDC, 1982a). Özellikle ilk yıllarda vakaların çoğunluğunun erkekler ile cinsel ilişki

yaşamış erkeklerden oluşması nedeniyle tıp camiası ve politikacılar epidemiyi görmezden gelmiştir. Stigmatizasyonun etkisiyle politika üretenler tarafından uzunca bir süre görmezden gelinen HIV/AIDS'in araştırılabilmesi ve tedaviye dair çalışmalar yapılabilmesi amacıyla HIV aktivizm hareketi doğmuştur. Durumun öznelere ölmek için seslerini duyurmak zorunda kalmıştır (Amo ve Fade, 1992)

HIV/AIDS'e dair tarihsel sürece baktığımızda Amerikan Sağlık Kontrol ve Korunma Merkezi (CDC) sendromu ilk defa 1982 yılının sonbaharında AIDS olarak tanımlamıştır (CDC, 1982c). Yine aynı yılda ilk bebek ve hemofili hastası vakalar görülmüş, özellikle hemofili hastalarının Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromuna yakalanma risklerinin yüksek olduğu anlaşılmıştır (CDC, 1982b; CDC, 1982d).

HIV/AIDS'e yaklaşımı gözler önüne seren olaylardan biri 1982 yılında Beyaz Saray'da yapılan bir basın toplantısında yaşanmıştır. Muhafazakâr görüşe sahip bir gazeteci Başkan Reagon'ın sözcüsüne başkanın gay vebasî olarak bilinen AIDS'e karşı tutumunu sormuş, sorunun ardından tüm gazeteciler gülmeye başlamıştır. Basın sözcüsünden aldığı cevap ise "Ben AIDS değilim, sen AIDS misin?" olmuştur. Bu örnek dönem hükümetinin HIV/AIDS'e bakış açısını net bir şekilde göstermektedir. 1983 yılında vakaların giderek artmasıyla birlikte sağlık uzmanları acilen aksiyona geçilmesi gerektiğini düşünmeye başlamış fakat hükümetin ihmali ve sessizliğinin sürmesi nedeniyle araştırmaların yapılabilmesi için yeterli fonu bulmakta zorlanmışlardır. Dönemin Amerika Birleşik Devletleri Başkanı Reagon, AIDS'den ilk defa 1987 yılında bahsetmiş bu tarihe kadar 20.000'e yakın kişi AIDS nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Reagon'ın AIDS'e dair açıklamaları araştırmalar için kullanılacak fona ulaşılmasını kolaylaştırmıştır (Francis, 2012).

1982 yılı itibariyle AIDS vakalarının yoğunluğu Amerika ve Avrupa'da yükselişe geçmiştir. Amerika ve Avrupa'da bulunan Afrika kökenli kişilerde AIDS vakalarının yüksek olması gözlerin Afrika kıtasına da çevrilmesine neden olmuştur. Afrika kıtasında bulunan devletlerin Afrikalılarda homoseksüel pratiklerin olmadığı önyargısıyla AIDS'i uzun süre görmezden gelmesi,

sosyokültürel değişkenler ve sosyoekonomik yetersizliklerin birleşmesi epideminin Afrika kıtası ve dünya genelindeki gidişatını oldukça olumsuz etkilemiştir (Kagaayi ve Serwadda, 2016).

AIDS'in kamuoyunda duyulması, gazetelerin ön sayfalarında kendisine yer bulabilmesi ancak 1983 yılı itibariyle başlamıştır. Bu durumun 1983 yılında ilk kadın vakaların saptanmaya başlanması, bebek vakaların çoğalması ve virüsün kan yoluyla veya iğne kullanımı ile hemcinsi ile cinsel ilişki kurmayanlara da bulaşabileceğine dair korkuların oluşması ile bağlantılı olduğu yönünde spekülasyonlar vardır (Shaw, 1990). Sürece ve gidişata baktığımızda bu düşünce stigmatizasyon ve ayrımcılığın doğası ile uyumlu görünmektedir. 1983 yılında yaşanan bir başka önemli gelişme ise Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization) ilk kez edinilmiş bağışıklık yetmezliği sendromunu (AIDS) konuşmak üzere toplanmasıdır (WHO, 1984).

Amerikan Sağlık Kontrol ve Korunma Merkezi birden çok partneri olan eşcinsel erkeklerin, hemofili hastalarının, damar yolu ile uyuşturucu kullananların ve Haitilerin AIDS için risk grubunda olduklarını açıklamıştır. Buradan hareketle Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromunun (AIDS) bir enfeksiyon nedeniyle ortaya çıkıyor olabileceği fikri ortaya atılmıştır (CDC, 1983a). 1984 yılında AIDS'e neden olan retrovirüs bulunmuş (Gallo, Salahuddin, Popovic, Shearer, Kaplan, Haynes, Palker, Redfield, Oleske, Safai, White, Foster, Markham, 1984) 1985'te ise kandaki İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsünü (HIV) saptamak üzere ilk kan testi geliştirilmiştir (CDC, 1985).

Yine 1985 yılında Amerikalı yıldız aktris Ruck Hudson AIDS olduğunu açıklamış, bu açıklama AIDS'in kitle iletişim araçlarında görünürlüğünü dramatik şekilde arttırmıştır. Ruck Hudson'un toplumsal normlara uygun hatta oldukça beğenilen bir erkek imajına sahip olması kamuoyunda AIDS konusunda bir farkındalık oluşmasını sağlamış, oldukça aşına olunan ve toplumsal cinsiyet rollerine uygun bir profil çizen bir erkeğin AIDS ile yaşıyor olması HIV/AIDS'i toplumun gözünde insanileştirmiştir (Paul ve Coates, 1995).

1960'lı yıllarda kanser tedavisi için geliştirilen fakat başarısız olan AZT ilacının AIDS tedavisi için kullanılabilirliğinin araştırılmasına karar verilmiştir.

1986 yılında HIV/AIDS için ilk kullanılacak ilaç olan AZT'nin klinik çalışmaları başlamıştır. Yine bu yıllarda ABD haricindeki ülke ve kıtalarda vakalar görülmeye başlamıştır. AZT'nin AIDS için kullanımı 4 aydan kısa süren bir araştırma sonrasında Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış ve ölümcül yan etkilerinin bulunmasına rağmen tedavide kullanılmaya başlanmıştır. AZT'nin ölümcül yan etkilerinin bulunması, ilacın çıkarıldığı firma olan ve sektörde güçlü bir yerde bulunan Burroughs Wellcome şirketinin alternatif ilaç araştırmalarını önleyen tutumu, AZT'nin devlet tarafından onaylanan tek ilaç olması ve ilacın çok yüksek fiyatlara satılması gibi değişkenlerinin etkisiyle ilaç politikasına tepki göstermek amacıyla orijinal ismi ile "ACT UP" olarak bilinen aktivist hareket ortaya çıkmıştır. Hareket, AZT ilacının fiyatının düşürülmesi ve HIV/AIDS'in kamuoyu tarafından dikkate alınmasını sağlamak gibi oldukça önemli ve ileriye dönük zincirleme bir etki yaratan kazanımların başlamasını sağlamıştır (Epstein, 1993; Kane, 2010). Virüsün mutasyonu ile AZT tedavide tek başına işe yaramamaya başlamış, tedaviye yeni ilaçların da eklendiği "Yüksek Etkili Antiretroviral Terapi" (HAART) ismi verilen yeni bir tedavi planı uygulanmaya başlanmıştır (Wilson, 1996). 1996-1997 yılları arasında uygulanan Yüksek Etkili Antiretroviral Terapi Amerika Birleşik Devletleri'nde HIV nedeniyle ölümlerin %47 oranında azalmasını sağlamıştır (NCHS, 1998).

Yüksek Etkili Antiretroviral Terapi AIDS ile yaşayan kişilerin yaşam kalitesi ve süresini uzatmasına, HIV'in AIDS'e dönüşmesini engellemesine rağmen çok fazla ilacın kullanımını gerektirmesi ve bu ilaçların majör yan etkileri nedeniyle tedavi uyumunun düşmesine neden olmuş, birçok kişi tedaviyi yarıda bırakmıştır. Bunun üzerine Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) içerisinde iki anti-HIV ilacın bileşeni bulunan dolayısıyla ilaç kullanımını kolaylaştıran "Combiver" adını verdikleri ilacı onaylamıştır. İlerleyen yıllarda tedavide kullanılacak birçok antiretroviral ilaç piyasaya sürülmüştür (Watson, 2022).

1983 yılında eski bir eroin bağımlısı olan Joan Stuen-Parker'ın başlattığı temiz iğne kampanyası sayesinde HIV/AIDS ile mücadelede yeni bir adım da

İğne Değişim Programlarının (Needle Exchange Program-NEP) başlatılması olmuştur (McLean, 2011). Damar içi uyuşturucu kullananların temiz iğneye ulaşımını sağlayarak HIV bulaşını düşürmeyi amaçlayan İğne Değişim Programları uyuşturucu kullanımının artmasına neden olabileceği gibi endişelerin yanında başarılı müdahalelerden biri olmuştur (MacDonald ve diğerleri, 2003; Vlahov ve Junge, 1998).

1987 yılında Amerikan Sağlık Kontrol ve Korunma Merkezi AIDS ile mücadelede en etkili yolun toplumu HIV/AIDS'e dair eğitmek olduğundan hareketle "Amerika'nın AIDS'e Tepkisi" (ARTA) kampanyasını başlatmıştır. 1990 yılına kadar devam eden ve kitle iletişim araçlarını kullanarak halkı bulaş ve riskli davranışlar ile ilgili bilgilendirmeyi amaçlayan kampanya, milyonlarca Amerikalı'nın HIV/AIDS hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamış fakat güvenli seks pratiklerini uygulama gibi sağlık davranışları üzerinde etkili olmamıştır (Carol ve diğerleri, 1992). Üniversite öğrencileri ile yapılan araştırmalarda da AIDS'e dair farkındalık düzeyinin artmasının güvenli seks davranışlarını yordamadığı da saptanmıştır (Baldwin ve Baldwin, 1988; Simkins ve Eberhage, 1984). Bu durumun kişilerin kendilerini risk grubunda görmemelerinden kaynaklandığı düşünülmüştür (Freimuth ve diğerleri,1987; Gray ve Saracino,1989). Sağlık krizi yönetiminde medya üzerinden yürütülen kampanyaların bilgilendirmede etkili fakat davranış değişikliğini sağlayabilmede kısıtlı bir güce sahip olduğu düşünülmektedir (Bush ve Boller, 1991).

Bir başka önemli müdahale de 1988 yılında Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Bakanı olan C. Everett Koop'un halkı bilgilendirmek üzere Amerika'da bulunan tüm evlere "AIDS'i Anlamak" başlıklı sekiz sayfalık broşürler yollamasıdır. Başkan Reagon'ın döneminde bakan olan ve muhafazakâr bir Hristiyan olarak tanınan Koop'un ideolojik bir yaklaşım yerine bilimsel bir bakış açısı ile halk sağlığını düşünerek epideminin önemine vurgu yapması toplumun epidemiyeye dair farkındalık kazanmasında etkili olmuştur (Gunderman, 2022; McKeever, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), AIDS'in tüm dünyada ortak müdahaleler kullanılarak kontrol altına alınabileceğinden hareketle AIDS'e özel müdahaleleri

içerin bir program geliştirmiştir. Program toplumsal farkındalığın arttırılması, kanıta dayalı politika üretilmesi, HIV ile yaşayanların haklarının korunması, teknik ve finansal kaynak sağlanması, toplumsal, davranışsal ve biyomedikal araştırmalar ile Sivil Toplum Örgütleri ve devletten bağımsız organizasyonların desteklenmesi gibi çok yönlü müdahaleler içermektedir (Mann, 1987). Bunun yanında aynı yıl Amerika’da AIDS ile yaşayan kişilere tedavi hizmeti vermeyi reddeden doktorların bulunması nedeniyle Amerikan Hekimler Birliği (AMA) doktorların AIDS ile yaşayan kişilere hizmet vermesinin etik bir sorumluluk olduğuna dair bildiri yayınlamak durumunda kalmıştır (Burkhart ve diğerleri, 1988).

AIDS, 1990’lı yılların başlarında Amerika’da 25-44 yaş aralığındaki kişilerin birincil ölüm sebebi haline gelmiştir. 1996 yılında Birleşmiş Milletler HIV/AIDS programı başlatılmıştır. Programın amacı HIV/AIDS pandemisine yönelik hızlı ve kapsamlı adımların atılmasına destek sağlamaktır (Merson ve Inrig, 2018). 1990’ların sonuna gelindiğindeyse HIV/AIDS dünyada dördüncü, Afrika kıtasında ise birinci ölüm nedeni haline gelmiştir (WHO, 1999).

Düşük ve orta gelirli ülkeler sosyoekonomik koşulların yetersizliği, HIV/AIDS’e dair farkındalığın düşük olması, sağlık hizmetine ulaşımın güçlüğü, sosyopolitik ve sosyokültürel faktörler nedeniyle HIV/AIDS’in yayılımında büyük bir rol oynamıştır. Tüm bu faktörler kişinin HIV ile enfekte olduğunu öğrenmesini de geciktirerek tedavi sürecinin gidişatı ve halk sağlığı üzerinde olumsuz bir etki bırakmıştır (Smith ve diğerleri, 2020).

2006 yılında tedavide tek tablet rejimine geçilmiş, böylece tedavi uyumunu iyileştirecek bir adım daha atılmıştır. 2010 yılında epideminin gidişatı için oldukça önemli bir gelişme yaşanmış, HIV ile enfekte olmamış kişilerin antiretroviral ilaç kullanmasının enfekte olma riskini neredeyse sıfıra düşürdüğü keşfedilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) 2012 yılında düzenli kullanım ile HIV bulaşını yüksek oranlarda engelleyen “Temas Öncesi Korunma Tedavisi” (Pre-exposure prophylaxis-PrEP) ve bulaştan şüphelenen kişilerin temas sonrası 72 saat içinde bulaş riskini düşürmek için

kullanabileceği “Riskli Temas Sonrası Önleme Tedavisi” (Post-exposure prophylaxis-PEP) için kullanılan ilaçları onaylamıştır (Watson, 2022).

HIV/AIDS tarihçesindeki en önemli gelişmelerden birinin Dr. Allison Rogers ve arkadaşlarının 2010-2014 ve 2010-2017 yılları arasında sürdürdüğü PARTNER-I ve PARTNER-II araştırmaları olduğu söylenebilir. PARTNER-I araştırması 548 karşı cins ve 340 hemcins partneri, PARTNER-II araştırması ise 972 hem cins partneri içermektedir. Katılımcı partnerlerden biri HIV ile yaşayan ve antiretroviral tedavisi alan, bir diğeri ise enfekte olmayan kişilerden oluşmaktadır. PARTNER-I çalışmasının sonucunda tedavi altında HIV ile yaşayan ve enfekte olmamış partnerleri arasında 58.000 korunmasız penetrasyon, PARTNER-II çalışmasının sonucunda da 76.000 korunmasız penetrasyon sonucunda çiftler arası bulaşın sıfır olduğu bulunmuştur. İki önemli araştırma sonucunda belirlenemeyen viral yükün bulaşamayacağından hareketle ortaya çıkan Belirlenemeyen=Bulaştırmayan kampanyası başlamıştır (Rodger ve diğerleri, 2016; Rodger ve diğerleri, 2019).

2013 yılında Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Programı 25 düşük ve orta gelirli ülkede HIV tanısının %50 oranında düştüğünü, antiretroviral terapiye ulaşımın ise %63 arttığını açıklamıştır (UNAIDS, 2013). Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Programı ve Dünya Sağlık Örgütü 2000’li yıllarda HIV bulaşının durdurulması, HIV testinin yaygınlaşması ve sağlıklı tedaviye ulaşımın sağlanabilmesi için bir dizi müdahale planı oluşturmuştur. 2014 yılında Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Programı tarafından “90-90-90” ismiyle 2020 yılına kadar ulaşılması beklenen üç hedef belirlenmiştir. Bunlar, HIV ile enfekte olmuş kişilerin %90’ının statüsünü bilmesi, %90’ının antiretroviral tedaviye başlaması ve sürdürmesi ile %90’ının viral yükünün baskılanmasıdır. Hedeflere ulaşılması halinde 2030 yılında HIV ile ilişkili ölümlerin %90 oranında azalması ve epideminin durdurulması öngörülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2019).

2019 yılının sonunda HIV ile yaşayanların %81’i statülerinden haberdar, % 67’si antiretroviral tedavi altında ve %59’unun viral yükünün baskılanmıştır. Bu oranlar ile 2020 yılı sonunda 90-90-90 hedefine ulaşamayacağı öngörülmüştür. Nitekim beklenildiği gibi 2020 yılının sonunda 90-90-90

hedefine ulaşılamamış, COVID-19 pandemisi de tanı ve tedavi süreçleri üzerinde oldukça olumsuz bir etki yaratmıştır. 2021 yılı sonunda HIV ile yaşayanların %85'i statülerinden haberdar, %81'i tedaviye ulaşmış ve %68'inin viral yükü baskılanmıştır. UNAIDS'in belirlediği yeni hedef 2025 yılında dünya genelinin %95'inin HIV statüsünü bilmesi, antiretroviral tedavi alması ve viral yükün baskılanmış olmasıdır. Bu hedefe ulaşırsa 2030 yılında HIV epidemisinin bitirilebileceği öngörülmektedir (UNAIDS, 2022).

İnsan bağışıklık yetmezliği virüsünün ortaya çıkmasından bugüne dünya genelinde yaklaşık 85.6 (64.8-113) milyon kişinin HIV ile enfekte olduğu düşünülmektedir. Bu kişilerin 40.4 (32.9-51.3) milyonu AIDS ile ilişkili hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. 2022 yılının sonunda HIV ile yaşayan yaklaşık 39 (33.1.-45.7) milyon kişinin olduğu ve bu kişilerin üçte ikisinin Afrika bölgesinde yaşadığı düşünülmektedir (WHO, 2023). HIV ile yaşayan kişilerin 37.5 (31.8-43.6) milyonu yetişkin, 1.5 (1.2-2.1) milyonu ise 0-14 yaş aralığındaki çocuklardan oluşmaktadır. HIV ile yaşayanların %53'ü kadınlar ve kız çocuklarıdır. HIV prevelansının yüksek görüldüğü anahtar popülasyonlarda ise HIV ile yaşayanların %10.3'ü trans bireyler, %7.5'i kendisini eşcinsel veya biseksüel olarak tanımlayan ya da erkekler ile seks yapan erkekler, %5'i damar yolu ile uyuşturucu kullananlar, %2.5'i seks işçileri, %1.4'ü ise hapisanede mahkum olan kişilerdir.

2022 yılında dünya çapında 1.3 (1-1.7) milyon kişi HIV ile enfekte olmuştur. Bu sayı 2010 yılından bugüne HIV bulaşının %38 oranında düştüğünü göstermektedir. 2022 yılında HIV ile enfekte olanların %46'sı kadınlar ve kız çocuklarıdır. 2022 Aralık ayı itibariyle HIV ile yaşayan 28.8 (%76-%65-89) milyon kişi antiretroviral terapiye ulaşabilmektedir. Bu sayı 2010 yılındaki sayıdan 7.7 milyon daha fazladır. 15 yaşından büyük kişilerin %77'si (%69-%95) HIV tedavisine ulaşabilirken 15 yaşından küçük çocukların yalnızca %57'si (%44-%78) tedaviye ulaşabilmektedir. HIV ile yaşayan ve 15 yaşından büyük olan kadınların %82'si (%69-%95), HIV ile yaşayan ve 15 yaşından büyük erkeklerin ise %72'sinin (%60-%84) HIV tedavisine ulaşımı

bulunmaktadır. 2022 yılında HIV ile yaşayan yaklaşık 9.2 milyon kişinin HIV tedavisine ulaşımı bulunmamaktadır (UNAIDS, 2023).

2.1.2. Türkiye’de HIV/AIDS

Hem Türkiye hem de dünyada HIV ile yaşayan kişilerin tanı ve tedavi sürecini sekteye uğratan önemli nedenlerden biri stigmatizasyon ve ayrımcılıktır. Türkiye’nin özellikle epideminin başında HIV/AIDS’e yaklaşımı Amerika’nın başlangıçta takındığı tutum ile benzer niteliklere sahiptir. Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de virüsün yayılımından belirli ırklara mensup kişiler, turistler ve yurt dışından gelen erkekler ile ilişki kuran erkekler sorumlu tutulmuştur. Gazeteler eski Sovyetler Birliği ülkelerinden Türkiye’ye seks işçiliği yapmaya gelen kadınları “Nataşa” olarak adlandırmış ve Nataşaların ülkeye AIDS getirdiklerini savunmuşlardır. Dönemin Cumhurbaşkanı Turgut Özal’ın “Türkiye’de AIDS yoktur çünkü geleneksel aile yapısı buna izin vermez.” açıklaması Türkiye’de HIV/AIDS’e o dönem nasıl yaklaşıldığının özeti niteliğindedir. Kamuoyuna ifşa edilen ilk AIDS vakası Murtaza Elgin, Türkiye’nin o dönemde HIV/AIDS’e yaklaşımını gözler önüne seren bir başka trajik örnektir. Doktoru Hüseyin Sipahioğlu tarafından izni alınmadan gazetelere statüsü ifşa edilen Elgin, ünlü isimlerle yakın arkadaşlıkları bulunan bir müzisyen olması nedeniyle HIV statüsü üzerinden gazetelerin manşetlerinde yer almaya başlamıştır. Manşetler Elgin’in cinsel yönelimi ve yaşam tarzına dair spekülasyonlar içermektedir. Devam eden süreçte Elgin, Sağlık Bakanlığı tarafından karantinaya alınmış, toplumdan izole edilmiş ve belirli bir dönem tutuklanmıştır. Elgin’e yaklaşım öyle bir hal almıştır ki virüsün bulaş yollarının bilindiği 1992 yılında öldüğünde naaşı olağanüstü ve gerçeklikten uzak önlemler alınarak çamaşır suyu ile yıkanmış, mezarının üzerine çimento dökülmüştür (Andiç, 2023).

Duyurulan ilk vaka olan Murtaza Elgin’e yaklaşım medya ve politika üretenler aracılığıyla beslenerek uzun süre devam etmiş, özellikle turistlere yönelik ayrımcılık turizm sektörünü olumsuz etkileyecek boyutlara ulaşmıştır. Bulaş yollarına dair yetersiz ve yanlış bilgi, HIV/AIDS’in yalnızca iki erkek

arasındaki cinsel ilişki aracılığıyla yayıldığına dair inanç ve iki erkeğin cinsel ilişki yaşamasına dair stigmatizasyon ve ayrımcılık, Türk aile yapısının değerlerini içeren yaşam pratiklerinden uzak olmanın HIV/AIDS bulaşına neden olduğuna dair inanç dönemin HIV/AIDS'e yaklaşımında büyük bir etkiye sahiptir (Bayramoğlu, 2021; Turan, 2020).

Türkiye'de ilk HIV/AIDS vakaları 1985 yılında açıklanmış, bu tarih itibariyle HIV ile enfekte olmak bildirim zorunlu hastalıklar kapsamına alınmıştır. 1986 yılında kan ve kan ürünlerinin, 1987 yılında ise organ naklinde bulunacak kişilerin ve devlete kayıtlı olarak çalışan seks işçilerinin HIV açısından taranması zorunlu hale getirilmiştir. 1994 yılı itibariyle kişisel hakların korunması, stigmatizasyon ve ayrımcılığın önüne geçilebilmesi amacıyla HIV/AIDS ile yaşayan kişiler sağlık sistemine kimlik bilgileri yerine kod ile kaydedilmeye başlanmıştır. Bunun yanında 1995 yılı itibariyle tedavi hizmeti ücretsiz olarak verilmeye başlamıştır (Etik ve diğerleri, 2013).

Dünya geneline kıyasla Türkiye, HIV enfeksiyonu prevalansının düşük olduğu ülkelerden biridir fakat vakalar özellikle son yıllarda gittikçe artmaktadır (Gökengin, 2018). 1985-2012 yılları arasında yavaş bir artış ile seyreden prevalans, 2011-2018 yılları arasında 5 kat artmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine Türkiye'de ilk vakanın görüldüğü 1985 yılından 2022 yılı 15 Kasım tarihine kadar toplamda 34.453 kişi HIV ile enfekte olmuştur. Türkiye'de vakalar en fazla 30-34 ve 25-29 yaş gruplarında görülmektedir. Son yıllarda 20-25 yaş aralığındaki vaka sayılarında artış gözlenmektedir. Bunun yanında özellikle 2022 yılında en fazla artış 25-29 yaş aralığındaki vakalarda görülmüştür (Gilead, 2021; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022). Bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasında kilit bir uygulama olan sürveyans, Türkiye'de kişinin bildirim ile veri toplanan pasif sürveyans uygulanarak takip edilmektedir. Bu durum risk gruplarının belirlenmesi ve önleyici müdahalelerin oluşturulmasının önünde engel teşkil etmektedir (Gökengin, 2018). Birleşmiş Milletler HIV/AIDS programı kapsamında yayınlanan raporlarda Türkiye'de HIV/AIDS ile yaşayan kişilere dair herhangi bir veri bulunmamaktadır (UNAIDS, 2022). 2021 yılında yayınlanan global AIDS raporunda Batı ve Orta

Avrupa ülkelerinde 2010 ve 2020 yılları arasında vaka sayılarındaki değişikliklere yer verilmiştir. Raporda Türkiye yeni vakaların giderek arttığı ülkeler arasındadır. Yeni vakaların artmasında kilit popülasyonların saptanıp takip edilmemesi, stigmatizasyon ve ayrımcılığın etkili olduğu belirtilmiştir (UNAIDS, 2021; WHO, 2020).

T.C. Sağlık Bakanlığının resmi sitesinde bulunan Ülke genelinde HIV/AIDS pozitif bireyler sosyal damgalanma ve ayrımcılığa uğrama endişesi ile özellikle küçük illerde tanı ve tedavi hizmetleri almaktan kaçınmaktadırlar. Büyük illerde başvurdukları hastanelerde ise beyan ettikleri adres ile ikamet adresleri uyuşmamaktadır. Bu yüzden enfeksiyona yönelik coğrafi bölge ya da il dağılımı verileri gerçeği yansıtmayabilmekte olup ülke verileri üzerinden değerlendirme yapılmaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022) ifadesi de Global AIDS Raporunun sunduğu vaka artışlarındaki gerekçeleri doğrular niteliktedir. UNAIDS tarafından sunulan yıllık HIV bulaşı vakalarının 2000’li yılların başları itibariyle dünya genelinde düşüş göstermesine rağmen Türkiye’deki vakaların yıllar geçtikçe artan bir seyirde ilerlemesi epideminin Türkiye için hala büyük bir tehdit olduğunu göstermektedir. Dünya çapında AIDS epidemisini sonlandırabilmek üzere belirlenen 95-95-95 hedefinde Türkiye, tedavi altında olma ve viral yükün baskılanması alanlarında hedefe yakın olduğu tanılama alanında hedefin gerisinde kaldığı düşünülmektedir (Gilead Türkiye, 2021).

2019 yılında üç ana hedefi bulunan ve eylem planından T.C. Sağlık Bakanlığının sorumlu olduğu “Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı” hazırlanmıştır. Programın hedefleri HIV/AIDS yeni vaka sayısını ve enfeksiyon kaynaklı ölümleri azaltmak, HIV/AIDS’e dair sağlık hizmetlerini geliştirmek ve HIV ile yaşayan kişilere yönelik ayrımcılığı ve mahremiyet ihlallerini önlemektir. Sağlık Bakanlığı 2019 yılında uygulamaya konulan programa ile ilgili herhangi bir izleme ve değerlendirme çalışması yapmamıştır (CİSU, 2022).

2020 yılında Türkiye’de saptanan vaka sayılarında %47.1 oranında dramatik bir düşüş gerçekleşmiştir. COVID-19 pandemisi sırasında tanı süreçlerinde yaşanan aksaklıkların bu tabloya neden olduğu düşünülmektedir

(Gilead Türkiye, 2021; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022). Dünya genelinde HIV bulaşı gittikçe azalmasına rağmen Doğu Avrupa, bazı Asya ülkeleri ve Türkiye’de bulaş yükselmeye devam etmektedir. Bu durumun başlıca nedenlerinden biri damgalanmadır (Klimik, 2023). Türkiye’de 2013 – 2023 yılları arasında vaka sayılarının 8-10 kat artış gösterdiği düşünülmektedir (NTV, 2023).

2.1.3. HIV Enfeksiyonunun Fiziksel ve Psikososyal Etkileri

Bulaş sonrası HIV enfeksiyonunun seyri üç ayrı evreden oluşur. İlk evre Akut HIV Enfeksiyonu olarak adlandırılır. Bulaştan 2-4 hafta sonrasında ateş, titreme, vücutta döküntü, gece terlemeleri, kas ağrıları, boğaz ağrısı, ağızda yaralar ve şişmiş lenf bezleri belirtileri ortaya çıkar. Belirtiler birkaç gün veya hafta sürebilir. Tedavi alınması dahi iyileşme görülür. Bunun yanında bazı kişiler HIV ile enfekte olduktan sonra aylar veya senelerce hiçbir belirti göstermeyebilir. Bu evre itibariyle kişi virüsü bulaştırabilir. Kronik HIV Enfeksiyonu olarak isimlendirilen ikinci evrede kişiler hiçbir belirti göstermeyebilir. Bu evredeki kişi herhangi bir tedavi almadan 10-15 yıl hayatını sürdürebilir. Evrenin uzunluğu kişiden kişiye değişkenlik göstermektedir. Bazı vakalarda süreç hızlı ilerleyebilir. HIV enfeksiyonunun son evresi olan Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (AIDS) evresinde tekrarlayan ateş, gece terlemeleri, bir haftadan uzun süren ishal, hızlı kilo kaybı, koltuk altı, boyun ve kasıklarda lenf bezlerinin şişmesi, ağız, anüs veya cinsel organlarda yaralar, derinin altında veya göz çevresinde lekeler ve aşırı yorgunluk görülür (CDC, 2022a). HIV enfeksiyonunda tanılama her evrede kan yoluyla test edilerek yapılabilir. HIV vücuttan atılamasa da düzenli tedavi ile kandaki viral yük baskılanabilmekte ve kanda belirlenemeyecek düzeye indirilebilmektedir (CDC, 2022b).

HIV tanısı alan kişi ölüm korkusu, kronik bir hastalığa sahip olmanın getirecekleri, içselleştirilmiş ve beklenen stigmatizasyon ve ayrımcılığa dair kaygılar nedeniyle tanılamının ardından psikolojik zorluklar yaşamaktadır. HIV pozitif olduğunu öğrenen kişi şok, inkâr, panik, korku, suçluluk, öfke,

umutsuzluk ve hissizlik gibi duygusal tepkiler verebilmektedir. Birçok vakada görülen bu tepkiler tedavi ile ilgili sağlıklı bilgilendirme ve alınan bilgilerin doğruluğuna dair inanç, sosyal destek ve tedaviye ulaşım ile zaman içerisinde azalabilir. Bunun yanında gerekli bilgi ve sosyal desteği alamayan kişilerde olumsuz düşünceler ve duygular yoğunlaşarak psikopatolojik semptomların ortaya çıkmasına neden olabilir (Owusu, 2022). HIV ile yaşayan kişilerde depresyon (Tran ve diğerleri, 2019), travma sonrası stres bozukluğu (McLein ve Fitzgerald, 2016) anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozukluklarının (Chander ve diğerleri, 2012) görülme olasılığı HIV negatif kişilere göre oldukça yüksektir.

2.2. STİGMATİZASYON

Etimolojik olarak stigma kelimesi Antik Yunan döneminden gelmektedir. Antik Yunan döneminde ahlaki açıdan “kötü” olarak adlandırılabilen bir durumun belirleyicisi olarak kişilerin vücutlarına kesme veya yakma yoluyla izler oluşturmuş, bu izler stigma/damga olarak adlandırmıştır. Suçlu veya kötü olarak belirlenen kişilerin yanında sahip olunan hayvanlar ve köleler de belirli bir iz ile damgalanmıştır. Türkçede damgalama olarak da kullanılan stigmatizasyon kavramı Eski Yunancada delik, iz, yara anlamlarında kullanılmıştır. İlerleyen dönemlerde stigma fiziksel bir belirteç olmaktan çıkmış, kendi başına toplumsal olarak düşük görülen bir etikete dönüşmüştür (Liamputtong, 2013). Tarih boyunca hastalıklar stigmatizasyonun başlıca kaynağı olmuştur. Özellikle salgın hastalıklar ve ruhsal bozukluklar söz konusu olduğunda stigmatizasyona meyil artmıştır. Hastalıklar genellikle “kötü” olmakla bağdaştırılmış, Tanrı'nın gazabı olarak görülmüştür (Stefanovics ve diğerleri, 2016). Stigmatizasyon, 1960'lı yıllardan günümüze kadar olan süreçte farklı şekillerde tanımlanmıştır. Bu durum stigmatizasyonun kompleks bir kavram olması ve nasıl deneyimlendiğine göre farklı bileşenler içermesi ile ilişkilidir (Link, 2023).

Sosyolog Goffman stigmatizasyonu kişinin sosyal statüsünün diğerlerinden farklı hale getirilmesi, sosyal statüsünün değerinin düşürülmesi olarak tanımlamıştır. Stigmanın toplum içerisinde algılanan kendilikle gerçek kendilik arasında bariyer oluşturduğunu söylemiştir. Goffman, bir kişinin ait olduğunu düşündüğümüz niteliklerine ve sınıfına dair düşüncelerimizi ilk görüşte oluşturduğumuzu söyler ve bu nitelemeyi “varsayılan toplumsal kimlik” olarak isimlendirir. Kişinin gerçekte sahip olduğu kimliği ise “fiili toplumsal kimlik” olarak adlandırır. Bu iki kimlik arasındaki uyumsuzluk varsa kişinin toplumsal kimliği itibar kaybeder. Böylece toplum içerisinde “normal” ve “anormaller” olmak üzere iki grup oluşur. Goffman, üç temel stigmatizasyon türünden bahsetmiştir bunlar; (1) zihinsel hastalıklar ile ilişkili stigma, (2) fiziksel deformasyon ile ilişkili stigma, (3) ırk, etnik köken, din, ideoloji ve kimlik ile ilişkili stigmatizasyon (Goffman, 1990).

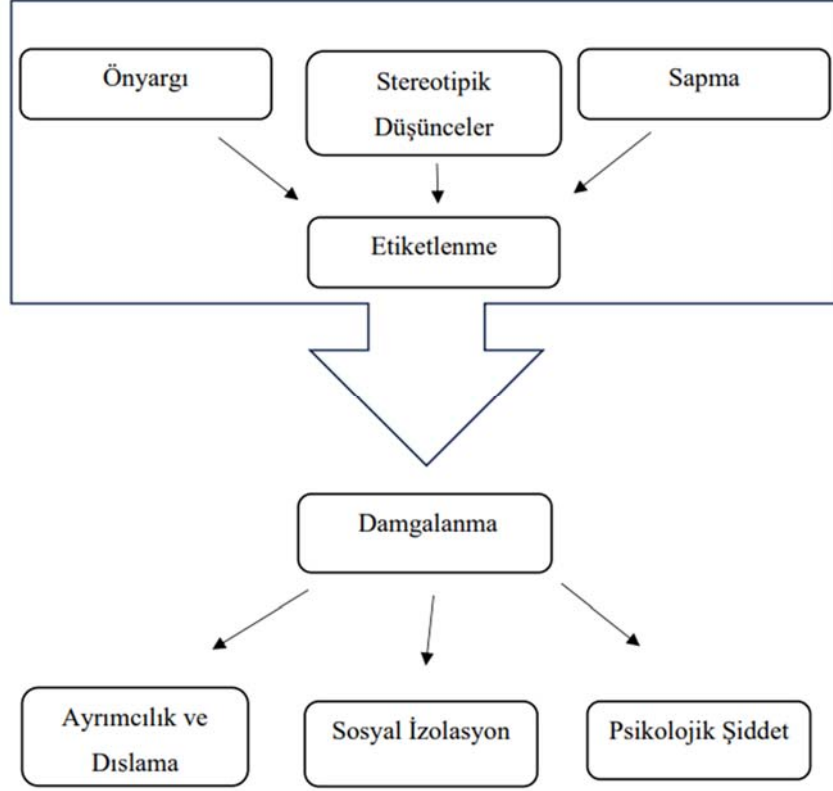
Goffman damgalanmayı kişi üzerinden ele alır. Crocker ve arkadaşları ise damgalanmayı sosyal bir kavram olarak yapılandırır ve toplum tarafından bilinen ve paylaşılan stereotipik düşüncelerin damgalanmanın kaynağı olduğunu söylerler (Crocker ve diğerleri, 1998).

Stigmatizasyon kavramı 2001 yılında Link ve Phelan tarafından tekrar tanımlanmıştır. Buna göre stigmatizasyon birkaç bileşenin varlığıyla ortaya çıkan bir konsepttir. Bu bileşenlerden ilki kişilerin farklılıkları tespit etmesi ve etiketlemesidir. Herhangi bir farklılığın etiket haline gelmesi farklılığın doğasından ziyade zaman ve mekana göre nasıl değerlendirildiği ile ilişkilidir. İkinci bileşen baskın kültürel kodlardan gelen bilgiyle etiketlenen kişiler ile olumsuz stereotipik inançların ilişkilendirilmesidir. Üçüncü bileşen stigmatize edilen grup ile kalanlar arasında “biz”, “onlar” ayrımının oluşturulmasıdır. Bir diğer bileşen ise stigmatize edilen kişinin statü kaybı yaşamasıyla birlikte gelen ayrımcılık ve eşit hakların kaybıdır. Link ve Phelan tüm bu bileşenlerden oluşan stigmatizasyonun sosyal, ekonomik ve politik gücün izni ile ortaya çıktığını öne sürmektedir (Link ve Phelan, 2001).

Stigmatizasyon sosyal bağlama göre değişkenlik gösteren bir konsepttir. Kişi belirli bir grup içerisinde, belirli özellikleri nedeniyle stigmatize

edilebilirken aynı özellikler bir başka grup içerisinde stigmatizasyona neden olmayabilir. Örneğin siyahi bir kişi çoğunluğu siyahilerden oluşan bir grup içerisinde ten rengi üzerinden stigmatizasyona maruz kalmazken, çoğunluğu beyaz olan bir grubun içerisinde aynı kişinin ten rengi stigmatizasyonun kaynağı olabilir (Crocker ve diğerleri, 1998). Stigmatizasyon, belirli bir grubu kontrol etme, grup içi normların korunması ve grup dışındakilerin dışarda tutulmasını sağlar. Bu durum stigmatizasyonun yapıtaşlarından olan biz-onlar ayrımını getirir. Stigmatizasyonun etkisiyle “onlar” ile ilgili oluşturulan olumsuz etiketler sosyal statüde değer ve toplumsal konumda da güç kaybının temelini oluşturur. Güç kaybı gruplar arasındaki eşitsizliklerin normalleştirilmesini kolaylaştırarak bu duruma karşı konulmasını da zorlaştırır (Phelan ve diğerleri, 2008).

Yaman ve Güngör literatürden yola çıkarak damgalanma ve damgalanma ile ilişkili kavramları Şekil 1’de görüldüğü gibi açıklamıştır. Buna göre stereotipik düşünceler toplumda kabul gören normun dışına çıkmak ve önyargı sonucunda etiketlenme gerçekleşir. Bu değişkenlerin hepsi damgalanmanın temelini oluşturur. Damgalanma ise ayrımcılık, psikolojik şiddet ve sosyal izolasyon ile sonuçlanır (Yaman ve Güngör, 2013).



Şekil 2.1 Damgalanma ve damgalanma ile ilişkili kavramlara dair ilişkiler (Yaman ve Güngör, 2013).

Birçok araştırmacı da stigmatı sosyal bir konsept olarak ele alır. Bunun yanında evrimsel psikologlar stigmatın insanların belirsizliği ortadan kaldırmak ve olası tehlikelerden uzak durmak için gruptan farklı olana karşı geliştirdiği bilişsel bir fonksiyonun sonucu olduğunu söyler (Kurzban ve Leary, 2001). Bunun yanında stigmatizasyonu bilişsel bir fonksiyon olarak ele alsak bile onu ortaya çıkaran bilişlerin kültürel inançlardan gelen stereotipik düşüncelerin de kaynak olarak ele alınabileceği düşünülmektedir (Park ve diğerleri, 2003).

Weiss, Ramakrishna ve Somma (2006) sağlık ile ilişkili stigmatizasyona Goffman'ın stigmatizasyon tanımı üzerinden yaklaşmanın yetersiz olduğunu düşünmüş, Goffman'ın tanımına birtakım eleştiriler getirmişlerdir. İlk olarak stigmatizasyon türlerini fiziksel deformasyon, zihinsel hastalıklar, hainlik, iradesizlik, etnik köken, cinsiyet, din gibi özellikler üzerinden tanımlamanın

yetersiz olduğunu söylemişlerdir. İkinci olarak stigmatizasyon türleri üzerinden tanımlanan konseptlerin genişliği nedeniyle sağlık ile ilişkili stigmatizasyona yeterince vurgu yapılamadığını (tam karşılığını bulamadığını) bu nedenle sağlık ile ilişkili stigmatizasyonu tanımlama ve konu ile ilgili yürütülecek araştırmalarda doğru adımların izlenmesini sağlamak üzere spesifik bir tanımlamanın gerekliliğine vurgu yapmışlardır. Son olarak Goffman'ın bahsettiği “normal” ve “anormal” gruplar arasındaki ayrımın kültürlerarası geçerliliğinin düşük olduğunu, bu nedenle yapılacak araştırmalar ve politika üretimi için uygun kavramlar olmadıklarını öne sürmüşlerdir. Stigmatize edilen konseptler yerine sürecin dinamiklerine odaklanmanın stigmatizasyonun daha geçerli ve evrensel şekilde tanımlanmasına imkan sağlayacağını düşünmüşlerdir. Buradan hareketle sağlık ile ilişkili stigmatizasyonu şu şekilde tanımlamışlardır:

Stigmatizasyon bir kişi veya grup hakkında dışarıda bırakma, reddetme, suçlama, veya değer ile karakterize sosyal bir süreçtir. Kişilerin bir kişi veya grup hakkında olumsuz bir yargıda bulunmasıdır. Bu yargı bir sağlık problemi ya da sağlık problemi ile bir durum ile ilişkilendirilmiş bir kişilik özelliğine dayanır ve tıbbi olarak dayanaksızdır (Weiss ve diğerleri, 2006).

Joffe ise stigmatizasyonu sosyal bir olgu olarak tanımlamış, köklerinin sosyal temsil biçimlerinden hareketle ortaya çıkan sosyal güce dayandığını söylemiştir (Joffe, 1999). Buradan hareketle Deacon, stigmatizasyonunun tanımını yaparken ayrımcılık ile stigmatizasyonu ayrı ayrı ele almamız gerektiğini düşünmüştür. Stigmatizasyonun etkisinin ayrımcı davranış olmaksızın da görülebileceğini belirtmiştir. Bu durumu açıklamak için HIV/AIDS stigmatizasyonu özelinde süreci aşağıdaki gibi formüle etmiştir:

1. Hastalık önlenemez ve kontrol edilebilir bir süreç olarak inşa edilir.
2. Hastalığa neden olan ahlaksız davranışlar tanımlanır.
3. Bu davranışlar hastalık taşıyıcılarındaki gruplar ile ilişkilendirilir.
4. Böylece belirli gruplar kendi hastalıkları için suçlanır.
5. Statü kaybı “öteki” kimliğine yansıtılır. Bu durum dezavantajla sonuçlanabilir ya da sonuçlanmayabilir.

Deacon, stigmatizasyonu bu şekilde tanımlamanın kavramın hem bireysel hem de toplumsal yönünü daha iyi kavramamızı ve saptamamızı sağlayacağını düşünmektedir (Deacon, 2006).

Literatürde HIV stigmatizasyonunun ele alınışı araştırmadan araştırmaya farklılık göstermektedir. Bu durum yapılan araştırmaların HIV bulaşını önleme ve tedavi süreçlerine katkı sağlanması açısından sorun teşkil etmektedir. HIV stigmatizasyonunu net bir kavramsallaştırmayı amaçlayan Earnshaw ve Chaudoir (2009) Stigmatizasyonun bireysel ve toplumsal yansımalar ile HIV ile yaşayanlar ve HIV ile enfekte olmamışlar üzerindeki etkilerinden yola çıkarak bir çerçeve çizmişlerdir. HIV ile yaşayan kişiler HIV ile enfekte olmamış kişilere göre kendilerini toplum içerisinde daha güçsüz bir pozisyona yerleştirirler. Bu pozisyon onları HIV ile yaşayan kişilerden uzaklaşmaya iter. HIV ile enfekte olmamış kişilerin stigmatizasyon mekanizması üç baskın şekilde kendisini gösterir. Bunlar; önyargı, stereotipikleştirme (kalıp yargı) ve HIV ile yaşayanlara yönelik ayrımcılıktır. Önyargı, stereotipikleştirme ve ayrımcılığın ayrı ayrı ele alınmasının nedeni önyargının duygu, stereotipikleştirmenin düşünce, ayrımcılığın ise davranış olarak deneyimlenmesidir. Dolayısıyla hepsi farklı farklı sonuçlar doğurabilir. Earnshaw ve Chaudoir bu durumu HIV ile ilgili önyargısı bulunmayan fakat “Yalnızca belirli gruplar HIV ile enfekte olur.” gibi bir kalıp yargıya sahip olan ve ilgili gruba ait olmayan bir kişinin bu düşünce nedeniyle HIV testi yaptırmayabileceği örneğiyle açıklar. Bu durumda ilgili bileşenlerin (önyargı, stereotipikleştirme, ayrımcılık) birlikte ele alındığı bir araştırma yanıtıcı sonuçlara neden olabilir. HIV ile yaşayan kişiler ise toplum içerisindeki önyargı, stereotipikleştirme ve ayrımcılığın sonucunda üç baskın stigmatizasyon mekanizması deneyimler. Bunlar; deneyimlenen damgalanma, beklenen damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanmadır. Bunların sonucunda HIV ile yaşayan kişiler psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklar, sosyal izolasyon ve HIV tedavisinin kötüye gitmesi gibi sonuçlar ile karşılaşabilir (Earnshaw ve Chaudoir, 2009).

2.2.1. HIV ve AIDS'e dair Stigmatizasyonun Psikopatoloji Gelişimi ile İlişkisi

İnsan doğası gereği sosyal bir varlıktır ve içinde bulunduğu topluma ait hissetme içgüdüsüne sahiptir. Bu içgüdü o kadar güçlüdür ki ait olma hissinden çeşitli nedenler ile mahrum bırakılan kişiler geride kalan popülasyona göre depresyon, kaygı bozuklukları, post travmatik stres bozukluğu, alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi birçok psikopatoloji geliştirmeye çok daha yatkın hale gelmektedir (APA, 2017; Corrigan ve diğerleri, 1999; Link, 1987; Pitonak, 2017; McGuire ve Miranda, 2008; Plante ve diğerleri, 2014). Her toplumun kendine has çeşitli normları bulunmaktadır. Bunun yanında yıllar içerisinde değişip, dönüşebilen evrensel normlar da bulunmaktadır. Bazı gruplar evrensel olarak ve sistematik bir şekilde stigmatizasyona maruz kalırlar. Stigmatizasyona maruz kalmak insanın hayata bakışını, benliğine dair düşüncelerini ve tüm bunların sonucu olarak da davranışlarını derinden etkiler (Markowitz, 1998). Zaman içerisinde aktivist çalışmalar ile gelişmeler kaydedilse de HIV ile yaşayan kişiler de bu gruplardan biridir. Özellikle Türkiye'de HIV ile yaşayan kişilerin maruz kaldıkları stigmatizasyon hayatın her alanında güçlü bir şekilde devam etmektedir. Bu durum HIV ile yaşayan kişilerin eğitim hakkı, istihdam, adalet ve sağlık hizmetlerine erişim gibi temel insan haklarına ulaşımını engellemektedir (Demirel ve diğerleri, 2018; Öktem, 2015; Kasapoglu ve diğerleri, 2011).

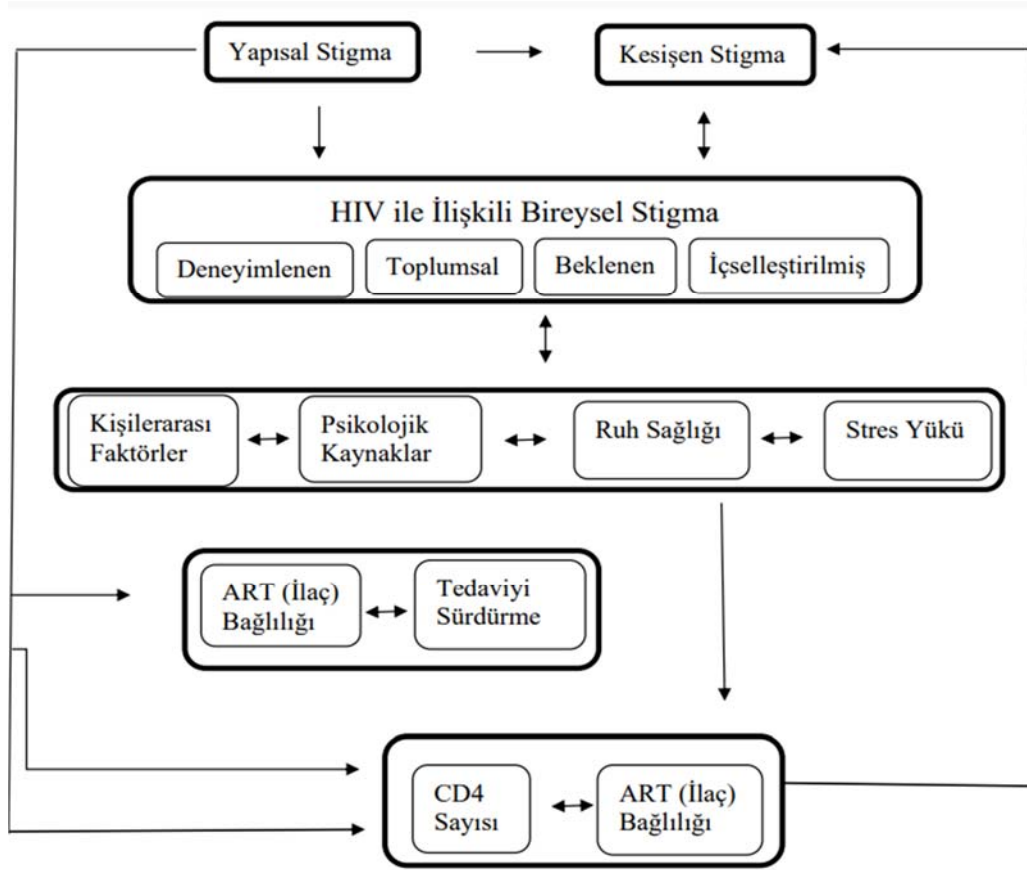
Azınlık grupların stigmatizasyonun etkisiyle psikopatoloji (depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, PTSD) geliştirme olasılığı ve oranının genel popülasyona göre anlamlı derecede yüksek olduğu birçok araştırma tarafından kanıtlanmıştır (APA, 2017; Corrigan ve diğerleri, 1999; Pitonak, 2017; McGuire ve Miranda, 2008; Plante ve diğerleri, 2014).

Meyer'in (2003) cinsel yönelimi heteroseksüel olmayanların daha fazla toplumsal temelli kronik strese maruz kaldıkları ve buna bağlı olarak psikiyatrik rahatsızlıklara daha yatkın hale geldikleri savından yola çıkarak geliştirdiği Azınlık Stres Modeli, literatür verileri ile de kanıtlanmış olan azınlık grupların

genel popülasyona göre daha yüksek oranda psikopatoloji geliştirdiği bulgusu ile uyumludur (Chou ve diğerleri, 2012; Gray-Little, 2009; Hatzenbuehler, 2009)

Meyer, stigmatizasyon ve ayrımcılığı dört ayrı boyuta ayırmıştır. Bunlar; deneyimlenen ayrımcılık, kişinin toplum tarafından stigmatize edilen bir statüde bulunduğunu bilmesi, ayrımcılığa uğramaya dair beklenti ve kişinin kimliği nedeniyle kendisine yönelik olumsuz duyguları sonucunda ortaya çıkan içselleştirilmiş homofobi/bifobidir (Meyer, 2003).

Turan ve arkadaşları (2017) HIV ile ilişkili stigmatizasyonun spesifik boyutlarını saptamaya çalışmış, buradan hareketle stigmatizasyonun HIV tedavi süreci üzerindeki etkisini göstermeyi amaçlamışlardır. Bunu yaparken Meyer'in Azınlık Stres Modeli üzerinden HIV ile ilişkili stigmatizasyonun boyutlarını belirlemişlerdir. Yapısal Stigmatizasyon, Kesişen Stigmatizasyon ve Bireysel Stigmatizasyon stigmatizasyonun üç temel kaynağıdır. Yapısal Stigmatizasyon sosyal politikalar, toplumsal kurumlar ve hukuk sistemi gibi makro seviyedeki değişkenlerin HIV/AIDS ile yaşayan kişinin lehine bir işleyiş içinde olmasıdır. Yapısal Stigmatizasyon kişinin sağlığını direk ya da mikro seviyedeki değişkenlere olan etkisiyle bozabilir (şekil 2.2).



Şekil 2.2 HIV ile ilişkili Stigmatizasyonun Spesifik Boyutları (Turan ve diğerleri, 2017)

Kesişen Stigmatizasyon kişinin ırk, cinsiyet kimliği, cinsel yönelim ve sosyo-ekonomik statü gibi birden fazla alanda stigmatizasyona maruz kalabileceği statüleridir. Kesişen stigmatizasyona maruz kalınabilecek statüler arttıkça maruz kalınan stigmatizasyonun boyutu da hem makro hem de mikro düzeydeki değişkenler üzerinde olumsuz etki yaratarak maruz kalınan stigmatizasyon düzeyini arttırmaktadır. Bireysel stigmatizasyon ise Meyer'in belirlediği deneyimlenen ayrımcılık, kişinin toplum tarafından stigmatize edilen bir statüde olduğunu bilmesi, ayrımcılığa uğramaya dair beklenti ve kişinin kimliği nedeniyle kendisine yönelik olumsuz duygularını temsil etmektedir. Turan ve arkadaşları tüm bu değişkenlerin birbirleri üzerinde yarattığı etki

sonucunda sağlık hizmetine ulaşımın ve tedavi uyumunun olumsuz etkilendiğini ileri sürmektedir (Turan ve diğerleri, 2017).

Literatür verileri de Turan ve arkadaşlarının öngördüğü model ile uyumludur. HIV ile yaşayan kişilerde depresif semptomların oldukça yüksek olduğu, semptomların şiddetinin ise tedaviye düzenli devam etme davranışı ile ters orantılı bir ilişki gösterdiği saptanmıştır (Strace ve diğerleri, 2002). Bunun yanında HIV ile yaşayan kadınlar ile yürütölen ve kesifen stigmatizasyonları saptamayı amaçlayan bir çalışmada katılımcılar HIV ile ilişkili stigmatizasyon ve ayrımcılığa maruz kalırken seksizm, ırkçılık, homofobi ve transfobiye de maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Logie ve diğerleri, 2011). Amerika’da yapılan ve HIV ile yaşayan kadınların sağlık hizmeti alırken bekledikleri ve maruz kaldıkları stigmatizasyonun etkisini araştıran bir başka çalışmada ise beklenen stigmatizasyon düzeyi yüksek olan kişilerde ilaç uyumunun daha düşük, depresif semptomların ve maladaptif şekilde madde kullanımının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır (Rice ve diğerleri, 2019).

Uganda da yapılan bir araştırmada içselleştirilmiş HIV stigmatizasyonun algılanan sosyal desteği düşürdüğu bu durumun da depresyon semptomlarını arttırdığı saptanmıştır (Tsai ve diğerleri, 2012).

HIV ile yaşayan Afrikan-Amerikan kadınlarla yapılan bir başka çalışmada ise yalnızlığın ve algılanan düşük sosyal desteğin depresif semptomlar ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Vhavayarkar ve ark., 2010). Tüm bu değişkenlerin de tedaviye uyumu olumsuz etkilediği yapılan meta-analiz çalışmaları ile de desteklenmektedir (Dimatteo, 2004; Gonzalez ve diğerleri, 2011; Katz, 2013).

2020 yılında HIV stigmatizasyonunun HIV ile yaşayan kişilerin (N=584) sağlık durumları üzerindeki etkisini inceleyen bir araştırmada katılımcıların %25’inin kendilerine zarar verecek düzeyde alkol kullandığı, %13’ünün klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon belirtileri gösterdiği, %12’sinin ise klinik olarak anlamlı düzeyde anksiyete belirtileri gösterdiği saptanmıştır (Hojilla ve diğerleri, 2020). Amerika’da HIV ile yaşayan kadınların (N=914) içselleştirilmiş stigmatizasyonu ve tedavi uyumu arasındaki ilişkide depresyonun aracı etkisini inceleyen bir diğer çalışmada içselleştirilmiş HIV stigmatizasyonu düzeyinin

artmasıyla depresyon semptomlarının arttığı bu durumun tedavi uyumunu düşürdüğü saptanmıştır (Turan ve diğerleri, 2020).

64 araştırmanın dahil edildiği bir meta analiz çalışmasında ise HIV ile yaşayan kişilerin yüksek düzeyde HIV ile ilişkili stigmatizasyona maruz kalma ve depresyon semptomları ile antiretroviral ilaçlara bağlılık ve sağlık hizmetlerine ulaşmaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Rueda ve diğerleri, 2016).

Güney Afrika'da 149 yeni tanı almış HIV ile yaşayan kişi ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %56'sı psikiyatrik bozukluk tanı kriterlerini karşılamaktadır. Katılımcıların %34.9'u majör depresif bozukluk, %21.5'i distimik bozukluk, %14.8'i travma sonrası stres bozukluğu ve %10.1'inin ise alkol bağımlılığı tanı kriterlerini karşıladığı görülmüştür. Erkeklerde alkol bağımlılığı, kadınlarda travma sonrası stres bozukluğu daha fazla görülmüştür (Olley ve diğerleri, 2016).

Uganda'da 10-14 yaş aralığındaki HIV ile yaşayan çocuk ve gençler ile yürütülen bir başka çalışmada HIV ile ilişkili utancın depresyon semptomları, umutsuzluk, travma sonrası stres bozukluğu semptomları ve düşük özgüven ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Nabunya ve Namuwonge, 2023).

Türkiye'de HIV/AIDS ile yaşayan kişilere yönelik damgalama ve ayrımcılık üzerine yapılan nitel bir çalışmada ise katılımcıların yaşamın birçok alanında damgalama ve ayrımcılığa maruz kaldığı saptanmış, bu durumun kişide depresyon, anksiyete bozuklukları, intihar düşünceleri, sosyal izolasyon ve özgüven kaybı gibi olumsuz psikolojik yaşantılara neden olduğu düşünülmüştür (Köseoğlu Örnek ve Sevim, 2022).

Türkiye'de HIV ile yaşayan 50 erkek katılımcı ile yürütülen bir başka çalışmada HIV ile ilişkili damgalanma düzeyinin artmasıyla olumsuz benlik algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseldiği saptanmıştır (Kaya ve diğerleri, 2020).

2.2.2. Sağlık Hizmetinde HIV Stigmatizasyonu

Sağlık hizmeti alırken maruz kalınan ve/veya beklenen stigmatizasyon ve ayrımcılık tanı ve tedavi sürecini sekteye uğratan en önemli faktörlerdendir. Beklenen stigmatizasyon nedeniyle HIV testi yaptırma süreleri gecikebilmekte, test sırasında stigmatizasyona maruz kalınması durumunda ise tedaviye uyum düşebilmektedir (Naughton ve Vannable, 2013). Sağlık çalışanlarında HIV ile ilişkili stigmatizasyon ve ayrımcılık; HIV statüsü nedeniyle kişiyi suçlama, sağlık hizmeti vermeyi reddetme, uygun olmayan veya aşağılayıcı dil kullanımı, HIV ile yaşayan kişiye dokunmayı reddetme veya ekstrem önlemler alma şeklinde kendini gösterebilmektedir (Lambda Legal, 2010).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2010 ve 2017 yılları arasında sağlık çalışanlarının HIV ile ilişkili damgalanma düzeylerini inceleyen 619 araştırmanın dahil edildiği bir meta analiz çalışmasında HIV ile ilişkili damgalanmaya dair farkındalık oluşturan politikalar izleyen sağlık kurumu çalışanlarında diğer kurumların sağlık çalışanlarına göre daha az HIV ile ilişkili damgalanmanın görüldüğü saptanmıştır (Geter ve diğerleri, 2018).

2021 yılında Endonezya'da yürütülen ve sağlık hizmetinde HIV ile ilişkili damgalanmayı saptamayı amaçlayan bir başka çalışmada sağlık çalışanlarının hizmet vermeyi reddetme, kaçınma, kişisel eşyaları ayırma ve etiketleme davranışları gösterdikleri bulunmuştur. Bu davranışların ardında HIV hakkında bilgi eksikliği, bulaş korkusu, kişisel ve dini değerler ile toplumsal normların itici güç veya kolaylaştırıcı faktörler olduğu öne sürülmüştür (Fauk ve diğerleri, 2021).

2016 yılında Kanada'da sağlık hizmetinde HIV ile ilişkili damgalanmayı taramak amacıyla yapılan nitel bir çalışmada hem sağlık çalışanları hem de HIV ile yaşayan kişiler ile yapılan görüşmeler sonucunda stereotipikleştirme, HIV ile ilgili yanlış veya eksik bilgiye sahip olma, ayrımcı davranışlar ve beklenen hizmeti alamama, kurumların farkındalık yaratmak üzere çalışmalarının bulunmaması gibi damgalanma ve ayrımcı davranışların görüldüğü saptanmıştır (Wagner ve diğerleri, 2016).

Amerika'nın kırsal kesiminde yaşayan ve damar yoluyla uyuşturucu kullanımı olan 324 HIV ile yaşayan kişi ile yürütülen bir diğer çalışmada ise katılımcıların %62'si sağlık hizmeti alırken damgalanmaya maruz kaldığını belirtmiştir (Surratt, 2021).

Türkiye'de hekimler (n=154) ve hemşireler (n=251) ile yürütülen bir başka araştırmada araştırmaya katılan hekimlerin %86'sından fazlası ve hemşirelerin %69.3'ünün HIV ile ilişkili herhangi bir eğitim almadığı saptanmıştır. Hemşire katılımcıların %11'inden fazlası, hekim katılımcıların ise %8.4'ü HIV ile yaşayanlar ile aynı ortamda bulunma, tokalaşma ve nefes teması ile HIV ile enfekte olunabileceğini belirtmiştir (Köseoğlu Örnek ve diğerleri, 2020).

Gökengin ve arkadaşlarının 2017 yılında yürüttükleri araştırmaya göre HIV ile yaşayan kişilerin %34'ü gönüllü, %11'i bir başkasının ısrarıyla %3'ü bir başkasının zorlamasıyla HIV testi yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların %52'si ise kendilerine bilgi verilmeden test yapıldığını, %24'ü ise beklenen stigmatizasyon nedeniyle test yaptırmaktan çekindiğini iletmışlerdir. Aynı araştırmadaki diğer bir bulgu sağlık hizmetinde HIV ile yaşayan kişilere karşı stigmatizasyon ve ayrımcılığa dair önemli veriler sunmaktadır. Katılımcıların %69'u haklarında dedikodu yapıldığını, %46'sı sözel taciz ve tehdide maruz kaldığını ve %20'si ise sağlık çalışanlarının kendilerine sağlık hizmeti vermeyi reddettiklerini belirtmiştir (Gökengin Çalık ve Öktem, 2017).

2022 yılında Türkiye'de HIV/AIDS ile yaşayan 23 kişi ile yürütülen nitel bir çalışmada ise maruz kalınan ayrımcılık ve damgalanma deneyimleri araştırılmıştır. Katılımcıların neredeyse tamamının hayatın birçok alanında damgalanma ve ayrımcılığa maruz kaldığı saptanmıştır (Demirtaş ve Şahin, 2022).

Şengül ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılan bir başka çalışmada HIV ile yaşayan kişilerin sağlık çalışanları tarafından maruz kaldıkları stigmatizasyon ve ayrımcılık davranışları saptanmaya çalışılmıştır. Katılımcılar sağlık çalışanları tarafından göz temasından kaçınma (%32), fiziksel temastan kaçınma (%37.8), hizmeti bir anca sonlandırma eğilimi (%44), yargılanma ve hakarete maruz kalma (%33.2), HIV statüsünün üçüncü kişilere ifşa edilmesi

(%46.1) ve sağlık hizmeti vermeye reddetme (%33.7) gibi ayrımcı tutum ve davranışlara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Şengül ve diğerleri, 2020).

Burcu Bayrak ve arkadaşlarının 2014 yılında Artvin’de 41 doktor, 85 hemşire olmak üzere 126 sağlık çalışanı ile yaptığı bir diğer çalışmada, katılımcıların %88’i yaptıkları işi riskli bulduğunu (Dr.:%88, Hemşire:%75), %50’si HIV/AIDS ile yaşayan kişilere sağlık hizmeti vermeyi tercih etmediğini (Dr.:%40, Hemşire:%54), %12’si HIV/AIDS ile yaşayan kişilerden hiç hoşlanmadığını (Dr.:%10, Hemşire:%20), %50’si ise ameliyatta bulunmaktan (cerrahi branş) kaçındıklarını belirtmiştir (Bayrak ve diğerleri, 2014).

Sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrenciler (n=451) ve üniversite hastanesinde çalışan sağlık dışı personeller (n=339) ile yürütölen ve HIV/AIDS ile yaşayanlara yönelik tutum ve davranışları inceleyen bir diğer çalışmaya göre her iki grubun da HIV/AIDS stigmatizasyonunun yüksek olduğu, öğrencilerin sağlık dışı çalışanlara göre HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin özgürlük alanlarının kısıtlanmasına daha düşük oranda katıldıkları saptanmıştır (Köseoğlu Örnek ve İşcan Kocamış, 2022).

Hekim harici sağlık çalışanlarının HIV ile yaşayan kişilere yaklaşımını inceleyen bir çalışmada 67 hemşire, 54 resepsiyonist, 16 laboratuvar teknisyeni, 13 fizyoterapist ve 11 hasta bakıcı olmak üzere toplam 161 katılımcı değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının %41’inin bulaş yolları ile ilgili yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı, %48’inin korunma yöntemleri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı ve %48’inin HIV ile yaşayan kişilere yaklaşımının diğer kişilere yaklaşımlarından farklı olduğu görölmüştür (Yurttaşer ve diğerleri, 2020).

2.3. HIV STİGMATİZASYONUNUN SAĞLIK DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN SAĞLIK MODELLERİ KAPSAMINDA İNCELENMESİ

1950’li yıllarda Amerikalı araştırmacılar tarafından geliştirilmeye başlanan sağlık davranış modelleri, halk sağlığını korumak ve kişilerin sağlık davranışlarını değiştirmeye yönelik müdahalelerin belirlenmesini

amaçlamaktadır. Modeller zaman içerisinde fark edilen eksikliklere göre değiştirilip, dönüştürülmüştür. Başlangıçta geliştirilen modeller kişinin davranışlarını etkileyen sosyokültürel, sosyoekonomik, sosyodemografik, politik ve ayrıştırıcı değişkenleri göz ardı etse de her yeni modelde bahsedilen faktörlerin etkileri dikkate alınmaya başlanmıştır (Bulduk ve diğerleri, 2015; Gözüm ve Çapık, 2014).

2.3.1. Sağlık İnanç Modeli

Model, 1966 yılında Rosenstack tarafından geliştirilmiş, hastalıklardan korunma ve tarama ile hastalıkların erken teşhisini sağlayabilecek davranışların uygulanmasındaki motivasyonu arttırmayı hedeflemiştir. Sağlık İnanç Modeli davranışların kişisel inançlar, değerler ve tutumlar tarafından belirlendiği temeline dayanır. Buradan hareketle kişisel inançlar, değerler ve tutumların sağlık davranışı üzerindeki olumsuz etkilerine müdahale edilirse, davranışın sağlığı koruma yönünde değişeceğini savunur. Modelde, kişinin davranışını etkileyen faktörler; algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan fayda ve engeller, davranışa yönelik ipuçları ve öz yeterlilik belirlenmiştir (Coşar-Yılmaz ve Sertel-Berk, 2021; Gözüm ve Çapık, 2014).

Sağlık inanç modeli HIV epidemisi üzerinden değerlendirildiğinde HIV testi yaptırmak (Schnall ve diğerleri, 2015) veya kondom kullanımı gibi konularda belirli (Volk ve Koopman, 2001) bir etki yaratmayı başarmasına rağmen problemi yalnızca kişinin bilişsel değerlendirmeleri üzerinden ele alması nedeniyle HIV epidemisi üzerinde yeterli etki gösterememiştir (Traube ve diğerleri, 2011).

2.3.2. Sosyal Bilişsel Teori

Bandura (1986) tarafından geliştirilen Sosyal Bilişsel Teori davranışın bireysel, davranışsal ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile oluştuğunu varsayar. Bilginin sağlık davranışında ön koşul olduğunu fakat yeterli olmadığını, davranışı göstermeyi etkileyen diğer değişkenlerin de değerlendirilmesi gerektiğini savunur. Bandura bu değişkenleri fiziksel, sosyal ve öz-değerlendirme olarak

üç ayırmıştır. Öz-yeterlilik kavramı Bandura tarafından kişinin bir davranışı yapabileceğine ve istediği hedefe ulaşabileceğine dair algısı olarak tanımlanmıştır ve değişkenin hem bireysel hem de çevresel faktörlere göre şekillenmesi nedeniyle teorinin yapıtaşını oluşturduğunu belirtmiştir (Bandura, 2005).

Bu model HIV ile ilişkili sağlık davranışında grup normlarının davranışı etkilediğini ve çevresel faktörlerin davranış üzerinde belirleyici olduğunu söyler fakat hangi çevresel faktörlerin grup normları ve kişinin inançları üzerinde etkili olduğunu açıklamaz. Bu durum model çerçevesinde yapılan müdahalelerde çevresel faktörlerin gözardı edilmesine ve epideminin gidişatı üzerinde sınırlı etki yaratılmasına neden olur (Traube ve diğerleri, 2011).

2.3.3. Gerekçeli Eylem Teorisi

Fishbein ve Ajzen (1975) tarafından geliştirilen Gerekçeli Eylem Teorisi davranışı belirleyen en önemli değişkenin niyet olduğunu, niyetin ise sosyal çevre ve kişisel inançlar çerçevesinde şekillendiğini savunur. Model, kişisel inançların davranışa dair olumlu veya olumsuz değerlendirme üzerinden, çevresel faktörlerin ise davranışın kişinin sosyal çevresi tarafından kabul veya reddine bağlı olarak davranışı etkilediğini savunur. Kişisel boyut davranışa yönelik tutum, sosyal boyut öznel norm olarak tanımlanır. Yanı sıra kişinin davranışın sonuçları ve sosyal onaya atfettiği önemin de davranış üzerinde etkisi olduğunu varsayar (Yzer, 2013).

Gerekçeli eylem teorisi de tıpkı sosyal bilişsel modelde olduğu gibi kişinin tavırlarının ve grup normlarının sağlık davranışı üzerinde etkisi olduğunu söyler fakat grup normlarını oluşturan hangi çevresel faktörlerin virüs bulaşına neden olabilecek davranış tercihlerini etkilediğini açıklamaz (Trauba ve diğerleri, 2011).

2.3.4. Planlı Davranış Teorisi

Planlı davranış teorisi Azjen (1991) tarafından oluşturulmuştur. Ajzen, Gerekçeli Eylem Teorisinde eksik olduğunu düşündüğü algılanan davranışsal kontrolün

davranış üzerindeki etkisini de modele ekleyerek Planlı Davranış Teorisini geliştirmiştir. Teoride, algılanan davranışsal kontrol; kişinin davranışı gerçekleştirebileceğine dair öznel inancı olarak tanımlanmıştır. Davranış üzerinde etkili olduğu düşünülen diğer değişkenler Gerekçeli Eylem Teorisinde bulunan değişkenler ile aynıdır (Andrews ve diğerleri, 2010; Coşar-Yılmaz ve Sertel-Berk, 2021).

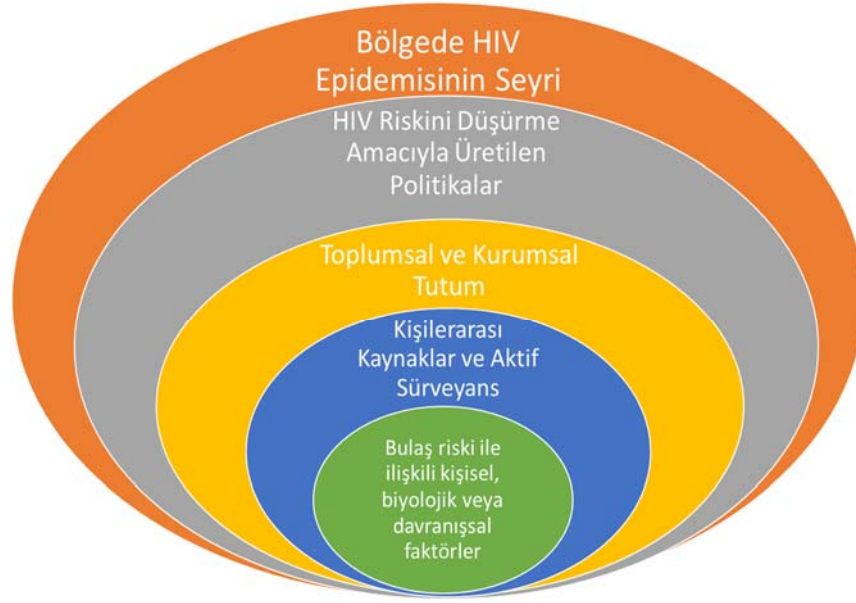
Bahsedilen sağlık davranışı teorileri birey odaklı bir bakış açısına sahip olmaları ve epideminin seyrinde güçlü bir etkisi bulunan yapısal ve toplumsal değişkenlerin göz ardı edilmesi nedeniyle HIV epidemisi üzerinde sınırlı bir etki yaratabilmiştir (Kaufman ve diğerleri, 2014). Bunun yanında Traube ve arkadaşları sağlık modelleri ve HIV ile ilişkili sağlık davranışını inceleyen araştırmaların üç temel sorunu olduğu düşünülmektedir. Bunlardan ilki benzerlik gösteren veya tamamen aynı faktörlerden oluşan sağlık modellerinin aslında yalnızca terminolojik değişiklikler içermesidir. Bu durum HIV ile ilişkili sağlık davranışları üzerinden yürütülen çalışmalarda daha önceden bir başka sağlık modeli üzerinden yürütülmüş çalışmada farklı bir isim kullanılarak ölçülen ve davranışı tahmin etmede etkili olmayan değişkenlerin tekrar tekrar ölçülmesine neden olmaktadır. Bir diğer faktör ise araştırmalarda kullanılan başlıca sağlık modellerinin davranışı tahmin etmek konusundaki başarılarına dair yeterince kanıt bulunmamasıdır. Bu durum da HIV ile ilişkili araştırmalarda davranış değişikliği sağlayacağından emin olunmayan değişkenlerin kullanılmasına neden olur. Son faktör ise başlıca modeller üzerinden yürütülen çalışmalarda birbiri ile kıyaslanamayacak dinamiklere sahip popülasyonların sağlık davranışı risklerinin hatalı şekilde değerlendirilmesidir. HIV ile yaşayan popülasyonun sağlık davranışı risklerinin doğru değerlendirilmemesi ya da ayrı bir değişken olarak göz önünde bulundurulmaması araştırmaların sağlıklı bir sonuç verebilmesini engeller (Traube ve diğerleri, 2011).

2.3.5. Sosyo Ekolojik Model ve Modifiye Edilmiş Sosyo Ekolojik Model

1988 yılında Mcleroy ve arkadaşları tarafından geliştirilen Sosyo Ekolojik Model insan davranışının ortaya çıkmasında bireysel ve çevresel faktörlerin

dinamik bir ilişki içerisinde olduğunu ve değişimin hem bireysel hem de çevresel faktörler ele alınarak sağlanabileceğini savunur. Sosyo Ekolojik Model hem makro hem de mikro seviyede birçok değişkeni göz önünde bulundurarak insan davranışını etkileyen faktörlere daha geniş bir perspektiften bakılmasını sağlamaktadır. Modelde, davranışı etkileyen bireysel, kişilerarası, toplumsal ve kurumsal olmak üzere beş ayrı faktör bulunmaktadır (McLeroy ve diğerleri, 1988).

Baral, Logie, Grosso ve Wirtz HIV epidemisini kontrol altına alabilmek için epideminin sürmesinde dolaylı olarak etkili olan sosyal, ekonomik, kurumsal ve politik faktörlerin yapısal olarak ortaya konmasının gerekliliğine dikkat çekmiş, buradan hareketle HIV epidemisinin devam etmesine neden olan risk faktörlerini Sosyo-ekolojik Modeli modifiye ederek açıklamaya çalışmışlardır. Sosyo-ekolojik modelin HIV epidemisine dair modifikasyon ihtiyacını ise her problemin kendine has bileşenlerinin bulunması ve bu bileşenlerin göz önünde bulundurulmasının önemi üzerinden açıklamışlardır. Geçmişte epideminin kontrol altına alınabilmesi için kullanılan ve bireysel davranış değişikliklerine dayanan müdahalelerin yetersizliğini bireysel davranış değişikliğinin tablonun yalnızca bir bileşenini açıklamasına bağlamışlardır. Epideminin dinamiklerinin bireysel davranışın yanında sosyal ve yapısal faktörlerin de ele alınmasıyla anlaşılabilirliğini düşünmüşlerdir. Buna göre; HIV epidemisinin bulunan bölgedeki gidişatı, devlet tarafından üretilen politikaların HIV ile yaşayan kişileri ne kadar koruduğu ve gözettiği, güvenli şekilde sağlık hizmetine ulaşımın sağlanması ve stigmatizasyon ile ayrımcılığa dair atılan adımların varlığı ve bireysel değişkenler olmak üzere beş ayrı faktör belirlenmiştir (Şekil 1). Modifiye Edilmiş Sosyo Ekolojik Model, özellikle toplumda dezavantajlı konumda olan kişilerde HIV riski bağlamında sağlık davranışı değişiminde etkili olabilecek faktörler düşünülerek oluşturulmuştur (Baral ve diğerleri, 2013).



Şekil 2.3 HIV Riski için Modifiye Edilmiş Sosyo Ekolojik Model (Baral ve diğerleri, 2013)

2.4. HIV STİGMATİZASYONUNUN ÖLÇÜMÜ

Alanyazında HIV ile ilişkili değişkenleri ölçen çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Ölçekler, günlük yaşamda maruz kalınan stigmatizasyon, HIV/AIDS ile ilgili bilgi düzeyi, HIV/AIDS ile ilişkili tutumlar, sağlık çalışanlarında HIV stigmatizasyon düzeyi, HIV/AIDS ile ilişkili stres ve HIV ile yaşayan kişilerde içselleştirilmiş stigmatizasyon konularını ele almaktadır (Aydemir ve diğerleri, 2018; Friedland ve diğerleri, 2020; Relf ve diğerleri, 2021; Wagner ve diğerleri, 2014). Çalışmalarda sıkça kullanılan ölçeklerden biri HIV Stigma Ölçeğidir. Ölçek Berger ve arkadaşları tarafından 2001 yılında HIV ile yaşayanların maruz kaldıkları damgalanmanın farklı bileşenlerini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. 40 maddeden oluşan ölçek damgalama, toplumsal tutumla ilgili endişeler, olumsuz kendilik imajı ve açılmayla ilgili endişeler olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır (Berger ve diğerleri, 2001). HIV Stigma Ölçeğinin Bunn ve arkadaşları (2007) ile Wright ve arkadaşları

(2007) tarafından revize edilmiş iki farklı formu da bulunmaktadır. Bunn ve arkadaşları ölçeğin kısa formunu, Wright ve arkadaşları ise ölçeğin 16-25 yaş aralığındaki gençlere uygulanabilecek versiyonunu geliştirmiştir (Bunn ve diğerleri, 2007; Wright ve diğerleri, 2007). HIV Stigma Ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2021 yılında Yıldız ve arkadaşları tarafından yapılmış Berger HIV ile İlgili Damgalama Ölçeği olarak isimlendirilmiştir. Orijinal ölçekte olduğu gibi 40 maddeden oluşan 4 faktörlü bir yapı elde edilmiştir (Yıldız ve diğerleri, 2021).

HIV/AIDS ile yaşayanların damgalanma düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilen bir başka ölçek HIV/AIDS Damgalama Ölçeğidir. Ölçek Holzemer ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. 33 maddeden oluşan ölçeğin, sözlü saldırı, olumsuz benlik, sağlık bakım ihmali, sosyal izolasyon, bulaşma korkusu ve işyeri damgası olmak üzere 6 alt ölçeği bulunmaktadır (Holzemer ve diğerleri, 2007). HIV/AIDS Damgalama Ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Çalışkan tarafından yapılmıştır (Çalışkan, 2011).

AIDS Tutum Ölçeği Froban ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanlarının AIDS ile yaşayanlara karşı tutumlarını saptamak amacıyla geliştirilmiştir. 21 maddeden oluşan ölçek kaçınma ve empati olmak üzere iki alt boyuta sahiptir (Froman ve diğerleri, 1992). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2020 yılında Karabulut ve Gürçayır tarafından yapılmıştır (Karabulut ve Gürçayır).

2014 yılında Wagner ve diğerleri tarafından geliştirilen Sağlık Çalışanlarında HIV/AIDS Stigma Ölçeği (HPASS) de sağlık çalışanlarının HIV/AIDS ile yaşayanlara karşı tutumlarını saptamayı amaçlamaktadır. 47 maddeden oluşan ölçek önyargı, stereotipleştirme ve ayrımcılık olmak üzere üç alt testten oluşmaktadır (Wagner ve diğerleri, 2014). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması bulunmamaktadır.

İlk versiyonu 2008 yılında HIV ile Yaşayanların Global Ağı (GNP+) tarafından geliştirilen HIV Stigma Endeksi (GNP+, 2008), 2020 yılında Friedland ve diğerleri tarafından tekrar ele alınarak HIV Stigma Endeksi 2.0 geliştirilmiştir. Ölçek; ifşa, damgalama ve ayrımcılık deneyimi, içselleştirilmiş damgalama ve dayanıklılık, sağlık hizmetleri ile etkileşimler, insan hakları, HIV

dışı damgalama ve ayrımcılık damgalanma ve ayrımcılık ile ilgili kişisel deneyim olmak üzere 7 alt ölçekten oluşmaktadır (Friedland ve diğerleri, 2020). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması bulunmamaktadır.

Aydemir ve arkadaşları tarafından geliştirilen AIDS Bilgi Ölçeği ve AIDS Tutum Ölçeği kişilerin bulaş yolları, korunma ve tedaviye dair bilgi düzeylerini, AIDS ile yaşayanlara karşı olumsuz tutumlarını ve stigmatizasyon düzeylerini ölçmektedir (Aydemir ve diğerleri, 2018).

HIV ile yaşayanlarda beklenen stigmatizasyon düzeyinin ilaç uyumu ve depresyon semptomları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Halkitis ve diğerleri, 2014; Sweeney ve Vanable, 2015). Berger ve arkadaşları da HIV Stigma Ölçeğini geliştirirken beklenen stigmatizasyonun zayıf ruh sağlığı ve zayıf sosyal destek ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (Berger ve diğerleri, 2001). Bu bulgu başka çalışmalarda da görülmüştür (Sayles ve diğerleri, 2008; Visser ve diğerleri, 2008). Alanyazında HIV ile yaşayanların sağlık hizmeti alırken bekledikleri stigmatizasyonu ölçen herhangi bir ölçek bulunmamaktadır. HIV ile yaşayanların sağlık hizmeti alırken maruz kaldıkları ya da bekledikleri stigmatizasyonu ölçen araştırmalarda standardize olmayan anketler veya röportaj yolu ile bilgi toplanmıştır. (Gökengin ve Öktem, 2017; Surratt, 2021, Şengül ve diğerleri, 2020; Vaughan ve diğerleri, 2020; Wagner ve diğerleri, 2016) Tüm bu bulgulardan hareketle HIV ile yaşayanların sağlık hizmeti alırken bekledikleri stigmatizasyon düzeyini geçerli ve güvenilir şekilde ölçen bir ölçeğin alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

BÖLÜM 3

3. AMAÇ VE HİPOTEZLER

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışma iki ayrı bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın temel amacı HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken bekledikleri damgalanma ve ayrımcılığın sahip oldukları psikopatolojik semptomlar üzerindeki yordayıcı etkisini saptamaktır. Buradan hareketle araştırmanın ilk bölümünde HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken bekledikleri damgalanma ve ayrımcılığı ölçen bir ölçek geliştirilecektir. Araştırmanın ikinci bölümünde geliştirilen ölçek kullanılarak beklenen damgalanma ve ayrımcılığın psikopatolojik semptomlar üzerindeki etkisi saptanacaktır. Bu bağlamda yürütülecek olan analizlere dair hipotezler aşağıdaki gibidir.

3.2. HİPOTEZLER

1. Araştırmanın ilk bölümü HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin geliştirilmesini ve Türkiye popülasyonunda geçerlik güvenirlik çalışmasının yapılmasını içermektedir. Bu doğrultuda geliştirilen işlemsel hipotezler şu şekildedir;

1.1. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinde bulunan tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyonları .20'nin üzerinde olacaktır.

1.2. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği iki boyutlu bir yapı gösterecektir.

1.3. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini ölçen Keiser Meyer Olkin katsayısı .70'in üzerinde olacaktır.

2. Araştırmanın ikinci bölümünü oluşturan ve temel amacını oluşturan hedefler doğrultusunda geliştirilen işlemler hipotezler şu şekildedir;

2.1. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin HIV Statüsüne Yönelik Beklenen Stigmatizasyon ve HIV Tedavisine Yönelik Stigmatizasyon alt ölçekleri Kısa Semptom Envanterinin kaygı, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostalite bileşenlerini pozitif yönde yordamaktadır.

BÖLÜM 4

4. YÖNTEM

Bu bölümde örneklem, veri toplama araçları, işlem, veri analizi ve araştırma deseni ile ilgili bilgilere yer verilecektir.

4.1. HIV TEDAVİSİNDE BEKLENEN STİGMATİZASYON ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ İÇİN ÖRNEKLEM

Araştırmanın örneklemini internet üzerinden toplanmıştır. Örnekleme ulaşmak için üzerinde araştırma ile ilgili bilgiler ve araştırmaya ulaşımı sağlayacak kare kodun bulunduğu el ilanları bastırılmıştır. El ilanları İstanbul'da bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Enfeksiyon bölümlerine, Kırmızı Kurdele, Pozitifiz ve Pozitif Yaşam derneklerine dağıtılmıştır. Bu yolla kimliğini açık etmek istemeyen katılımcıların tanıdıkları ve güvendikleri kişiler tarafından çalışmaya davet edilmesi sağlanmıştır. Uygun örnekleme yönteminin sınırlılıkları ile baş edebilmek için katılımcıların sosyodemografik özellikleri eşit tutulmaya çalışılmıştır. Örneklem 18 yaş ve üzerinde HIV ile yaşayan kişilerden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümü için katılımcı sayısı G Power 3.1.9.2. programı kullanılarak uyum iyiliği için için güvenirlilik oranı .90, alfa hatası .05 ve etki büyüklüğü .30 seçilerek 220 kişi olarak bulunmuştur (Faul ve diğerleri, 2007). Çalışmaya ait işleme kriterleri; 18 yaşından küçük olmamak ve HIV ile yaşıyor olmaktır. Çalışmaya ait dışlama kriterleri; 18 yaşından küçük olmak ve HIV ile enfekte olmamaktır. Geliştirilen ölçeğin psikometrik çalışması için HIV ile yaşayan 18 yaş ve üzerinde 205 kişiye ulaşılmıştır.

4.2. HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERİN SAĞLIK ÇALIŞANLARI TUTUMLARINDAN BEKLEDİKLERİ STİGMATİZASYONUN PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLAR ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİNİN SAPTANMASI İÇİN ÖRNEKLEM

Çalışmanın ilk bölümünde olduğu gibi örneklem araştırmanın detaylarının ve ankete katılım için kare kodun bulunduğu el ilanları vasıtasıyla internet üzerinden toplanmıştır. Anketler çalışmanın ilk bölümünde olduğu gibi İstanbul'da bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin enfeksiyon kliniklerine, Pozitif ve Pozitif Yaşam Derneklerine dağıtılmıştır. Gizliliğin korunmasının HIV ile yaşayan kişiler için önemli olduğu düşünülerek katılımcıların anket davetini tanıdıkları ve güvendikleri doktorlarından veya Sivil Toplum Kuruluşu çalışanlarından almaları sağlanmıştır. Bunun yanında özellikle 18-25 yaş aralığındaki genç kitleye ulaşmak için Facebook isimli sosyal medya platformunda bulunan HIV ile ilişkili erişime kapalı gruplarda araştırmaya katılım için duyurular paylaşılmıştır. Uygun örnekleme yönteminin sınırlılıkları ile baş edebilmek için katılımcıların sosyodemografik özellikleri eşit tutulmaya çalışılmıştır. Örneklem 18-25 yaş aralığında HIV ile yaşayan kişilerden oluşmaktadır. Güncel literatür verileri beyin gelişiminin 25 yaşa kadar sürmesi nedeniyle ergenlik döneminin 25 yaşa kadar devam ettiğini savunmaktadır (Hochberg ve Konner, 2020). Bunun yanında Türkiye'de HIV tanısı alan 20-25 yaş aralığındaki kişiler giderek artmaktadır (Gökengin, 2018). Güncel bakış açısından yola çıkarak araştırmanın ikinci bölümünün örneklem yaş aralığı 18-25 olarak belirlenmiştir. Çalışmanın ikinci bölümü için hedeflenen toplam katılımcı sayısı G Power 3.1.9.2. programı kullanılarak tekrar ölçümlü çoklu doğrusal regresyon analizi için güvenirlik oranı .90, alfa hatası .05 ve etki büyüklüğü .15 seçilerek 88 kişi olarak bulunmuştur (Faul ve diğerleri, 2007). Araştırmanın ikinci bölümü için dışlama kriterleri 18 yaşından küçük, 25 yaşından büyük olmak ve HIV ile enfekte olmamak, işleme kriterleri 18-25 yaş aralığında olmak ve HIV ile yaşamaktır.

4.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

4.3.1. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Geliştirilmesi için Veri Toplama Araçları

4.3.1.1. Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen formda yaş, cinsiyet kimliği, cinsel yönelim, ilişki durumu, büyüdüğü yer, eğitim düzeyi ve algılanan gelir düzeyi gibi sosyodemografik veriler içermektedir. Bunlara ek olarak HIV statüsü, kaç aydır HIV ile yaşadığını bilen olup olmadığı, daha önce psikolojik/psikiyatrik destek alıp almadıkları ve herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadıkları soruları da sorulmuştur. Formda yer alan sorular literatür verileri ışığında araştırmanın konusu ile bağlantılı olabileceği düşünülen başlıklar üzerinden oluşturulmuştur.

4.3.1.2. HIV/AIDS Damgalanma Ölçeği

Holzemer ve arkadaşlarının geliştirdiği HIV/AIDS Damgalama Ölçeği 4'lü likert tipinde 33 madde ve 6 alt ölçekten oluşmaktadır (Holzemer ve diğerleri, 2007). Ölçeğin alt boyutları; Sözlü saldırı (8 madde), olumsuz benlik algısı (5 madde), sağlık bakım ihmali (7 madde), sosyal izolasyon (5 madde), bulaşma korkusu (6 madde), işyeri damgası (2 madde) şeklindedir. Toplam puan üzerinden hesaplanan ölçekte alınan yüksek puan algılanan damgalamanın fazla olduğunu göstermektedir. Ölçekte (a) Sağlık bakımı/televi almayı reddettim, (b) Bir şekilde öleceğim söylendiği için tedaviyi reddettim, (c) Bakıma ihtiyacım olduğu halde hastaneden taburcu edildim (d) Bir hemşireden yardım alabilmek için çok uğraştım (e) Hastanede ya da klinikte en sona bırakıldım, (f) Hastanede kirli bir yatakta bırakıldım, (g) Hastanede ya da klinikte ağrım önemsenmedi olmak üzere sağlık hizmeti sırasında algılanan tutumlara dair 7 madde bulunmaktadır.

Orijinal ölçeğin alt test Cronbach Alfa katsayıları .76-.91 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Pakize Çalışkan tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Türkiye örnekleminde Cronbach Alfa

İçtutarlılık katsayısı .93, alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları ise .75-.93 olarak bulunmuştur (Pakize, 2011). HIV Damgalanma ölçeğinin bizim örnekleminiz için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .91 olarak bulunmuştur.

4.3.1.3. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği

HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken bekledikleri stigmatizasyonu ölçme amacıyla modifiye edilmiş SEM temel alınarak araştırmacı tarafından geliştirilen ölçek, 7'li likert tipinde (tamamen yanlış, çoğunlukla yanlış, kısmen yanlış ne doğru ne yanlış, kısmen doğru, çoğunlukla doğru, tamamen doğru) 12 soru olarak hazırlanmıştır. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin yapı geçerliğine dair yürütülen analizler sonucunda ölçeğin son hali 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek; HIV tedavisine yönelik beklenen stigmatizasyon ve HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyon olmak üzere iki alt testten oluşmaktadır. İki alt ölçek toplam varyansın %72'sini açıklamaktadır. HIV tedavisine yönelik beklenen stigmatizasyon alt ölçeği; 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9. maddelerinden oluşur ve kişinin HIV tedavisi alırken stigmatizasyona maruz kalacağına dair endişesini ölçer. HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyon alt ölçeği; 11., 12., 13. maddelerden oluşur ve kişinin HIV tedavisi dışında bir branştan sağlık hizmeti alırken stigmatizasyona maruz kalacağına dair endişesini ölçer. Hem toplam hem de alt ölçek puanlarının ayrı ayrı alınabilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-72 arasında değişmektedir, alınan puan arttıkça beklenen stigmatizasyon düzeyi artmaktadır. Tüm ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .94 olarak belirlenmiştir. Alt ölçeklerde HIV tedavisine yönelik beklenen stigmatizasyon için .94 ve HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyon için ise .90 olarak bulunmuştur.

4.3.2. HIV İle Yaşayan Kişilerin Sağlık Çalışanları Tutumlarından Bekledikleri Stigmatizasyonun Psikopatolojik Semptomlar Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin Saptanması için Veri Toplama Araçları

4.3.2.1. Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen formda yaş, cinsiyet kimliği, cinsel yönelim, ilişki durumu, büyüdüğü yer, eğitim düzeyi ve algılanan gelir düzeyi gibi sosyodemografik veriler içermektedir. Bunlara ek olarak dini inanç, dini inanç düzeyi, HIV statüsü, kaç aydır HIV ile yaşadığını bilen olup olmadığı, daha önce psikolojik/psikiyatrik destek alıp almadıkları ve herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadıkları soruları da sorulmuştur. Formda yer alan sorular literatür verileri ışığında araştırmanın konusu ile bağlantılı olabileceği düşünülen başlıklar üzerinden oluşturulmuştur.

4.3.2.2. Kısa Semptom Envanteri

Kısa semptom envanteri kişilerin psikolojik semptomlarını değerlendirmek üzere Dergotis (1992) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 9 faktörden oluşan, likert tipi 53 madde içermektedir. Orijinal ölçeğin alt test Cronbach Alfa katsayıları .71-.85 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Şahin ve Durak (1994) tarafından 3 ayrı çalışma ile yapılmış, 5 faktörden oluşan bir yapı elde edilmiştir. Türkiye örnekleminde Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .96, alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları ise .63-.86 olarak bulunmuştur. Kısa semptom envanterinin bizim örnekleminiz için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .96, alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları ise anksiyete için .89, depresyon için .93, olumsuz benlik için .87, somatizasyon için .83 ve hostalite için .80 olarak bulunmuştur.

4.3.2.3. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği

HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken bekledikleri stigmatizasyonu ölçme amacıyla modifiye edilmiş SEM temel alınarak

araştırmacı tarafından geliştirilen ölçek, 7'li likert tipinde (tamamen yanlış, çoğunlukla yanlış, kısmen yanlış, ne doğru ne yanlış, kısmen doğru, çoğunlukla doğru, tamamen doğru) 12 soru olarak hazırlanmıştır. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin yapı geçerliğine dair yürütülen analizler sonucunda ölçeğin son hali 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek; HIV tedavisine yönelik beklenen stigmatizasyon ve HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyon olmak üzere iki alt testten oluşmaktadır. İki alt ölçek toplam varyansın %72'sini açıklamaktadır. HIV tedavisine yönelik beklenen stigmatizasyon ve ayrımcılık alt ölçeği; 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9. maddelerinden oluşur ve kişinin HIV tedavisi alırken stigmatizasyona maruz kalacağına dair endişesini ölçer. HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyon alt ölçeği; 11., 12., 13. maddelerden oluşur ve kişinin HIV tedavisi dışında bir branştan sağlık hizmeti alırken stigmatizasyona maruz kalacağına dair endişesini ölçer. Hem toplam hem de alt ölçek puanlarının ayrı ayrı alınabilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-72 arasında değişmektedir, alınan puan arttıkça beklenen stigmatizasyon ve ayrımcılık düzeyi artmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-72 arasında değişmektedir, alınan puan arttıkça beklenen stigmatizasyon düzeyi artmaktadır. Tüm ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı .94 olarak belirlenmiştir. Alt ölçeklerde HIV tedavisine yönelik beklenen stigmatizasyon için .94 ve HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyon için ise .90 olarak bulunmuştur.

4.4. İŞLEM

4.4.1. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Geliştirilebilmesi için İşlem

FMV Işık Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü Klinik Psikoloji Doktora Programı Etik Kurulu'ndan alınan etik onayın ardından veri toplama süreci başlamıştır. Çalışmadaki tüm veriler internet üzerinden toplanmıştır ve dijital olarak toplanan veriler 5 yılın ardından toplanılan cihazdan silinerek imha edilecektir. Stigmatizasyonun etkisiyle HIV ile yaşayan

kişiler genellikle statülerini güvendikleri kişiler ile paylaşma eğilimi göstermektedir (Tshweneagae ve diğerleri, 2015). Veri toplama aşamasında sınırlılık oluşturabilecek bu durumu kontrol altına alabilmek için araştırmacı tarafından çalışmanın amacı, katılım şartları ve akıllı telefonlar ile okutulduğunda araştırmaya katılım linkine yönlendiren karekodu içeren el ilanları bastırılmıştır. El ilanları Ek-A'da sunulmuştur. Bastırılan ilanlar HIV Enfeksiyon Derneği, Pozitif Yaşam Derneği, Pozitif-iz Derneği ve Kırmızı Kurdele Derneği'ne yollanmıştır. Enfeksiyon uzmanları ve aktivistlerin vasıtasıyla veriler toplanmıştır.

Bilgilendirilmiş Onam Formu aracılığıyla tüm katılımcılara araştırmanın içeriği ve amacı, bilgilerin saklanması, gizliliğin korunması ve araştırmaya katılımdan vazgeçme bilgileri ayrıntılı şekilde verilecek ve katılımı kabul ettiklerine dair onayları alınmıştır. Katılımcılardan sırasıyla Sosyo-demografik Özellikler ve Bilgi Formu, HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği ve HIV/AIDS Damgalanma Ölçeğini doldurmaları istenmiştir.

4.4.2. HIV ile Yaşayan Kişilerin Sağlık Çalışanları Tutumlarından Bekledikleri Stigmatizasyonun Psikopatolojik Semptomlar Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin Saptanması için İşlem

FMV Işık Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü Klinik Psikoloji Doktora Programı Etik Kurulu'ndan alınan etik onayın ardından veri toplama süreci başlamıştır. Çalışmadaki tüm veriler internet üzerinden toplanmıştır ve dijital olarak toplanan veriler 5 yılın ardından toplanılan cihazdan silinerek imha edilecektir. Stigmatizasyonun etkisiyle HIV ile yaşayan kişiler genellikle statülerini güvendikleri kişiler ile paylaşma eğilimi göstermektedir (Tshweneagae, Oss, Mgutshini, 2015). Veri toplama aşamasında sınırlılık oluşturabilecek bu durumu kontrol altına alabilmek için araştırmacı tarafından çalışmanın amacı, katılım şartları ve akıllı telefonlar ile okutulduğunda araştırmaya katılım linkine yönlendiren karekodu içeren el ilanları bastırılmıştır. El ilanları Ek-A'da sunulmuştur. Bastırılan ilanlar HIV Enfeksiyon Derneği, Pozitif Yaşam Derneği, Pozitif-iz Derneği ve Kırmızı

Kurdele Derneği'ne yollanmıştır. Enfeksiyon uzmanları ve aktivistlerin vasıtasıyla veriler toplanmıştır. Bilgilendirilmiş Onam Formu aracılığıyla tüm katılımcılara araştırmanın içeriği ve amacı, bilgilerin saklanması, gizliliğin korunması ve araştırmaya katılmadan vazgeçme bilgileri ayrıntılı şekilde verilecek ve katılımı kabul ettiklerine dair onayları alınmıştır. Katılımcılardan sırasıyla Sosyo-demografik Özellikler ve Bilgi Formu, HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeğini doldurmaları istenmiştir.

4.5. VERİ ANALİZİ

4.5.1. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Geliştirilebilmesi için Veri Analizi

Bu çalışmada toplam 224 vakada, HIV ile yaşayan kişilerin tedavi süreçlerinde beledikleri stigmatizasyon ölçmek amacıyla geliştirilen ve 12 maddeden oluşan HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olup olmadığının sınanması hedeflenmiştir. Bu amaçla ölçeğin geçerliği için madde analizi, açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) adımları, güvenilirliği için ise Cronbach Alfa değeri hesaplanarak iç tutarlılık sınaması, yakınsak güvenilirlik ve uzman görüşüne başvurma adımları izlenmiştir. Yapı geçerliği kapsamında madde ayırt ediciliği için madde-toplam puan korelasyonlarının en az .30 olması beklenmiştir. Geliştirilen ölçeğin toplam puan alınan bir endeks ölçeği olması nedeniyle, temel eksen boyutlandırması ve oblik rotasyon yöntemi kullanılarak açımlayıcı faktör analizi (AFA) yürütülmüştür. Faktör analizine uygunluk ve örneklem büyüklüğü Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ile değerlendirilmiş, KMO değerinin en az .70 olması beklenmiştir. Veri dağılımının uygunluğu Bartlett küresellik testi ile değerlendirilmiş Bartlett küresellik testi X² değerinin istatistiksel olarak anlamlı olması beklenmiştir. AFA kısmında özdeğeri 1'in üzerinde olan yapılar anlamlı birer faktör olarak ele alınmıştır. Ölçeğin AFA sonrası son halinin güvenilirliği kapsamında Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları

hesaplanmıştır. Bu katsayıların en az .70, madde-toplam puan korelasyonlarının ise en az .30 olması beklenmiştir. Analizler SPSS 21 ve AMOS 26 programları ile gerçekleştirilmiştir.

4.5.2. HIV ile Yaşayan Kişilerin Sağlık Çalışanları Tutumlarından Algıladıkları Stigmatizasyonun Psikopatolojik Semptomlar Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin Saptanması için Veri Analizi

Bu çalışma HIV ile yaşayan 101 Kişiyile yürütülmüş ve HIV tanı ve tedavisinde algılanan stigmatizasyonun kişinin gösterdiği psikopatolojik semptomlar üzerindeki yordayıcı etkisinin saptanması hedeflenmiştir. Çoklu doğrusal regresyon analizinin gerçekleştirilebilmesi için gereken ön koşullar sınanmıştır. Yordanan değişkenin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov Tek Örneklem Dağılım Testi ile sınanmış, basıklık çarpıklık değerlerinin -3 +3 aralığında değişmesi beklenmiştir. Çoklu doğrusallığın sınanması için yordayıcı değişkenler arasında enter yöntemiyle çoklu doğrusal regresyon analizi yürütülmüş, VIF değerlerinin 1.00-10.00, tolerance değerlerinin ise .20-1.00 aralığında olması beklenmiştir.

BÖLÜM 5

5. BULGULAR

5.1. HIV TEDAVİSİNDE BEKLENEN STİGMATİZASYON ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİNE DAİR BULGULAR

5.1.1. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Geliştirilmesine Dair Betimsel Bulgular

Çalışmanın ilk kısmı 224 HIV ile yaşayan kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların %81.7'si cinsiyetini erkek, %8.9'u kadın, %4.5'i non-binary, %3.1'i diğer, %1.8'i ise trans olarak belirtmiştir. Katılımcıların %20.5'i cinsel yönelimini heteroseksüel, %20.5'i biseksüel+, %48.7'si eşcinsel, %3.6'sı queer, %6.7'si ise diğer olarak belirtmiştir. Yaş dağılımı incelendiğinde katılımcıların 12.1'i 18-24, %38.8'i 25-34, %35.3'ü 35-44, %13.8'i 45-54 yaş aralığındadır. Katılımcıların %6.32'ü kırsal, %8.5'i kasaba, %28.6'sı şehir, % 56.7'si büyükşehirde büyümüştür. Eğitim düzeyleri incelendiğinde katılımcıların %2.2'si ilkokul, %4.5'i ortaokul, %27.2'si lise, %51.8'i lisans, %12.1'i yüksek lisans, %2.2'si doktora mezunudur. Algılanan gelir düzeyleri incelendiğinde katılımcıların %13.4'ü düşük, %55.8'i orta, %25.9'u orta üstü, %4.9'u yüksek gelir düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir. İlişki durumları incelendiğinde katılımcıların %16.1'i evli, %20.5'i ilişki içinde, 63.4'ü bekadır. İnanç düzeyleri incelendiğinde katılımcıların %28.1'i hiç inançlı olmadığını, %20.5'i pek inançlı olmadığını, %8.5'i kararsız, %35.7'si inançlı, %7.1'i ise çok inançlı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %12.1 0-6 ay, %8.9'u 6-12 ay, %23.7'si 1-3 yıl,%23.2'si 3-5 yıl, %32.1'i 5 veya üzeri yıldır HIV tedavisi görmektedir. Katılımcıların %77.7'si HIV statüsünü bir yakınıyla paylaştığını, %22.3'ü kimseyle paylaşmadığını belirtirken, %42.9'u HIV ile yaşayan bir başkasını tanıdığını %57.1'i HIV ile yaşayan kimseyi tanımadığını belirtmiştir. Katılımcıların %34.8'i başka bir hastalığa sahip olduğunu, %65.2'si başka bir

Katılımcıların %34.8'i başka bir hastalığa sahip olduğunu, %65.2'si başka bir hastalığa sahip olmadığını belirtmiştir. Psikolojik destek alıp almadıkları ve psikiyatrik ilaç kullanımları incelendiğinde katılımcıların %18.8'i psikolojik destek aldığını, %81.3'ü psikolojik destek almadığını %16.5'i psikiyatrik ilaç kullandığını %83.5'i ise psikiyatrik ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri Tablo 5.1'de verilmiştir.

Tablo 5.1 HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Örneklemine Dair Betimsel Bulgular

Değişkenler N=224		N	%
Yaş	18-24 yaş	27	12.1
	25-34 yaş	87	38.8
	35-44 yaş	79	35.3
	45-54 yaş	31	13.8
Cinsiyet	Erkek	183	81.7
	Kadın	20	8.9
	Non-binary	10	4.5
	Diğer	7	3.1
	Trans	4	1.8
Cinsel Yönelim	Heteroseksüel	46	20.5
	Biseksüel+	46	20.5
	Eşcinsel	109	48.7
	Diğer	8	6.7
	Queer	15	3.6
Eğitim Durumu	İlkokul	5	2.2
	Ortaokul	10	4.5
	Lise	61	27.2
	Üniversite	116	51.8
	Yüksek Lisans	27	12.1
	Doktora	5	2.2
Gelir Düzeyi	Düşük	30	13.4
	Orta	125	55.8
	Orta Üstü	58	25.9
	Çok İyi	11	4.9
İlişki Durumu	Evli	36	16.1
	Bekâr	142	63.4
	İlişkisi Var	46	20.5

Tablo 5.1 HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Örneklemine Dair Betimsel Bulgular (devamı)

Büyüdüğü Şehir	Kırsal	14	6.3
	Kasaba	19	8.5
	Şehir	64	28.6
	Büyükşehir	127	56.7
	HIV Tedavi Başlangıç	0-6 ay	27
HIV Statü Bilen Yakın	6-12 ay	20	8.9
	1-3 yıl	53	23.7
	3-5 yıl	52	23.2
	5 + yıl	72	32.1
HIV+ Tanıdık	Var	174	77.7
	Yok	50	22.3
HIV Dışı Hastalık	Var	96	42.9
	Yok	128	57.1
Psikolojik Destek	Var	78	34.8
	Yok	146	65.2
Psikiyatrik İlaç	Var	42	18.8
	Yok	182	81.3
	Var	37	16.5
	Yok	187	83.5

5.1.2. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği'nin yapı geçerliği ve güvenilirliğinin incelendiği bu çalışmada ilk olarak, madde analizi kapsamında madde-toplam puan korelasyonları incelenmiştir. Madde ayırt ediciliğini sınamak için hesaplanan madde-toplam puan korelasyonlarının .49 (9. madde) .87 (12. madde) arasında değiştiği gözlenmiş olup hiçbir madde ölçekten çıkarılmaksızın AFA aşamasına geçilmiştir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett küresellik testi sırasıyla örneklemden alınan verilerin dağılımının AFA için uygun olduğuna dair kanıt oluşturmuştur (KMO=.91; Bartlett $\chi^2(66) = 2276.63, p<.001$). Temel eksen boyutlandırması ve oblik rotasyon yönteminin kullanıldığı AFA ortak varyans değerleri tüm maddelerin rotasyon öncesi faktör matrisine ve rotasyon sonrası örüntü matrisine en az .30 faktör yükü ile yüklendiği, çift yüklenen hiçbir maddenin de bulunmadığını ortaya koymuştur. Analiz sonuçlarına göre HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği özdeğeri 1'in üstünde olan ve toplam varyansın

%72'sini açıklayan iki faktörlü bir yapı göstermiştir. Aynı analizden elde edilen saçılım grafiği de (scree plot) iki faktörlü yapıyı doğrulamıştır. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği'nin maddelerinin faktör yapılarına ve madde-toplam puan korelasyonlarına ilişkin bulgular Tablo 5.2'de verilmiştir.

Tablo 5.2 HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Faktör Yapısına ve Madde-Toplam Korelasyonlarına İlişkin Bulgular

Faktör isimleri ve maddeler	FY ¹	OV ²	MTK ³
<i>HIV Tedavisine Yönelik Beklenen Stigmatizasyon. 9 madde. Özdeğer=7.29, Açıklanan varyans=%60.7</i>			
6. Rutin kontrollerim sırasında yapılan muayenelerde cinsel hayatıma ilişkin nefret söylemlerine/hakarete maruz kalmaktan endişeleniyorum.	.91	.72	.76
8. Rutin kontrollerim sırasında sağlık çalışanları tarafından duygusal şiddete maruz kalmaktan endişeleniyorum.	.90	.52	.85
3. HIV ile ilgili rutin kontrollerim için hastaneye gittiğimde sağlık çalışanları tarafından kötü muameleye maruz kalmaktan endişeleniyorum.	.86	.70	.77
5. Takip amaçlı rutin kontrollerimde kanımı alan sağlık personeli tarafından kötü muameleye maruz kalmaktan endişeleniyorum.	.82	.71	.79
2. HIV ile ilgili rutin kontrollerim için hastaneye gittiğimde sağlık çalışanının cinsel hayatımla ilgili sorular soracağından ve yargılanacağımdan endişeleniyorum	.77	.56	.69

Tablo 5.2 HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Faktör Yapısına ve Madde-Toplam Korelasyonlarına İlişkin Bulgular (devamı)

7.	Kan tahlili yaptırmak istediğimde kanımı alacak görevlilerin hizmet vermeyi reddetmesinden endişeleniyorum.	.72	.75	.84
1.	HIV ile ilgili rutin kontrollerim için hastaneye gittiğimde sağlık çalışanları tarafından yargılanacağımdan endişeleniyorum.	.72	.50	.66
4.	HIV statümün sağlık çalışanları tarafından ifşa edileceğinden endişeleniyorum.	.66	.59	.75
9.	Rutin kontrollerim sırasında sağlık çalışanları tarafından fiziksel şiddete maruz kalmaktan endişeleniyorum.	.63	.42	.61
<i>HIV Statüsüne Yönelik Beklenen Stigmatizasyon. 3 madde. Özdeğer=1.40, Açıklanan varyans=%11.6</i>				
10	Başka bir sağlık sorunum için başvurduğum diğer branş hekiminin HIV pozitif tanımı öğrendikten sonra beni muayene etmeyi reddedeceğinden endişeleniyorum.	.93	.67	.66
11	Olmam gereken bir ameliyat öncesi HIV pozitif tanısına sahip olduğum öğrenilerek olası bir ameliyatımın iptal edilmesinden endişeleniyorum.	.90	.80	.63
12	HIV statüm nedeniyle ameliyat sonrasında hemşirelerin bana bakım hizmeti vermeyi reddetmesinden endişeleniyorum.	.75	.76	.68

Dokuz maddeden oluşan ve varyansın %60.7'sini açıklayan ilk faktör HIV tedavisi alırken stigmatizasyona maruz kalmaya dair endişeyi içerdiği için “HIV Tedavisine Yönelik Beklenen Stigmatizasyon” olarak isimlendirilmiştir. 3 maddeden oluşan ve varyansın %11.6'sını açıklayan ikinci faktör ise HIV tedavisi harici sağlık hizmetine ulaşma dair stigmatizasyona dair endişeyi içerdiği için “HIV Statüsüne Yönelik Beklenen Stigmatizasyon” şeklinde isimlendirilmiştir.

5.1.3. Güvenirlik

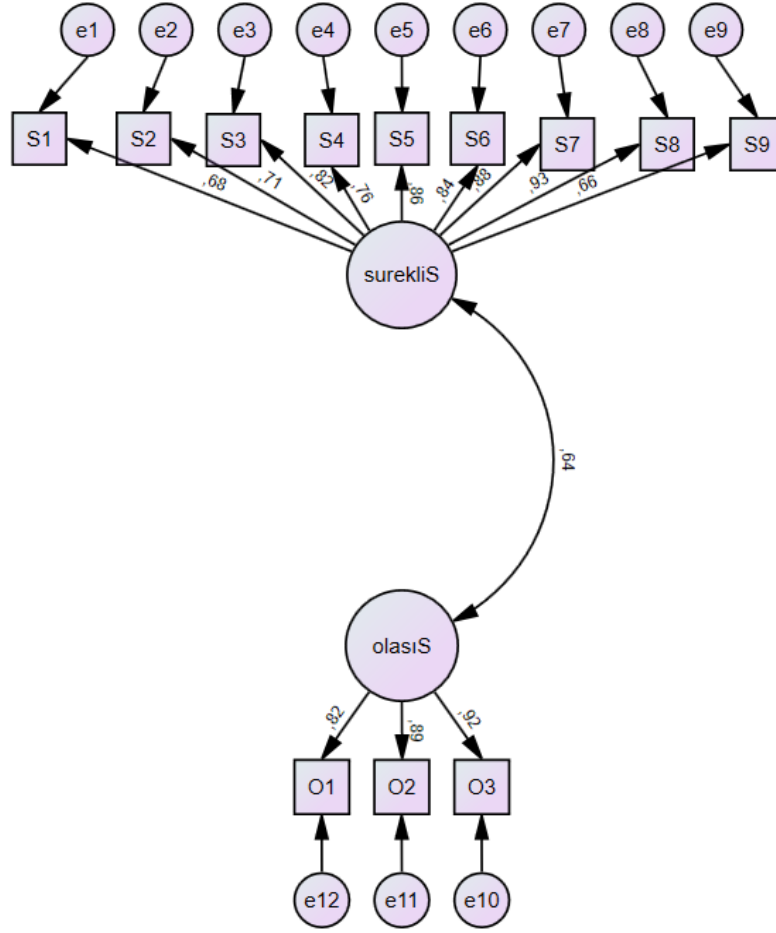
HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin faktör yapılarının belirlenmesinin ardından güvenilirlik analizlerine geçilmiştir. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin iki faktörlü son halinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .94 olarak bulunmuştur. HIV tedavisine yönelik beklenen

stigmatizasyon alt ölçeğinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .94., HIV statüsüne yönelik beklenen Stigmatizasyon alt ölçeğinin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise .90 olarak bulunmuştur. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin faktörleri arası korelasyon analizi sonucunda iki faktörün pozitif yönde anlamlı biçimde ilişkili olduğu saptanmıştır ($r=.60$, $p<.01$).

5.1.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Açımlayıcı faktör analizinin ardından doğrulayıcı faktör analizi adımlarına geçilmiştir. Oluşan faktör yapılarının uyum iyiliği Ki kare'nin Serbestlik Derecesine olan oranı (χ^2/df), Uyum İyiliği İndeksi (GFI), Standartlaştırılmış Uyum İyiliği İndeksi (AGFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) değerleri baz alınarak incelenmiştir.

Düzeltilme öncesi ölçüm modeli için elde edilen değerler $\chi^2/df=4$, GFI=.84, CFI=.91, AGFI=.76 ve RMSEA=.129 olarak hesaplanmıştır (Şekil 5.1). Sonuçlara göre CFI kabul edilebilir uyum göstermiş diğer değerler kabul edilebilir uyum göstermemiştir. Modele dair düzeltme önerilerine geçilmiş, önerilen maddeler arasındaki hatalar ilişkilendirilmiştir.



Şekil 5.1. HTBSÖ Düzeltme Öncesi Sonuçlar

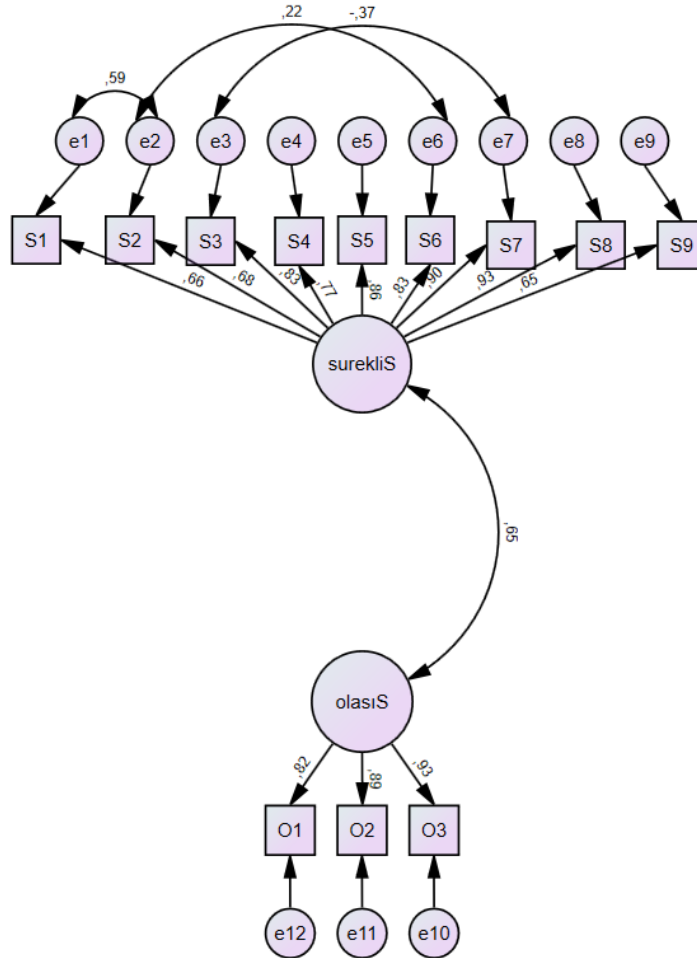
İlişkilendirilen maddeler aşağıdaki gibidir.

Madde 1: “HIV ile ilgili rutin kontrollerim için hastaneye gittiğimde sağlık çalışanları tarafından yargılanacağımdan endişeleniyorum.” – Madde 2: “HIV ile ilgili rutin kontrollerim için hastaneye gittiğimde sağlık çalışanının cinsel hayatımla ilgili sorular soracağımdan ve yargılanacağımdan endişeleniyorum.”

Madde 2: “HIV ile ilgili rutin kontrollerim için hastaneye gittiğimde sağlık çalışanının cinsel hayatımla ilgili sorular soracağımdan ve yargılanacağımdan endişeleniyorum.” Madde 6: “Rutin kontrollerim sırasında yapılan muayenelerde cinsel hayatıma ilişkin nefret söylemlerine/hakarete maruz kalmaktan endişeleniyorum.”

Madde 3: “HIV ile ilgili rutin kontrollerim için hastaneye gittiğimde sağlık çalışanları tarafından kötü muameleye maruz kalmaktan endişeleniyorum.” – Madde 7: Kan tahlili yaptırmak istediğimde kanımı alacak görevlilerin hizmet vermeyi reddetmesinden endişeleniyorum.”

Verilen düzeltmelerin yapılmasının ardından analiz tekrar yürütülmüş, uyum değerleri kabul edilebilir değerlere ulaşmıştır. Düzeltme sonrası model uyum iyiliği değerleri şu şekildedir; $\chi^2/df=2$, GFI=.90, CFI=.96, AGFI=.85 ve RMSEA=.08. Örtük değişkenler ve gözlenen değişkenler arasındaki ilişkilerin düzeltme sonrası standardize faktör yüklerini gösteren yol grafiği Şekil 5.2’de gösterilmiştir.



Şekil 5.2. HTBSÖ Düzeltme Sonrası Sonuçlar

5.1.5. Birleşen Geçerlik

HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği'nin birleşen geçerliğini ölçmek üzere HIV/AIDS Damgalama Ölçeği ile HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği alt ölçek ve toplam puanları üzerinden Pearson korelasyon analizi yürütülmüştür. Korelatif ilişkilere dair sonuçlar Tablo 5.3'de sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği toplam puanı ile HIV/AIDS Damgalanma Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=.38$, $p<.01$). HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği'nin HIV tedavisine yönelik beklenen stigmatizasyon alt ölçeği ile HIV/AIDS Damgalanma Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=.37$, $p < .01$). HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği'nin HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyon alt ölçeği ile HIV/AIDS Damgalanma Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=.29$, $p<.01$). HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği toplam puanı ile HIV/AIDS Damgalanma Ölçeği sağlık bakım ihmali alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r= .31$, $p < .01$). HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği'nin HIV tedavisine yönelik beklenen stigmatizasyon alt ölçeği ile HIV/AIDS Damgalanma Ölçeği sağlık bakım ihmali alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r= .31$, $p<.01$). HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği'nin HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyon alt ölçeği ile HIV/AIDS Damgalanma Ölçeği sağlık bakım ihmali alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = .21$, $p < .01$).

Tablo 5.3 HTBSÖ ve HADÖ Değişkenlerine dair Korelatif İlişkiler

HTBSÖ ve alt boyutları	HADÖ Toplam	HADÖ Sağlık
HTBSÖ Toplam Puan	.38**	.31**
HTBSÖ-tb	.37**	.31**
HTBSÖ-sb	.29**	.21**

HTSÖ: HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği, HTBSÖ-tb: HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği HIV Tedavisine Yönelik Beklenen Stigmatizasyon alt ölçeği; HTBSÖ-sb: HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği HIV Statüsüne Yönelik Beklenen Stigmatizasyon alt ölçeği, HADÖ: HIV/AIDS Damgalama Ölçeği, ** $p<.01$

5.1.6. Görünüm Geçerlik

HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği'nin görünüm geçerliğini saptamak üzere uzman görüşüne başvurulmuştur. Bu amaçla iki enfeksiyon uzmanı, bir psikolog ve bir HIV ile ilişkili danışmanlık hizmeti veren Sivil Toplum Kuruluşu çalışanı olmak üzere dört kişiden uzman görüşü alınmıştır. Uzmanlar tarafından verilen öneriler ışığında ölçek yeniden düzenlenmiştir.

5.2. HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERİN TEDAVİ SÜREÇLERİNDE BEKLEDİKLERİ STİGMATİZASYONUN PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLARI ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİNE DAİR BULGULAR

5.2.1. HIV ile Yaşayan Kişilerin Tedavi Süreçlerinde Bekledikleri Stigmatizasyonun Psikopatolojik Semptomları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Dair Betimsel Bulgular

Çalışmanın ikinci kısmı 18-25 yaş aralığında 101 HIV ile yaşayan kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların %69.3'ü cinsiyetini erkek, %21.8'i kadın, %3'ü non-binary, %4'ü diğer, %2'si ise trans olarak belirtmiştir. Katılımcıların

%24.8'i cinsel yönelimini heteroseksüel, %23.8'i biseksüel+, %37.6'sı eşcinsel, %'sı queer, %10.9'u ise diğer olarak belirtmiştir. Yaş dağılımı incelendiğinde katılımcıların %3'ü 18, %5.9'u 19, %6.9'u 20, %5.9'u 21, %17.8'i 22, %16.8'i 23, %20.8'i 24 ve %22.8'i 25 yaşındadır. Katılımcıların %6.9'u kırsal bölgede, %8.9'u kasabada, %34.7'si şehirde ve %49.5'i büyükşehirde büyümüştür. Eğitim düzeyleri incelendiğinde katılımcıların %1'i ilkokul, %5.9'u ortaokul, %26.7'si lise, %53.5'i lisans, %12.9'u yüksek lisans mezunudur. Algılanan gelir düzeyleri incelendiğinde katılımcıların %15.8'i düşük, %55.4'ü orta, %25.7'si orta üstü, %3'ü yüksek gelir düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir. İlişki durumları incelendiğinde katılımcıların %8.9'u evli, %28.7'si ilişki içinde, %62.4'ü bekarıdır. İnanç düzeyleri incelendiğinde katılımcıların %21.8'i hiç inançlı olmadığını, %26.7'si pek inançlı olmadığını, %15.8'i kararsız, %29.7'si inançlı, %5.9'u ise çok inançlı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %37.6'sı 0-6 ay, %25.7'si 6-12 ay, %26.7'si 1-3 yıl, %5'i 3-5 yıl, %5'i 5 veya üzeri yıldır HIV tedavisi görmektedir. Katılımcıların %82.2'si HIV statüsünü bir yakınıyla paylaştığını, %17.8'i kimseyle paylaşmadığını belirtirken, %38.6'sı HIV ile yaşayan bir başkasını tanıdığını %60.4'ü HIV ile yaşayan kimseyi tanımadığını belirtmiştir. Katılımcıların %19.8'i başka bir hastalığa sahip olduğunu, %80.2'si başka bir hastalığa sahip olmadığını belirtmiştir. Psikolojik destek alıp almadıkları ve psikiyatrik ilaç kullanımları incelendiğinde katılımcıların %28.7'si psikolojik destek aldığını, %71.3'ü psikolojik destek almadığını %19.8'i psikiyatrik ilaç kullandığını %80.2'si ise psikiyatrik ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri Tablo 5.4.'de verilmiştir.

Tablo 5.4 HIV ile Yaşayan Kişilerin Tedavi Süreçlerinde Bekledikleri Stigmatizasyonun Psikopatolojik Semptomları Üzerindeki Yordayıcı Etkisini Ölçen Örneklem Dair Bulgular

Değişkenler N=101		N	%
Yaş	18	3	3
	19	6	5.9
	20	7	6.9
	21	6	5.9
	22	18	17.8
	23	17	16.8
	24	21	20.8
	25	23	22.8
	Cinsiyet	Erkek	70
Kadın		22	21.8
Non-binary		3	3
Diğer		4	4
Trans		2	2
Cinsel Yönelim	Heteroseksüel	25	24.8
	Biseksüel+	24	23.8
	Eşcinsel	38	37.6
	Diğer	3	3
	Queer	11	10.9
Eğitim Durumu	İlkokul	1	1
	Ortaokul	6	5.9
	Lise	27	26.7
	Üniversite	54	53.5
	Yüksek Lisans	13	12.9
Gelir Düzeyi	Düşük	16	15.8
	Orta	56	55.4
	Orta Üstü	26	25.7
	Çok İyi	3	3
İlişki Durumu	Evli	9	8.9
	Bekâr	63	62.4
	İlişkisi Var	29	28.7
Büyüdüğü Şehir	Kırsal	7	6.9
	Kasaba	9	8.9
	Şehir	35	34.7
	Büyükşehir	50	49.5
	Çok İnançlıyım	6	5.9
HIV Tedavi Başlangıç	0-6 ay	38	37.6
	6-12 ay	26	25.7
	1-3 yıl	27	26.7
	3-5 yıl	5	5
	5 + yıl	5	5
HIV Statü Bilen Yakın	Var	83	82.2
	Yok	18	17.8
HIV+ Tanıdık	Var	40	39.6
	Yok	61	60.4

Tablo 5.4 HIV ile Yaşayan Kişilerin Tedavi Süreçlerinde Bekledikleri Stigmatizasyonun Psikopatolojik Semptomları Üzerindeki Yordayıcı Etkisini Ölçen Örneklem Dair Bulgular (devamı)

HIV Dışı Hastalık	Var	20	19.8
	Yok	81	80.2
Psikolojik Destek	Var	29	28.7
	Yok	72	71.3
Psikiyatrik İlaç	Var	20	19.8
	Yok	81	80.2

5.2.2 HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon ile Psikopatolojik Semptomların Sosyodemografik ve Kişisel Verilere göre Farklılıklarının İncelenmesi

HIV ile yaşayan 101 katılımcının Kısa Semptom Envanteri ile HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon ölçeğinden aldıkları puanların yaş, cinsiyet, cinsel yönelim, ilişki durumu, büyüdüğü yer, inanç düzeyi, algılanan gelir düzeyi, HIV tedavisi başlangıcı, HIV statülerini bilen yakın varlığı, HIV statülerini yakınlarından kimin bildiği, psikolojik destek alıp almamaları ve psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmamaları üzerinden farklılaşıp farklılaşmadığı yürütülen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve bağımsız örneklem t testi analizleri ile incelenmiştir. Yürütülen analiz sonuçlarına göre HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri toplam puanları yaş, cinsiyet, cinsel yönelim, ilişki durumu ve büyüdüğü yer değişkenleri üzerinden farklılaşmamaktadır.

HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon ölçeği toplam puanları ve HIV tedavisi başlangıç süresi arasında yürütülen varyans analizinde varyansların eşitliğinin değerlendirilmesi için uygulanan Levene testi sonucunda varyansların eşit dağıldığı saptanmıştır ($p>.05$). Gruplar arası farklılıkların saptanması için yürütülen Bonferroni testine göre tedaviye başlangıç zamanı ile beklenen stigmatizasyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($F_{(4,96)} = 6.65$; $p=.000$). Test sonuçlarına göre tedavi başlangıcı 5 yıl ve üstü olan

katılımcıların (Ort.=4.00, SS=1.64) HIV tedavisinde bekledikleri stigmatizasyon düzeyi puan ortalamaları tedavi başlangıcı 0-6 ay (Ort.=44.11, SS=3.16) olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Kişinin HIV statüsünün kimler tarafından bilindiğinin KSE ve HTBSÖ puan ortalamalarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde yapılan varyans analizine göre HIV statüsünü bilen kişinin arkadaş, partner veya akraba olmasına göre KSE toplam puan ortalamalarının farklılaştığı bulunmuş fakat yapılan post hoc analizinde gruplar arası farklılıkların anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p>.05$). Her iki ölçek için de tek yönlü varyans analizi sonuçlarına dair veriler Tablo 5.5 ve Tablo 5.6'da sunulmuştur.

Tablo 5.5. Kısa Semptom Envanterine ait Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

KSE	F	<i>p</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	η^2
Yaş	.22	.97	7	93	.01
Cinsiyet	1.72	.27	4	5.09	.06
Cinsel Yönelim	1.45	.22	4	96	.05
İlişki Durumu	.816	.44	2	98	.01
Büyüdüğü Yer	.293	.83	3	97	.01
Eğitim Seviyesi	1.19	.31	4	96	.06
Tedavi Başlangıç	2.16	.07	4	96	.08
HIV Bilen Kişi	3.97	.02	2	44	.15

Tablo 5.6. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğine ait Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

HTBSÖ	F	p	df1	df2	η^2
Yaş	.98	.44	7	93	.06
Cinsiyet	1.23	.30	4	96	.04
Cinsel Yönelim	1.79	.13	4	96	.06
İlişki Durumu	1.13	.32	2	98	.02
Büyüdüğü Yer	.323	.80	3	97	.01
Eğitim Seviyesi	1.59	.18	4	96	.04
Tedavi Başlangıç	6.65	.000	4	96	.21
HIV Bilen Kişi	.74	.48	2	44	.03

Kısaltmalar. HTBSÖ: HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği

Psikolojik destek alan katılımcılar ile psikolojik destek almayan katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ve HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon ölçeğinden aldıkları ortalama puanların farklılaşp farklılaşmadığını saptamak üzere bağımsız örneklem t testi analizi yürütülmüştür. Psikolojik destek alıp almamak HIV tedavisinde beklenen stigmatizasyon düzeyi ortalamaları üzerinde farklılık yaratmamaktadır. Bunun yanında psikolojik destek alan katılımcıları psikolojik destek almayan katılımcılara göre Kısa Semptom envanteri üzerinden aldıkları ortalama puanların anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır ($t(55.556) = 2.034; p < .05$). Psikolojik destek alan katılımcıların psikopatolojik semptom düzeyi puan ortalamaları (Ort.=96.55; SS=37.76) psikolojik destek almayan katılımcılara (Ort.=79.26; SS=40.71) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Psikiyatrik ilaç kullanan katılımcılar ile psikiyatrik ilaç kullanmayan katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ve HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon ölçeğinden aldıkları ortalama puanların farklılaşp

farklılaşmadığını saptamak üzere bağımsız örneklem t testi analizi yürütülmüştür. Psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmamak HIV tedavisinde beklenen stigmatizasyon düzeyi ortalamaları üzerinde farklılık yaratmamaktadır. Bunun yanında psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanmayan katılımcılara göre Kısa Semptom envanteri üzerinden aldıkları ortalama puanların anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır ($t(32.027) = 3.775; p < .05$). Psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların psikopatolojik semptom düzeyi puan ortalamaları (Ort.=111.20; SS=34.76) psikiyatrik ilaç kullanmayan katılımcılara (Ort.=77.57; SS=39.167) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Her iki ölçek için de T testi sonuçlarına dair veriler Tablo 5.7 ve Tablo 5.8’de sunulmuştur.

Tablo 5.7. Kısa Semptom Envanterine ait T testi Sonuçları

Değişken	KSE	n	Ort.	Ss	t	df	p
Psk. Destek	Evet	20	96.55	37.76	2.03	55.55	.04
	Hayır	70	79.26	40.71			
Psikiyatrik İlaç	Evet	20	111.20	34.76	3.77	32.02	.001
	Hayır	81	77.57	39.16			
HIV+	Evet	40	85.25	40.92	.204	82.95	.83
Tanıdık	Hayır	61	83.56	40.50			
HIV Statü	Evet	83	83.20	40.70	-.589	25.14	.58
Bilen	Hayır	18	88.94	40.20			

Kısaltmalar. KSE: Kısa Semptom Envanteri

Tablo 5.8. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğine ait T testi Sonuçları

Değişkenler	HTBSÖ	n	Ort.	ss	t	df	p
Psk. Destek	Evet	29	42.90	13.50	1.74	99	.83
	Hayır	72	35.10	22.40			
Psikiyatrik İlaç	Evet	20	42.55	15.74	1.53	38.37	.13
	Hayır	81	36.05	21.39			

Tablo 5.8. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğine ait T testi Sonuçları (devamı)

HIV+	Evet	40	33.70	20.52	-1.44	82.84	.15
Tanıdık	Hayır	61	39.72	20.28			
HIV Statü	Evet	83	36.39	20.94	-1.09	27.75	.28
Bilen	Hayır	18	41.72	18.15			

5.2.3. HIV ile Yaşayan Kişilerin Sağlık Hizmeti Alırken Bekledikleri Stigmatizasyonun Psikopatolojik Semptomları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Dair Bulgular

HIV ile yaşayan 18-25 yaş aralığındaki 101 kişiden toplanan veriler ile katılımcıların sağlık hizmeti alırken bekledikleri stigmatizasyonun psikopatolojik semptomlarını yordayıp yordamadığı incelenmiştir. Bu doğrultuda çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizinin uygulanabilmesi için öncelikle analizin ön koşulları sınanmıştır. Yordanan değişkenler olan ve Kısa Semptom Envanteri alt ölçeklerinden depresyon (Çarpıklık= -.119, S.E.= .240; Basıklık= -.789, S.E.= .476), anksiyete (Çarpıklık= .156, S.E.= .240; Basıklık= -.669, S.E.= .476), somatizasyon (Çarpıklık= .422, S.E.= .240; Basıklık= -.665, S.E.= .476), hostalite (Çarpıklık= .112, S.E.= .240; Basıklık= -.552, S.E.= .476) ile olumsuz benliğin (Çarpıklık= .262, S.E.= .240; Basıklık= -.533, S.E.= .476) normal dağıldığı görülmüştür. Yordayıcı değişkenler olan HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği (Çarpıklık= -.181, S.E.= .240; Basıklık= -.804, S.E.= .476) ve alt ölçekleri HIV tedavisine yönelik beklenen stigmatizasyon (Çarpıklık= .013, S.E.= .240; Basıklık= -1.046, S.E.= .476) ile HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyonun (Çarpıklık= -.810, S.E.= .240; Basıklık= -.506, S.E.= .476) normal dağıldığı görülmüştür (Tablo 5.9).

Tablo 5.9. HTBSÖ ve KSE Değişkenlerine dair Betimleyici İstatistikler

	Ort.	ss	Çarpıklık	Basıklık	Aralık
KSE-d	24.76	1.23	-.119	-.789	0-48
KSE-a	19.37	1.10	.156	-.669	0-48
KSE-h	11.71	.645	.112	-.552	0-26
KSE-s	9.27	.660	.422	-.665	0-27
KSE-ob	19.20	1.06	.262	-.533	0-44
HTBSÖ	37.34	2.03	-.181	-.804	0-72
HTBSÖ-tb	25.03	1.63	.013	-1.04	0-54
HTBSÖ-sb	12.29	.575	-.810	-.506	0-18

Korelasyon analizi sonuçlarına göre KSE toplam ile HTBÖ toplam ($r=.49$, $p<.01$), HTBÖ-b ($r=.48$, $p<.01$) ve HTBÖ-ob ($r=.36$, $p<.01$) değişkenleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken bekledikleri stigmatizasyon arttıkça psikopatolojik semptomları da artmaktadır. KSE-d ile HTBÖ toplam ($r=.40$, $p<.01$), HTBÖ-b ($r=.38$, $p<.01$) ve HTBÖ-ob ($r=.34$, $p<.01$) değişkenleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken bekledikleri stigmatizasyon arttıkça depresyon semptomları da artmaktadır. KSE-a ile HTBÖ toplam ($r=.41$, $p<.01$), HTBÖ-b ($r=.43$, $p<.01$) ve HTBÖ-ob ($r=.24$, $p<.01$) değişkenleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken bekledikleri stigmatizasyon arttıkça anksiyete semptomları da artmaktadır. KSE-s ile HTBÖ toplam ($r=.37$, $p<.01$), HTBÖ-b ($r=.36$, $p<.01$) ve HTBÖ-ob ($r=.29$, $p<.01$) değişkenleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken bekledikleri stigmatizasyon arttıkça somatizasyon semptomları da artmaktadır. KSE-h ile HTBÖ toplam ($r=.50$, $p<.01$), HTBÖ-b ($r=.48$, $p<.01$) ve HTBÖ-ob ($r=.39$, $p<.01$) değişkenleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken

bekledikleri stigmatizasyon arttıkça hostalite semptomları da artmaktadır. KSE-ob ile HTBÖ toplam ($r=.43, p<.01$), HTBÖ-b ($r=.53, p<.01$) ve HTBÖ-ob ($r=.44, p<.01$) değişkenleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken bekledikleri stigmatizasyon arttıkça olumsuz benlik semptomları da artmaktadır (Tablo 5.10).

Tablo 5.10. Yordayıcı ve Yordanan Değişkenlere Dair Korelasyon Analiz Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.KSE	1	.90**	.91**	.74**	.71**	.89**	.49**	.48**	.36**
2.KSEDEP		1	.78**	.60**	.54**	.75**	.40**	.38**	.34**
3.KSEANK			1	.60**	.54**	.81**	.41**	.43**	.24**
4.KSESOM				1	.55**	.52**	.37**	.36**	.29**
5.KSEHOS					1	.55**	.50**	.48**	.39**
6.KSEOB						1	.43**	.53**	.44**
7.HTBSÖ							1	.97**	.77**
8.HTBSÖ-B								1	.60**
9.HTBSÖ-OB									1

**p<.01, *p<.05

Kısaltmalar. KSE: Kısa Semptom Envanteri; KSE-d: Kısa Semptom Envanteri Depresyon alt ölçeği; KSE-a: Kısa Semptom Envanteri Anksiyete alt ölçeği; KSE-s: Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon alt ölçeği; KSE-h: Kısa Semptom Envanteri Hostalite alt ölçeği; KSE-ob: Kısa Semptom Envanteri Olumsuz Benlik alt ölçeği; HTBSÖ: HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği; HTBSÖ-b: HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği Beklenen Stigmatizasyon alt ölçeği; HTBSÖ-ob: HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği Olası Beklenen Stigmatizasyon alt ölçeği

HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon alt ölçekleri HIV tedavisine yönelik beklenen stigmatizasyon ve HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyon VIF değerleri .63-.1.00 arasında Tolerans değerlerinin ise 1.00-1.57 arasında olduğu görülmüştür. Çoklu doğrusal regresyon analizi yürütülürken Kısa Semptom Envanteri alt ölçeği olan hostalitenin yordanan (KSE-h), HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon alt ölçekleri HIV

tedavisine yönelik beklenen stigmatizasyon ve HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyon alt ölçeklerinin yordayıcı; Kısa Semptom Envanteri alt ölçeği olan somatizasyonun yordanan (KSE-s), HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon alt ölçekleri HIV Tedavisine yönelik beklenen stigmatizasyon ve HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyon alt ölçeklerinin yordayıcı ve Kısa Semptom Envanteri alt ölçeği olan depresyonun yordanan (KSE-d), HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon alt ölçekleri HIV tedavisine yönelik beklenen stigmatizasyon ve HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyon alt ölçeklerinin yordayıcı; Kısa Semptom Envanteri alt ölçeği olan olumsuz benliğin yordanan (KSE-ob), HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon alt ölçekleri HIV tedavisine yönelik beklenen stigmatizasyon ve HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyon alt ölçeklerinin yordayıcı ve Kısa Semptom Envanteri alt ölçeği olan anksiyetenin yordanan (KSE-ob), HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon alt ölçekleri HIV tedavisine yönelik beklenen stigmatizasyon ve HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyon alt ölçeklerinin yordayıcı olduğu beş ayrı çoklu doğrusal regresyon analizi yürütülmüştür.

İlk olarak KSE-h ile HTBSÖ-tb ve HTBSÖ-sb değişkenleri arasında çoklu doğrusal regresyon analizi yürütülmüştür. HTBSÖ-sb değişkeninin KSE-h değişkeni üzerinde anlamlı bir yordayıcı etki göstermediği saptanmıştır ($\beta=.152$, $t(98)=1.380$, $p>.05$). Bunun yanında HTBSÖ-tb değişkeninin KSE-h üzerinde yordayıcı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir ($\beta=.390$, $t(98)=3.549$, $p<.05$). HIV tedavi sürecine devam eden katılımcıların beklenen stigmatizasyon düzeylerinin, hostalite puanları üzerindeki varyansın %25'ini açıkladığı görülmektedir. ($F_{(2,98)}=16.083$, $p<.001$).

İkinci olarak KSE-d ile HTBSÖ-tb ve HTBSÖ-sb değişkenleri arasında çoklu doğrusal regresyon analizi yürütülmüştür. HTBSÖ-sb değişkeninin KSE-d değişkeni üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkisinin bulunmadığı saptanmıştır ($\beta=.177$, $t(98)=1.525$, $p>.05$). Bunun yanında HTBSÖ-tb değişkeninin KSE-d üzerinde yordayıcı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir ($\beta=.275$, $t(98)=2.376$, $p<.05$). HIV tedavi sürecine devam eden katılımcıların beklenen stigmatizasyon

düzeylerinin, depresyon puanları üzerindeki varyansın %16'sını açıkladığı görülmektedir. ($F(2,98)=9.730, p<.05$).

Üçüncü olarak KSE-ob ile HTBSÖ-tb ve HTBSÖ-sb değişkenleri arasında çoklu doğrusal regresyon analizi yürütülmüştür. HTBSÖ-sb değişkeninin KSE-ob değişkeni üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkisinin bulunmadığı saptanmıştır ($\beta=.049, t(98)=.429, p>.05$). Bunun yanında HTBSÖ-tb değişkeninin KSE-ob üzerinde yordayıcı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir ($\beta=.407, t(98)=3.574, p<.05$). HIV tedavi sürecine devam eden katılımcıların beklenen stigmatizasyon düzeylerinin, olumsuz benlik puanları üzerindeki varyansın %19'unu açıkladığı görülmektedir. ($F(2,98)=11.665, p<.05$).

Dördüncü olarak KSE-a ile HTBSÖ-tb ve HTBSÖ-sb değişkenleri arasında çoklu doğrusal regresyon analizi yürütülmüştür. HTBSÖ-sb değişkeninin KSE-a değişkeni üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkisinin bulunmadığı saptanmıştır ($\beta=-.039, t(98)=-.339, p>.05$). Bunun yanında HTBSÖ-tb değişkeninin KSE-ob üzerinde yordayıcı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir ($\beta=.455, t(98)=3.981, p<.05$). HIV tedavi sürecine devam eden katılımcıların beklenen stigmatizasyon düzeylerinin, anksiyete puanları üzerindeki varyansın %19'unu açıkladığı görülmektedir. ($F(2,98)=11.292, p<.05$).

Son olarak KSE-s ile HTBSÖ-tb ve HTBSÖ-sb değişkenleri arasında çoklu doğrusal regresyon analizi yürütülmüştür. HTBSÖ-sb değişkeninin KSE-s üzerinde yordayıcı etkisinin bulunmadığı saptanmıştır ($\beta=.121, t(98)=1.030, p>.05$). Bunun yanında HTBSÖ-tb değişkeninin KSE-s üzerinde yordayıcı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir ($\beta=.285, t(98)=2.417, p<.05$). HIV tedavi sürecine devam eden katılımcıların beklenen stigmatizasyon düzeylerinin, somatizasyon puanları üzerindeki varyansın %14'ünü açıkladığı görülmektedir. ($F(2,98)=7.811, p<.001$). Yürütülen çoklu doğrusal regresyon analizleri sonuçları Tablo 5.11'de sunulmuştur.

Tablo 5.11. Yordanan Değişkenlerin KSE-h, KSE-d, KSE-ob, KSE-a ve KSE-s olduğu Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	F	R ²	β	t
1-Yordanan KSE-h HTBSÖ-tb	16.08**	.25	.390	3.54**
2-Yordanan KSE-d HTBSÖ-tb	9.73**	.16	.275	2.37*
3-Yordanan KSE-ob HTBSÖ-tb	11.665**	.19	.407	3.574*
4-Yordanan KSE-a HTBSÖ-tb	11.292	.19	.455	3.981**
5-Yordanan KSE-s HTBSÖ-tb	7.81**	.14	.285	2.41**

**p<.01, *p<.05

Kısaltmalar. KSE-d: Kısa Semptom Envanteri Depresyon alt ölçeği; KSE-s: Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon alt ölçeği; KSE-h: Kısa Semptom Envanteri Hostalite alt ölçeği; KSE-a: Kısa Semptom Envanteri Anksiyete alt ölçeği; KSE-ob: Kısa Semptom Envanteri Olumsuz Benlik alt ölçeği; HTBSÖ-tb: HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği HIV Tedavisine Yönelik Beklenen Stigmatizasyon alt ölçeği

SONUÇ VE ÖNERİLER

1980'li yıllarda ismini duymaya başladığımız HIV, kan, cinsel ilişki ve hamilelik yoluyla bulaşan, bulaş sonrası gerekli tedavi alınmazsa bağışıklık sisteminin temelini oluşturan CD4 hücrelerini parçalayarak Kazanılmış Bağışıklık Yetmezliği Sendromuna (AIDS) neden olan bir virüstür (Deeks ve diğerleri, 2015). Günümüzde HIV tedavisi günlük ilaç kullanımı ve doktor kontrolleri ile devam eden bir süreçtir. Tedavi uyumu sağlandığında virüs kontrol altına alınır ve kişi normale yakın yaşam beklentisi ile hayatına devam eder (Back ve Marzolini, 2020). Buna rağmen HIV epidemisi hala devam etmektedir. HIV epidemisinin kontrol altına alınamamasındaki en etkili faktörlerden biri stigmatizasyondur. HIV ile ilişkili stigmatizasyon tanı ve tedavi süreçlerini sekteye uğratmakta, kişiyi psikopatolojik semptomlara yatkın hale getirmektedir. Özellikle sağlık hizmeti alırken maruz kalınan ya da beklenen stigmatizasyon kişinin tanı almasını geciktirebilmekte, tedavi uyumunu düşürebilmektedir (Relf ve diğerleri, 2022; Turan ve diğerleri, 2017; Yiğit ve diğerleri, 2022). HIV ile ilişkili stigmatizasyon, HIV ile yaşayanların hayatlarını sosyal, ekonomik, psikolojik ve fizyolojik sağlık gibi birçok alanda olumsuz yönde etkilemektedir (Adane ve diğerleri, 2020). HIV ile yaşayan kişilerin HIV ile ilişkili hissettikleri stigmatizasyon düzeyi yükseldikçe kendilerini toplumdan izole etme, HIV tedavisine uyum sağlamama, depresif semptomlar ve fizyolojik sağlığın kötüleşmesi gibi belirtiler artmaktadır (Kingori ve diğerleri, 2012). Stigmatizasyon aynı zamanda HIV ile yaşayan kişilerin HIV tedavisine ulaşımını da engellemektedir (Sayles ve diğerleri, 2009). Bunun yanında HIV ile yaşayan kişiler sağlık hizmeti alırken de HIV ile ilişkili stigmatizasyona maruz kalabilmektedir (Rahmati-Najarkolaei ve diğerleri, 2010; Schuster ve diğerleri, 2005; Stringer ve diğerleri, 2016; Thrasher ve diğerleri, 2008). Tüm bunlar günümüzde tedavisi kronik bir hastalık niteliğinde kabul edilen ve bulaşın tedavi ile engellenebildiği HIV'in yayılımının devam etmesinde ve HIV epidemisinin sonlandırılmamasında kilit role sahiptir.

Literatürde HIV tanı ve tedavi süreçlerinde HIV ile yaşayanların beledikleri stigmatizasyonu ölçen herhangi bir ölçek bulunmamaktadır. Buradan hareketle araştırmanın ilk bölümünde HIV ile yaşayan kişilerin tedavi süreçlerinde beledikleri stigmatizasyonu ölçen bir ölçek geliştirilmiştir. Araştırmanın ikinci bölümünde ise geliştirilen ölçek kullanılarak HIV tedavisinde beklenen stigmatizasyonun psikopatolojik semptomlar üzerindeki yordayıcı etkisi saptanmıştır. Bu bölümde öncelikle araştırmanın ilk kısmı, ardından ikinci kısmı tartışılacaktır.

HIV TEDAVİSİNDE BEKLENEN STİGMATİZASYON ÖLÇEĞİNE DAİR SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın ilk bölümü HIV ile yaşayan 224 kişiden oluşmaktadır. 12 madde olarak geliştirilen ve iki faktörlü bir yapı göstermesi beklenen ölçek yürütülen doğrulayıcı ve açımlayıcı faktör analizleri sonrasında beklenildiği gibi 12 maddeden oluşan iki faktörlü bir yapı göstermiştir. Ölçek geliştirilirken Baral ve arkadaşları tarafından Sosyo-ekolojik Model (SEM) modifiye edilerek oluşturulmuş olan ve HIV epidemisini kontrol altına almaya yönelik faktörlere dikkat çeken modifiye edilmiş SEM temel alınmıştır. Modele göre HIV epidemisinin kontrol altına alınmasında müdahale edilmesi gereken alanlardan biri sağlık hizmetine güvenli şekilde ulaşım, bir diğeri ise stigmatizasyon ve ayrımcılığa dair atılması gereken adımlardır (Baral ve diğeri, 2013). Literatürde HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken maruz kaldıkları ve beledikleri stigmatizasyonu saptamayı amaçlayan çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken beledikleri stigmatizasyon düzeyinin hem HIV tedavi süreci hem de ruh sağlığı üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur. HIV ile yaşayanların sağlık hizmetine ulaşımındaki stigmatizasyonu ölçen herhangi bir ölçek bulunmadığı için ilgili araştırmalarda veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen anketler ve röportaj yoluyla toplanmıştır (Camocho ve diğeri, 2019; Gökengin ve Öktem, 2017; Rice ve diğeri, 2019; Surratt, 2021, Şengül ve diğeri, 2020). HIV ile

yaşayan kişilerin HIV tedavisi alırken maruz kaldıkları ve/veya maruz kalmayı bekledikleri stigmatizasyon ülkelerin sosyopolitik yaklaşımlarına göre değişkenlik gösterse de hala yaygın olarak görülen ve tedavi sürecini sekteye uğratan önemli bir değişkendir. Örneğin 2018 yılında Çin’de yapılan bir çalışmada 972 sağlık çalışanının HIV ile ilişkili stigmatizasyon düzeyleri ve ayrımcı davranışlar incelenmiş, hasta rızası olmadan HIV antikör testi uygulanımının %65.3; farklı/kötü muameleye maruz kalmanın %51; statü ifşasının %46.4 ve tedavi reddinin %38.6 oranında görüldüğü saptanmıştır (Dong ve diğerleri, 2018). Amerika’da HIV ile yaşayan kişilerin deneyimlerinin incelendiği nitel bir çalışmada katılımcılar sağlık çalışanlarının kendilerinden korktuklarını hissettiklerini; HIV statüleri nedeniyle sağlık çalışanlarının hizmet vermeyi reddettiğini veya maruz kaldıkları deneyimler nedeniyle cesaretlerinin kırıldığını ve farklı muamele gördüklerini belirtmişlerdir. Bunun yanında HIV tedavisi dışında da sağlık hizmetine ulaşımında HIV statüleri nedeniyle ayrımcılığa maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Zukoski ve Thorburn, 2009). Sahra Altı Afrika’da bulunan dört ayrı ülkede HIV ile yaşayanların maruz kaldıkları stigmatizasyon düzeylerinin incelendiği bir çalışmada sağlık hizmeti alırken maruz kalınan stigmatizasyon düzeyleri dört ülke için tedavi sırasında aşırı önlem alınımının %6.5, sağlık hizmeti vermenin reddedilmesinin %3, yeterince iyi bakım alamamanın %3.4 oranında görüldüğü saptanmıştır (Neuman ve diğerleri, 2013). Nijerya’da 397 sağlık çalışanı ile bir diğer çalışmada katılımcıların %35.8’i “HIV ile enfekte olan kişinin utanması gerektiğini”, 15.4’ü “HIV ile yaşayan kişiler reddedilmesi gerektiğini”, %57.7’si ise “Kişi cinsel yolla HIV ile enfekte olduysa utanmalıdır.” şeklinde beyanda bulunmuştur. Bu çalışmada katılımcıların HIV ile ilişkili stigmatizasyon prevalansı %15.4 olarak bulunmuştur (Doka ve diğerleri, 2017). Türkiye’de yapılan ve 100 HIV ile yaşayan katılımcının bulunduğu bir başka çalışmada katılımcıların %20’si kendilerine sağlık hizmeti verilmesinin reddedildiğini, %52’si kendilerine bilgi verilmeden HIV testi yapıldığını, %77’si test süresince danışmanlık hizmeti alamadığını belirtmiştir. Çalışmada tedaviye geç başlayan katılımcıların gerekçeleri de incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %17’si HIV

statülerinin sağlık çalışanları tarafından ifşalanacağından korktuğunu, %11'i kendisini herkes cinsel ilişkiye giren, seks işçisi veya erkeklerle seks yapan erkek olarak algılanacağından korktuğunu, %9'u ise sağlık çalışanlarının kendilerine kötü davranacağından korktuğunu düşünerek tedaviye başlangıçlarını ertelediklerini belirtmiştir (Gökengin ve diğerleri, 2016). Tüm bu bulgular HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken stigmatizasyon ve ayrımcılığa maruz kalabildiğini göstermektedir. Sağlık hizmeti alırken beklenen stigmatizasyon düzeyinin tedaviye uyum ile ilişkisini gösteren araştırmalar bulunmasına (Achappa ve diğerleri, 2013; Boyer ve diğerleri, 2011; Halkitis ve diğerleri, 2014) rağmen iki değişkenin ilişkili bulunmadığı ya da zayıf ilişki gösterdiği çalışmalar da mevcuttur (Carderelli ve diğerleri, 2008; Carlucci ve diğerleri, 2008; Kleinman, 2014). Sağlık hizmeti alırken beklenen stigmatizasyonun etkisinin standardize bir ölçek ile ölçülebilmesinin araştırmalarda daha sağlıklı sonuçlar alınmasının önünü açabileceği düşünülmüştür. Cohen ve Swerdlik'e göre yeni bir ölçek geliştirirken ölçeğin ne amaçla geliştirildiğine dair verilerin sunulması gerekir (Cohen ve Swerdlik, 2013). Araştırmalarda incelenen bir değişken olarak kullanılmasına rağmen HIV tedavisi alırken beklenen stigmatizasyonu ölçen standardize bir ölçek bulunmaması bu çalışmanın önemini ve alayazına sağlayacağı katkıyı göstermektedir. Yukarıdaki bulgulardan hareketle araştırmanın ilk bölümünde HIV ile yaşayan kişilerin sağlık hizmeti alırken bekledikleri stigmatizasyonu saptamaya yönelik standardize bir ölçek geliştirilmiştir.

Ölçek maddeleri, Boateng ve arkadaşlarının sağlık, sosyal ve davranışsal bilimlerde ölçek geliştirmeye dair adımları açıkladıkları makalesinden yola çıkılarak literatür taraması, hak ihlal raporları ve özne deneyimleri doğrultusunda hazırlanmıştır (Boateng ve diğerleri, 2018). Bu doğrultuda geliştirilen ölçek maddeleri; HIV ile yaşayan kişilerin rutin kontrollerinde nefret söylemi/hakarete maruz kalmaktan, duygusal ve fiziksel şiddetten, kötü muameleden, cinsel hayat ile ilgili sorular sorulmasından ve yargılanmadan, sağlık hizmeti vermenin reddedilmesinden ve sağlık çalışanları tarafından HIV statülerinin ifşa edilmesinden duydukları endişe düzeyini saptamayı amaçlar.

Yürütülen Açımlayıcı Faktör Analizi sonucunda ölçek iki faktörlü bir yapı göstermiştir ve varyansın %72'sini açıklamaktadır. Açıklanan varyansın yüksekliği ölçüm aracının ölçmeye çalıştığı kavramı iyi ölçtüğünü gösteren verilerden biridir (Büyüköztürk, 2002; Hair ve diğerleri, 2014). Bunun yanında açıklanan varyansın yüksekliği HIV tedavisinde beklenen stigmatizasyonu ölçmeye yönelik bir ölçüm aracına olan ihtiyacı da ortaya koymaktadır. Ölçeğin maddelerinin toplam puan korelasyonları .49 ile .87 arasında değişmektedir. Yapı geçerliliği kapsamında incelenen madde toplam puan korelasyonlarının .30 olması oldukça iyi ayırt ediciliği, .45'den büyük olması ise çok iyi ayırtediciliği göstermektedir (Erkuş, 2014). Bu durum geliştirilen ölçek maddelerinin ayırtediciliğinin de çok iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.

Açımlayıcı Faktör Analizi ile belirlenen yapının birbirleriyle yeterli düzeyde ilişkide olup olmadığını ve faktörlerin modeli açıklamadaki yeterliliğini değerlendiren Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda iyi uyum ve kabul edilebilir uyum olmak üzere iki olumlu sonuç alınabilmektedir (Erkorkmaz ve diğerleri, 2012). Geliştirilen ölçeğin, AFA sonrasındaki haliyle DFA'ya sokulduğunda kabul edilebilir değerlerin yakalanamadığı saptanmıştır. Uyum iyiliği için önerilen üç düzeltmenin yapılmasıyla ölçek, kabul edilebilir uyum değerlerine ulaşmıştır (Barret, 2007).

Ölçeğin psikometrik güvenilirliğini gösteren Cronbach alfa katsayısı .90 veya .90 üzerinde olduğunda güvenilirlik düzeyi mükemmel olarak yorumlanmaktadır. Cronbach alfa katsayısının .81 ve 1.00 aralığında olması ise ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir (Kılıç, 2016). HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin Cronbach alfa kat sayısı .94 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin Cronbach Alfa katsayıları ise HIV Tedavisine Yönelik Beklenen Stigmatizasyon alt ölçeği için .94, HIV Statüsüne Yönelik Beklenen Stigmatizasyon alt ölçeği için .90 olarak bulunmuştur. Bu bulgular HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon ölçeğinin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu ortaya koymaktadır (Field, 2009; George ve Mallery, 2003). Alt ölçekler arasında anlamlı ve yüksek düzeyde korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu bulgular da geliştirilen ölçeğin geçerliğini desteklemektedir

Ölçeğin geçerliğini gösteren bir diğer bulgu birleşen geçerliği saptamak üzere yürütülen korelasyon analizidir (Büyüköztürk, 2005). Bu doğrultuda yürütülen korelasyon analizi sonucunda HIV veya AIDS ile yaşayan kişilerin maruz kaldıkları stigmatizasyon ve ayrımcılığı ölçmek amacıyla geliştirilen HIV/AIDS Damgalama Ölçeği ile HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ölçek geliştirirken geçerliği saptamak üzere başvurulan yöntemlerden biri de görünüm geçerliğidir (Tavşancıl, 2002). Aday ölçeğin görünüm geçerliğini saptamak üzere iki enfeksiyon uzmanı, bir psikolog ve bir HIV ile ilişkili danışmanlık hizmeti veren STK çalışanının uzman görüşüne başvurulmuştur. Uzmanların verdiği öneriler doğrultusunda düzeltmeler yapılmıştır.

Tüm bu bulgular HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir. Bunun yanında bu çalışmanın bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Örnekleme cinsiyet, yaş, tedavi süresi, cinsel yönelim gibi değişkenlerin dağılımı eşit düzeyde değildir. Bu durum ilgili faktörlerin beklenen stigmatizasyon üzerindeki etkisinin saptanamamasına neden olmuştur. Benzer bir durum Berger HIV ile İlgili Damgalama Ölçeği'nin geçerlik güvenirlik çalışmasında da görülmüş, literatür bilgilerinden hareketle adapte edilen ölçek ile ilişkili çıkması beklenen sosyodemografik değişkenler ve kişisel bilgiler örnekleme içi çeşitliliğin düşük olması nedeniyle beklenen ilişkileri vermemiştir (Yıldız ve diğerleri, 2021). Örnekleme büyüklüğü ve çeşitliliğinin sağlanamamasının Türkiye toplumunun cinselliğe ve HIV'e bakışı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında geliştirdiğimiz ölçeğin uyum indeksi kabul edilebilir değerlerde kalmış, iyi uyum değerlerine ulaşamamıştır. Bu durumun örnekleme sayısı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ulaşımı zor olan gruplara göre kabul edilebilir bir örnekleme sayısına ulaşılsa da (Thanh ve diğerleri, 2019). Örneklemin genişletilerek çalışmanın tekrarlanması uyum indeksinin iyi uyum değerlerine ulaşmasını sağlayabilir.

HIV TEDAVİSİNDE BEKLENEN STİGMATİZASYONUN PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLAR ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİNE DAİR TARTIŞMA

Araştırmanın ikinci bölümünde 18-25 yaş aralığında 101 HIV ile yaşayan kişinin HIV tedavisine yönelik bekledikleri stigmatizasyon düzeylerinin psikopatolojik semptomları üzerindeki yordayıcı etkisi incelenmiştir. Bu bölümde öncelikle sosyodemografik ve kişisel bilgilerin HTSBÖ ve KSE puan ortalamaları üzerindeki etkisi, ardından temel hipotezimiz olan HIV tedavisinde beklenen stigmatizasyonun psikopatolojik semptomlar üzerindeki etkisine dair elde edilen bulgular tartışılacaktır.

Çalışmamızda psikolojik destek alan ve psikiyatrik ilaç kullanımı olan katılımcıların psikopatolojik semptom düzeyi ortalamalarının psikolojik destek almayan ve psikiyatrik ilaç kullanmayan katılımcıların semptom düzeylerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde günümüzde psikopatolojik semptomların arttığı bununla birlikte psikoterapi desteği alan popülasyonun da psikoterapi almayan popülasyona göre daha yüksek düzeyde psikopatolojik semptom gösterdiği saptanmıştır (Gallegher, 2000; Gallegher, 2011; Strepparava ve diğerleri, 2017). İsrail’de 2021 yılında yürütülen bir araştırmada 1.369 katılımcının psikopatolojik semptomları Kısa Semptom Envanteri aracılığıyla ölçülmüş, sonuçlar ruh sağlığı çalışanları tarafından katılımcıların psikiyatrik tedaviye ihtiyacının değerlendirilmesi için kullanılmıştır. Araştırmanın modeli psikopatolojik semptomlar arttıkça psikiyatrik bakıma ihtiyacın da arttığı üzerine kurulmuştur (Rotstein ve diğerleri, 2021). Bu model de bizim çalışmamızda elde edilen bulgular ile uyumludur. Çalışmamızda psikopatolojik semptomlar arttıkça psikiyatrik ilaç kullanımının da arttığı saptanmıştır. Araştırmamızda elde ettiğimiz bir diğer bulgu HIV tedavi sürecinin başlangıcına göre tedavi sürecinde beklenen HIV stigmatizasyon düzeyinin farklılaşmasıdır. Buna göre HIV tedavisi başlangıcı 5 yıl ve üzeri olan katılımcıların tedavi sürecinde bekledikleri stigmatizasyon düzeyi tedavi başlangıç süreci daha kısa olan tüm gruplardan daha düşüktür. Literatürdeki

veriler çalışmamızdaki bulguları doğrular niteliktedir. Fido ve arkadaşlarının HIV stigmatizasyonu ile ilişkili değişkenleri saptamayı amaçladıkları çalışmasında bir yıl veya daha az süredir HIV tedavisi alan katılımcıların içselleştirilmiş, bekledikleri ve deneyimledikleri HIV stigmatizasyon düzeyinin altı yıl veya daha fazladır HIV tedavisi alan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Fido ve diğerleri, 2015). HIV stigmatizasyonu ile ilişkili değişkenlerin araştırıldığı başka bir çalışmada HIV ile yaşayan kişilerde içselleştirilmiş HIV stigmatizasyonu düzeyinin tedavi başlangıcı sonrasında zaman içerisinde düştüğü, en yüksek düzeyde düşüşün tedavinin ilk iki yılında gerçekleştiği saptanmıştır (Tsai ve diğerleri, 2013). Kenya’da HIV tedavisine başlayan 234 HIV ile yaşayan kişi ile yapılan bir başka çalışmada katılımcıların bekledikleri stigmatizasyon düzeyinin oniki ay içerisinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düştüğü bulunmuştur (Kaaı ve diğerleri, 2010). Turan ve arkadaşlarının stigmatizasyonun farklı biçimlerini ele alarak yürüttüğü çalışmada ise HIV ile yaşayan kişilerdeki algılanan stigmatizasyon ile benlik saygısı, depresif belirtiler, maladaptif başa çıkma yöntemleri ve kendini suçlama değişkenleri arasındaki ilişkiye içselleştirilmiş stigmatizasyonun aracılık ettiği saptanmıştır. Buradan hareketle algılanan stigmatizasyonun içselleştirilmiş stigmatizasyonun gelişiminde etkili olduğu ve bu durumun da sağlık hizmeti alırken beklenen stigmatizasyon düzeyini yükselttiği ve sağlık çalışanlarına güveni azalttığı saptanmıştır (Turan ve diğerleri 2016). Bizim bulgularımız üzerinden düşündüğümüzde toplumda algılanan stigmatizasyon ve içselleştirilmiş stigmatizasyonun etkisiyle tedavi başlangıcında beklenen stigmatizasyonun başlangıçta yüksek olması zaman içerisinde sağlık hizmeti alırken bekledikleri stigmatizasyona maruz kalmama ile birlikte beklenen stigmatizasyonun düşmesi şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda KSE ve HTBSÖ ile ilişkileri incelenen diğer değişkenler yaş, cinsiyet, cinsel yönelim, ilişki durumu, eğitim düzeyi, büyüdüğü yer, algılanan gelir düzeyi, HIV statülerini bilen yakın varlığı, HIV statülerini yakınlarından kimin/kimlerin bildiğidir. Literatürde aksi yönde veriler olmasına rağmen bizim çalışmamızda bu değişkenler KSE ve HTBSÖ ölçümleri

üzerinden farklılık göstermemiştir (Cianelli ve diğerleri, 2015; Nicitakalo ve diğerleri, 2020; Li ve diğerleri, 2018; Paltzer ve Pengpid, 2019). Örneğin 2020 yılında Etiyopya’da HIV tedavisinde başvuran kişiler ile yürütülen bir çalışmada katılımcıların HIV ile ilişkili olarak bekledikleri stigmatizasyon düzeyi ölçülmüştür. Araştırmanın sonuçlarına göre kadınların HIV ile ilişkili stigmatizasyon düzeyinin diğer katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Nattabi ve diğerleri, 2011). Literatürde benzer bulgular da bulunmaktadır (Adane ve diğerleri, 2020; Melis ve diğerleri, 2020; Kassaw ve diğerleri, 2022). Yukarıda da bahsedildiği gibi çalışmamızda sağlık hizmeti alırken beklenen stigmatizasyon düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermemiştir. Bu durumun örneklem içerisindeki kadın katılımcı sayısının özellikle erkek katılımcı sayısına göre karşılaştırma yapabilmek için yeterli düzeyde olmamasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Erkek ve kadın katılımcı sayılarındaki farklılığa rağmen HTBSÖ puan ortalamalarının yakınlığı ve özellikle kadın katılımcıların erkek katılımcılara çok daha az sayıda olmalarına rağmen tedavi sürecinde bekledikleri stigmatizasyon puan ortalamalarının erkek katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olması bu hipotezi destekler nitelikte bir bulgu olabilir. Bunun yanında cinselliği deneyimleme yaşı ve türü özellikle cinsiyet bağlamında sosyokültürel faktörlerden etkilenmektedir (Set ve diğerleri, 2006). Aras ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı çalışmaya göre kadın üniversite öğrencilerinin cinselliğe bakışı ve cinsel davranışları bekaretin korunması ve aile beklentileri değişkenlerinden olumsuz yönde etkilenmektedir (Aras ve diğerleri, 2007). Bizim çalışmamızdaki bulgular ve kadın katılımcı sayısının azlığı yukarıda bahsedilen değişkenler ile ilişkili olabilir. Yanı sıra Nutor ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HIV ile yaşayan kişilerde HIV ile ilişkili stigmatizasyon düzeyinin cinsiyete göre farklılık göstermediği bulunmuştur (Nutor ve diğerleri, 2024). Ataro ve diğerlerinin yaptığı çalışmada da benzer şekilde HIV ile yaşayan erkek ve kadınların algıladıkları stigmatizasyon düzeyinde anlamlı bir farklı olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır (Ataro ve diğerleri, 2020). HIV ile yaşayan kişiler ile yürütülen bir başka çalışmada ise erkek katılımcıların HIV ile ilişkili beklenen stigmatizasyon

düzeyinin kadın katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Treves-Kagan ve diğerleri, 2017).

Literatür ile uyumlu bulgulara ulaşamadığımız bir diğer veri kişinin HIV statüsünü paylaştığı kişilerin olması ile HIV ile ilişkili hissettikleri stigmatizasyonun ve psikopatolojik semptomların azalması yönündeki bulgulardır (Gruszczynska ve Rzeszutek, 2023; Smith ve diğerleri, 2008; Przybyla, 2013). Bu durumun da HIV stigmatizasyonu ve cinsiyet değişkeni arasındaki bulgularımızda olduğu gibi çalışmamızda HIV statüsünü yakınları ile paylaşan katılımcı sayısının paylaşmayan katılımcı sayısına göre karşılaştırma yapabilmek için yeterli düzeyde olmaması ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Tıpkı cinsiyet değişkeninde olduğu gibi HIV statüsünü herhangi bir yakını ile paylaşmayan katılımcı sayısı paylaşan katılımcı sayısına göre oldukça düşük olmasına rağmen HIV statüsünü yakınlarıyla paylaşmayan katılımcıların tedavide bekledikleri HIV stigmatizasyon ortalaması HIV statüsünü paylaşan katılımcılara göre daha yüksek düzeydedir. Bunun yanında Nutor ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HIV ile yaşayan kişilerde HIV ile ilişkili stigmatizasyon düzeyinin HIV statüsünün paylaşımına göre farklılık göstermediği saptanmıştır (Nutor ve diğerleri, 2024).

KSE ve HTBSÖ ile ilişkilerinde literatür bulguları ile bizim çalışmamız arasında farklılık gösteren cinsel yönelim, eğitim düzeyi, ilişki durumu, gelir düzeyi ve büyüdüğü yer değişkenlerinin örneklem içi çeşitliliği oldukça düşüktür. Bu durumun ilgili değişkenlerin KSE ve HTBSÖ puanları üzerinden farklılık göstermemesinde etkili olduğu düşünülmektedir. HTBSÖ'nün geliştirilmesine dair sonuç ve öneriler bölümünde bahsedildiği gibi benzer bir kısıtlılığa Yıldız ve arkadaşlarının Berger HIV ile İlgili Damgalama Ölçeği'nin adaptasyon çalışmasında da rastlanmıştır (Yıldız ve diğerleri, 2021). Yanı sıra HIV tedavisinde beklenen stigmatizasyonu ölçen başka bir ölçek bulunmaması da literatür bulguları ile direkt bir karşılaştırma yapabilmemizin önünde engel teşkil etmektedir.

Çalışmamızın ana hipotezi 101 HIV ile yaşayan kişi ile yürütülmüştür. Katılımcıların HIV tedavisinde bekledikleri stigmatizasyon düzeyinin

psikopatolojik semptomları üzerindeki yordayıcı etkisi saptanmıştır. HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeğinin HIV statüsüne yönelik beklenen stigmatizasyon alt testi Kısa Semptom Envanteri'nin hostalite, depresyon, olumsuz benlik, anksiyete ve somatizasyon alt testleri üzerinde yordayıcı bir etki göstermemiştir. Bu durum alt ölçeğin yapısı gereği olası durumları ölçmesi ve katılımcıların bu olası durumları (başka branşta doktora gitme gerekliliği ve ameliyat olmak) deneyimlememiş olma ihtimali ile ilişkili olabilir. Ameliyat geçmişi olan hastalar ile ilgili retrospektif şekilde yürütülen bir çalışmada 8.7 milyon ameliyat olmuş hastanın yaş ortalamasının 56 olması bu veriyi destekler niteliktedir (Knoedler ve diğerleri, 2023).

HTBSÖ'nün geliştirilmesine dair sonuç ve öneriler kısmında bahsedildiği gibi sağlık hizmeti alırken HIV stigmatizasyonunun herhangi bir türünü (içselleştirilmiş, beklenen, maruz kalınan, algılanan) ölçen herhangi bir standardize ölçek bulunmaması bu durumun psikopatolojik semptomlar ile ilişkisinin net bir şekilde ortaya konmasını engellemektedir. Bu nedenle literatürde sağlık hizmeti ile ilişkili HIV stigmatizasyonun psikopatolojik semptomlar üzerindeki etkisini inceleyen nicel veriler bulunmamaktadır. Buradan hareketle çalışmamızın HIV tedavisinde beklenen stigmatizasyonunun psikopatolojik semptomlar üzerindeki yordayıcı etkisine dair bulgular HIV stigmatizasyonu ve psikopatolojik semptomlar çerçevesinde tartışılacaktır.

Çalışmamızdaki bir diğer bulgu HIV tedavisinde beklenen stigmatizasyon hostalite üzerinde yordayıcı bir etkiye sahip olmasıdır. Alanyazındaki bulgular da bu bilgiyi destekler niteliktedir. Zhao ve arkadaşları tarafından HIV ile yaşayan 218 kişi ile yürütülen bir çalışmada algılanan stigmatizasyon düzeyinin yükseliğinin kişinin hostalite geliştirme olasılığını üç kat arttırdığı saptanmıştır. Bu çalışmada bulunan bir diğer bulgu HIV ile yaşayan kişinin depresyon belirtilerinin yüksekliğinin de hostalite geliştirme olasılığını dört kat arttırdığıdır (Zhao ve diğerleri, 2019). HIV ile yaşayan 95 kişiyle yapılan bir başka çalışmada da katılımcıların hostalite düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (Basta ve diğerleri, 2009). Bir başka çalışmada ise HIV ile yaşayan ve yaş ortalamaları 20 olan 2032 katılımcının hostalite düzeylerinin

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Brown ve diğerleri, 2015). HIV ile yaşayan kişilerde yaygın olarak görülen geçmişe dair pişmanlık, kendini suçlama ve diğerlerini suçlama duygu ve düşüncelerinin hostalitenin ortaya çıkışında etkili faktörler oldukları düşünülmektedir (Zeligman ve Wood, 2017).

HIV tedavisinde beklenen stigmatizasyon düzeyinin depresyon semptomları üzerinde yordayıcı bir etkiye sahip olması çalışmamızın bir diğer bulgusudur. Literatürde de HIV ile ilişkili beklenen, maruz kalınan ve içselleştirilmiş stigmatizasyon düzeyinin depresyon belirtileri ile ilişkisi birçok çalışma ile kanıtlanmıştır (Armoon ve diğerleri, 2022; Ashaba ve diğerleri, 2019; Ashaba ve diğerleri, 2018; Kılıçlı ve diğerleri, 2022; Okello ve diğerleri, 2015). HIV ile yaşayan kişilerde depresyon prevalansı %14 ile %32 arasında değişmektedir (Bernard ve diğerleri, 2017). HIV ile yaşayanlarda sıklıkla görülen depresyonun ortaya çıkmasındaki en önemli faktörlerden birinin HIV ile ilişkili stigmatizasyon olduğu da bilinmektedir (Brandt, 2009). Örneğin bir çalışmada HIV ile yaşayan ve HIV ile ilişkili stigmatizasyona maruz kalmış gençlerde depresif semptom gelişiminin HIV ile yaşayan ve HIV ile ilişkili stigmatizasyona maruz kalmayan gençlere göre iki kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (Abebe ve diğerleri, 2019). Güney Afrika'da yapılmış kırk araştırmada stigmatizasyon ve depresyonun ilişkisini inceleyen bir meta analiz çalışmasında HIV ile ilişkili stigmatizasyonun tüm türlerinin depresif semptomlar ile ilişkili olduğu bulunmuştur (MacLean ve Wetherall, 2021). Literatür verileri özellikle algılanan ve içselleştirilmiş stigmatizasyonun depresyon gelişiminde kilit rol oynadığını göstermektedir (Hong ve diğerleri, 2010; Lee ve diğerleri, 2002). Beklenen stigmatizasyonun gelişimi de toplum tarafından stigmatize edilen bir statüye sahip olduğunu bilmek yani algılanan stigma ve algılanan stigmatizasyonu kendine yönelterek, kabullenerek ve/veya stigmatizasyona maruz kalarak gelişen içselleştirilmiş stigma ile doğrudan ilişkilidir (Turan ve diğerleri, 2017). Tüm bu bulgular çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar ile paralellik göstermektedir.

Bir diğerk bulgumuz HIV tedavisinde beklenen stigmatizasyonun katılımcıların anksiyete düzeyleri üzerinde yordayıcı bir etkiye sahip olmasıdır. Bu bulgu da literatür verileri ile uyumludur. Yirmi iki araştırmayı içeren ve toplamda 9548 HIV ile yaşayan katılımcıda HIV ile ilişkili stigmatizasyon ile psikopatolojik semptomların ilişkisinin incelendiğı bir meta analiz çalışmasında anksiyete bozukluğu tanısı alanların HIV ile ilişkili stigmatizasyon bildirme olasılığının 1.89 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Armoon ve diğerkleri, 2022). Amerika’da HIV ile yaşayan 3654 kişinin 2015-2016 yılları arasındaki medikal dataalarının incelendiğı bir çalışmada katılımcıların yaygın anksiyete bozukluğu prevalansının %19 olduğu bulunmuştur (Beer ve diğerkleri, 2019). Çin’de yürütölen bir başka çalışmada da HIV ile yaşayanlarda anksiyete bozukluğu ve depresyon prevalansının %40-%60 aralığında olduğu saptanmıştır (Algarin ve diğerkleri, 2021). Amerika’da 7834 HIV ile yaşayan Haiti’li kadının medikal kayıtlarının incelendiğı bir çalışmada katılımcıların %42.7’sinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde anksiyete belirtileri, %2.1’sinin ise panik benzeri belirtiler gösterdiği saptanmıştır (Glemaud ve diğerkleri, 2014). Yeni tanı almış 199 HIV ile yaşayan kişi ile yürütölen boylamsal bir araştırmada ise tanı aldıktan sekiz ay sonra anksiyetenin varyansın %61’ini açıkladığı, içselleştirilmiş HIV stigmatizasyonun anksiyete belirtilerini pozitif yönde yordadığı bulunmuştur (Garrido-Hernansaiz ve Alonso-Tapia, 2020). Pakistan’da 505 HIV ile yaşayan kişiyle yürütölen bir başka çalışmada da katılımcıların anksiyete semptomlarının prevalansı %80.3 olarak bulunmuş, HIV ile ilişkili stigmatizasyonun anksiyete semptomları ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır (Ahmed ve diğerkleri, 2021).

Çalışmamızın bir diğerk bulgusu da HIV tedavisinde beklenen stigmatizasyonun olumsuz benlik algısı üzerinde yordayıcı bir etkiye sahip olmasıdır. Olumsuz benlik algısı içselleştirilmiş HIV stigmatizasyonu ile yakından ilişkilidir. HIV ile yaşayan kişiler genellikle içselleştirilmiş HIV stigmatizasyonu nedeniyle olumsuz benlik imajı geliştirirler (Hasan ve diğerkleri, 2012). Bu nedenle HIV tanısı alan kişilerin kendilerini artık kirlenmiş, günahkâr veya masum olmayan gibi sıfatlarla tanımlaması yaygın olarak görölmektedir (Van

Der Kooji ve diğeri, 2022; Wei ve diğeri, 2023). Turan ve arkadaşlarının yapılandığı HIV stigmatizasyonu ile ilişkili faktörler modelinde görüldüğü gibi deneyimlenen, algılanan, beklenen ve içselleştirilmiş HIV stigmatizasyonu birbirleriyle ilişkilidir (Turan ve diğeri, 2017). Literatür verileri de çalışmamızdaki bulgular ile uyumludur. İçselleştirilmiş HIV stigmatizasyonunun kendini suçlama ve kendinden utanma ile ilişkili olduğu bu durumun da ihtiyaca rağmen sağlık hizmeti almayı reddetmek gibi çıktılara neden olduğu saptanmıştır (Peltzer ve Pengpid, 2019). Hatta bazı çalışmalarda olumsuz benlik imajı ve içselleştirilmiş HIV stigmatizasyonu eşanlamlı olarak kullanılmıştır (Yiğit ve diğeri, 2021). Bunun yanında algılanan (toplumsal temsilin bilindiği) stigmatizasyonun da içselleştirilmiş stigmatizasyonu beslediği bu durumun da olumsuz benlik algısına neden olduğu düşünülmektedir (Lee ve diğeri, 2002). Hindistan'da 336 HIV ile yaşayan kişiyle yapılan bir çalışmada katılımcıların olumsuz benlik algısına dair stigmatizasyon (içselleştirilmiş stigmatizasyon) prevalansının %43 olduğu saptanmıştır (Sahu ve diğeri, 2022). İran'da 450 HIV ile yaşayan kişi ile yapılan bir çalışmada HIV stigmatizasyonunun olumsuz benlik algısı ile istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada HIV stigmatizasyonu ve psikosomatik belirtiler arasında da anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu ortaya konmuştur (Rasoolinajad ve diğeri, 2018).

Çalışmamızın son bulgusu HIV tedavisinde beklenen stigmatizasyon düzeyinin somatizasyon semptomları üzerinde yordayıcı bir etkiye sahip olmasıdır. Bu bulgumuz da literatür verileri ile uyumludur. Amerika'da 220 HIV ile yaşayan siyahi kadınla yürütülen bir çalışmada HIV stigmatizasyonuna maruz kalma ile psikosomatik belirtiler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Travaglini ve diğeri, 2018). HIV ile yaşayan 518 kişinin psikopatolojik semptomlarının incelendiği bir başka çalışmada da katılımcıların %78.5'inin somatik semptomlar gösterdiği bulunmuştur (Han ve diğeri, 2023). Literatürdeki bir diğer önemli bulgu somatizasyonun klinik depresyonun bir semptomu olarak da ortaya çıkabilecek olmasıdır. HIV ile ilişkili stigmatizasyonun depresyon ve somatizasyon ile ilişkisine bu açıdan baktığımızda da bulgularımız literatürle uyum göstermektedir (Kalichman ve

Cage, 2000; Fukunishi ve diğeri, 1997; Valente, 2003). Literatürde HIV ile ilişkili stigmatizasyon ve psikosomatik belirtileri inceleyen araştırmalar kısıtlıdır iki değişken arasındaki ilişki yukarıda da bahsedildiği gibi genellikle depresyon semptomu olarak ele alınarak incelenmiştir.

Bilimsel çalışmalarda ulaşılması güç gruplar ile ilgili literatür verileri incelendiğinde HIV ile yaşayanların bu gruplar arasında olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir (Bonevski ve diğeri, 2014; Flanagan ve Hancock, 2010; Thanh ve diğeri, 2019). Türkiye’de HIV ile yaşayan kişiler ile yapılan çalışmalar incelendiğinde de örneklem sayıları ve çeşitliliği çalışmalarda en yaygın görülen kısıtlılıklardandır. Örneğin Gökengin ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada HIV ile yaşayan 100 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmanın örneklemini 21 kadın, 4 trans ve 75 erkekten oluşmaktadır (Gökengin ve diğeri, 2017). 2020 yılında Türkiye’de HIV ile yaşayan kişiler ile yapılan başka bir çalışmada 64 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmanın örneklemini 13 kadın, 50 erkek ve 1 transtan oluşmaktadır (Abakay, 2020). 2022 yılında yine Türkiye’de yürütülen ve HIV ile enfekte olmuş kişiler ile HIV ile enfekte olmamış kişilerden oluşan bir örnekleme sahip olan çalışmada HIV ile yaşayan 20, HIV ile enfekte olmamış 60 katılımcıya ulaşılmıştır. HIV ile yaşayanların örneklemine bakıldığında katılımcıların 18 erkek, 2 kadından oluştuğu görülmüştür (Eroğlu ve Sayar, 2022). 2022 yılında Türkiye’de HIV ile yaşayan kişiler ile yürütülen bir başka çalışmada ise örneklem 50 kişiden oluşmaktadır (Kaya ve diğeri, 2022).

Türkiye’de HIV/AIDS ile ilgili yapılan çalışmalar yoğunlukla öznelere ile değil HIV/AIDS’e dair genel popülasyonun tutum ve davranışlarını saptamak üzerinden kurgulanmıştır (Aydemir ve diğeri, 2018; Babaoğlu ve diğeri, 2018; Müderris ve diğeri, 2022; Örnek ve Kocamış, 2022; Yılmaz ve diğeri, 2015; Zeren, 2007). Bu durumun Türkiye’de HIV ile yaşayan kişilere ulaşarak çalışma yürütmenin zorluğu ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızdaki en büyük kısıtlılık da örneklem sayısı ve çeşitliliğidir. Tam da bu nedenle ulaşılan örneklem sayısı ve elde edilen bulgular alanyazına önemli bir katkı sağlamaktadır.

Çalışmanın ikinci bölümünün de tüm hipotezleri doğrulanmıştır fakat bazı kısıtlılıklara da sahiptir. Yukarıda da belirtildiği gibi bu çalışmanın en büyük kısıtlılığı örneklem sayısının azlığı ve örneklem içi çeşitliliğidir. Örneklem sayısı ve örneklem içi çeşitliliğin artırılmasıyla yapılacak yeni bir araştırma ile özellikle sosyo demografik ve kişisel bilgiler değişkenleri üzerinden literatür ile uyumlu bilgiler elde edileceği düşünülmektedir. Türkiye popülasyonunda HIV ile yaşayan kişiler ile yapılan çalışmaların örneklem sayısı ve çeşitliliğinin artması mikro boyutta HIV ile yaşayanların psikolojik ve fizyolojik sağlığının makro boyutta ise halk sağlığının korunması açısından oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

- Abebe, H., Shumet, S., Nassir, Z., Agidew, M., & Abebaw, D. (2019). Prevalence of depressive symptoms and associated factors among HIV-positive youth attending ART follow-up in Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS research and treatment*. 1-6. <https://doi.org/10.1155/2019/4610458>
- Achappa, B., Madi, D., Bhaskaran, U., Ramapuram, J. T., Rao, S., & Mahalingam, S. (2013). Adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV. *North American journal of medical sciences*, 5(3), 220.
- Adane, B., Yalew, M., Damtie, Y., & Kefale, B. (2020). Perceived Stigma and Associated Factors Among People Living with HIV Attending ART Clinics in Public Health Facilities of Dessie City, Ethiopia. *HIV/AIDS- Research and Palliative Care*, 12, 551–557. <https://doi.org/10.2147/HIV.S274019>
- Adekoya, P., Lannap, F. D., Ajonye, F. A., Amadiogwu, S., Okereke, I., Elochukwu, C., et al. (2024). Experiences of Stigmatization and Discrimination in Accessing Health Care Services Among People Living with HIV (PLHIV) in Akwa Ibom State, Nigeria. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, 16, 45–58. <https://doi.org/10.2147/HIV.S447551>
- Ahmed, A., Saqlain, M., Umair, M., Hashmi, F. K., Saeed, H., Amer, M., et al. (2021). Stigma, social support, illicit drug use, and other predictors of anxiety and depression among HIV/AIDS patients in Pakistan: a cross-sectional study. *Frontiers in public health*, 9, 745545. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.745545>
- Algarin, A. B., Sheehan, D. M., Varas-Diaz, N., Fennie, K., Zhou, Z., Spencer, E. C., et al. (2021). Enacted HIV-related stigma's association with anxiety & depression among people living with HIV (PLWH) in Florida. *AIDS and Behavior*, 25, 93-103. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02948-5>

- Amo, P. S., & Feiden, K. L. (1992). *Against the Odds. The Story of Aids Drug Development*. Politics and Profits. Prentice Hall.
- Andiç, J. (2023). Orda Bir AIDS Var Uzakta!. *ViraVerita E-Dergi*, (17), 133-169.
- Andrews, K. R., Silk, K. S., & Eneli, I. U. (2010). Parents as Health Promoters: A Theory of Planned Behavior Perspective on the Prevention of Childhood Obesity. *Journal of Health Communication*, 15(1), 95–107. <https://doi.org/10.1080/10810730903460567>
- Antoni, M. H. (2003). Stress Management Effects on Psychological, Endocrinological, and Immune Functioning in Men with HIV Infection: Empirical Support for a Psychoneuroimmunological Model. *Stress*, 6(3), 173–188. <https://doi.org/10.1080/1025389031000156727>
- Ashaba, S., Cooper-Vince, C. E., Vořechovská, D., Rukundo, G. Z., Maling, S., Akena, D., et al. (2019). Community beliefs, HIV stigma, and depression among adolescents living with HIV in rural Uganda. *African journal of AIDS research*, 18(3), 169-180. <https://doi.org/10.2989/16085906.2019.1637912>
- Ashaba, S., Cooper-Vince, C., Maling, S., Rukundo, G. Z., Akena, D., & Tsai, A. C. (2018). Internalized HIV stigma, bullying, major depressive disorder, and high-risk suicidality among HIV-positive adolescents in rural Uganda. *Global mental health*, 5, e22. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.15>
- Aung, S., Hardy, N., Hogan, J., DeLong, A., Kyaw, A., Tun, M. S., et al. (2023). Characterization of HIV-Related Stigma in Myanmar. *AIDS and Behavior*, 27(8), 2751-2762. <https://doi.org/10.1007/s10461-023-03998-1>
- Armoon, B., Fleury, M. J., Bayat, A. H., Fakhri, Y., Higgs, P., Moghaddam, L. F., et al. (2022). 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, 16(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00527-w>

Aras, S., Orcin, E., Ozan, S., & Semin, S. (2007). Sexual behaviours and contraception among university students in Turkey. *Journal of Biosocial Science*, 39(1), 121-135. doi:10.1017/S0021932006001258

Ataro, Z., Mengesha, M. M., Abrham, A., & Digaffe, T. (2020). Gender Differences in Perceived Stigma and Coping Strategies Among People Living with HIV/AIDS at Jugal Hospital, Harar, Ethiopia. *Psychology research and behavior management*, 13, 1191–1200. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S283969>

Aydemir, N., Yakın, İ., ve Arslan, H. (2018). AIDS Bilgi ve Tutum Ölçeklerinin geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerinin sınanması. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 38(1), 73-93. doi: 10.26650/SP409425

Babaoğlu, Ü. T., Demir, G., & Biçer, S. (2018). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Hıv/Aıds Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Assessment of the Knowledge Level of Students of Department of Nursing About HIV/AIDS and Attitudes Toward it. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(1), 18-24.

Back, D., & Marzolini, C. (2020). The challenge of HIV treatment in an era of polypharmacy. *Journal of the International AIDS Society*, 23(2). 1-11. <https://doi.org/10.1002/jia2.25449>

Baldwin, J. D., & Baldwin, J. I. (1988). Factors affecting AIDS related sexual risk taking behavior among college students. *Journal of Sex Research*, 25(2), 181-196.

Bandura, A. (2005). *The Evolution of Social Cognitive Theory*. In K. G. Smith, & M. A. Hitt (Eds.), *Great Minds in Management* (9-35). Oxford University Press.

- Başcı, E. (2019). HIV ile yaşayanların toplumda görünür olma durumları: Neden ve sonuçlarıyla nitel bir model. *Sosyoloji Notları*, 3(1), 61-89.
- Baral, S., Logie, C. H., Grosso, A., Wirtz, A. L., & Beyrer, C. (2013). Modified social ecological model: a tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics. *BMC public health*, 13(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-482>
- Barrett, P. (2007). Structural equation modelling: Adjudging model fit. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 815-824. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.018>
- Basta, T. B., Shacham, E., & Reece, M. (2009). Symptoms of psychological distress: a comparison of rural and urban individuals enrolled in HIV-related mental health care. *AIDS patient care and STDs*, 23(12), 1053-1057. <https://doi.org/10.1089/apc.2009.0193>
- Bayramoğlu, Y. (2021). Border panic over the pandemic: mediated anxieties about migrant sex workers and queers during the AIDS crises in Turkey. *Ethnic and Racial Studies*, 44(9), 1589-1606.
- Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in nursing & health*, 24(6), 518-529. <https://doi.org/10.1002/nur.10011>
- Beer, L., Tie, Y., Padilla, M., & Shouse, R. L. (2019). Generalized anxiety disorder symptoms among persons with diagnosed HIV in the United States. *AIDS*, 33(11), 1781-1787. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002286>
- Bernard, C., Dabis, F., & de Rekeneire, N. (2017). Prevalence and factors associated with depression in people living with HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 12(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181960>

- Blake, B. J., Jones Taylor, G. A., Reid, P., & Kosowski, M. (2008). Experiences of women in obtaining human immunodeficiency virus testing and healthcare services. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(1), 40–46. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2007.00283.x>
- Bonevski, B., Randell, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., et al. (2014). Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC Medical Research Methodology*, 14, 1-29. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-42>
- Boyer, S., Clerc, I., Bonono, C. R., Marcellin, F., Bilé, P. C., & Ventelou, B. (2011). Non-adherence to antiretroviral treatment and unplanned treatment interruption among people living with HIV/AIDS in Cameroon: Individual and healthcare supply-related factors. *Social science & medicine*, 72(8), 1383-1392.
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Frontiers in public health*, 6, 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Bulduk, S., Seher, Y., Dinçer, Y., & Ardiç, E. (2015). Sağlık davranışı modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 28-34.
- Bunn, J. Y., Solomon, S. E., Miller, C., & Forehand, R. (2007). Measurement of stigma in people with HIV: a reexamination of the HIV Stigma Scale. *AIDS Education & Prevention*, 19(3), 198-208. <https://doi.org/10.1521/aeap.2007.19.3.198>

- Burkhart, J. H., Patterson, R. H., Dickey, N. W., Henikoff, L. M., Lind, D. D., McMurray, R. J., et al. (1988). Ethical issues involved in the growing AIDS crisis. *JAMA*, 259(9), 1360-1361. doi:10.1001/jama.1988.03720090050034
- Buseh, A. G., & Stevens, P. E. (2007). Constrained but not determined by stigma: Resistance by African American women living with HIV. *Women & health*, 44(3), 1-18. https://doi.org/10.1300/J013v44n03_01
- Bush, A. J., & Boller, G. W. (1991). Rethinking the role of television advertising during health crises: a rhetorical analysis of the federal AIDS campaigns. *Journal of Advertising*, 20(1), 28-37. <https://doi.org/10.1080/00913367.1991.10673204>
- Büyüköztürk, Ş. (2007), *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı*, Pegem A Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve uygulamada eğitim yönetimi*, 32(32), 470-483.
- Brandt, R. (2009). The mental health of people living with HIV/AIDS in Africa: a systematic review. *African Journal of AIDS Research*, 8(2), 123-133. <https://doi.org/10.2989/AJAR.2009.8.2.1.853>
- Brown, L. K., Whiteley, L., Harper, G. W., Nichols, S., Nieves, A., & ATN 086 Protocol Team for The Adolescent Medicine Trials Network for HIV/AIDS Interventions. (2015). Psychological symptoms among 2032 youth living with HIV: a multisite study. *AIDS patient care and STDs*, 29(4), 212-219. <https://doi.org/10.1089/apc.2014.0113>
- Camacho, G., Kalichman, S., & Katner, H. (2020). Anticipated HIV-related stigma and HIV treatment adherence: the indirect effect of medication concerns. *AIDS and Behavior*, 24, 185-191. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02644-z>

- Caron, S. L., Davis, C. M., Wynn, R. L., & Roberts, L. W. (1992). " America responds to AIDS," but did college students? Differences between March, 1987, and September, 1988. *AIDS education and prevention*, 4(1). 18-28.
- Cardarelli, R., Weis, S., Adams, E., Radaford, D., Vecino, I., Munguia, G., et al. (2008). General health status and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 7(3), 123-129. <https://doi.org/10.1177/1545109708318526>
- Centers for Disease Control (CDC) (1985). Provisional Public Health Service inter-agency recommendations for screening donated blood and plasma for antibody to the virus causing acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 34(1), 1–5.
- Centers for Disease Control (CDC) (1982b). Pneumocystis carinii pneumonia among persons with hemophilia A. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 31(27), 365-367.
- Centers for Disease Control (CDC) (1982c). Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS)--United States. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 31(37), 507-514.
- Centers for Disease Control (CDC) (1982d). Unexplained immunodeficiency and opportunistic infections in infants- New York, New Jersey, California. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 31(49), 665-667.
- Centers for Disease Control (CDC) (1983). Prevention of acquired immune deficiency syndrome (AIDS): report of inter-agency recommendations. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 32(8), 101-103.
- Centers for Disease Control (CDC). (1982). A cluster of Kaposi's sarcoma and Pneumocystis carinii pneumonia among homosexual male residents of Los

Angeles and Orange Counties, California. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 31(23), 305-307.

Central for Disease Control (CDC). (2022). Ways HIV Can Be Transmitted. *In Central for Disease Control*. 10 Nisan 2023'te <https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-transmission/ways-people-get-hiv.html> sitesinden alınmıştır.

Central for Disease Control (CDC). (2022a). About HIV. *In Central for Disease Control*. 10 Nisan 2023'te <https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html> sitesinden alınmıştır.

Central for Disease Control (CDC). (2022a). HIV Risk and Prevention. 11 Mayıs 2023'te *In Central for Disease Control*. <https://www.cdc.gov/hiv/risk/art/index.html> sitesinden alınmıştır.

Chan, R. C., Mak, W. W., Ma, G. Y., & Cheung, M. (2021). Interpersonal and intrapersonal manifestations of HIV stigma and their impacts on psychological distress and life satisfaction among people living with HIV: toward a dual-process model. *Quality of Life Research*, 30(1), 145-156. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02618-y>

Chander, G., Himelhoch, S., & Moore, R. D. (2006). *Substance abuse and psychiatric disorders in HIV-positive patients*. *Drugs*, 66(6), 769-789. <https://doi.org/10.2165/00003495-200666060-00004>

Chou, T., Asnaani, A., & Hofmann, S. G. (2012). Perception of racial discrimination and psychopathology across three U.S. ethnic minority groups. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 18(1), 74-81. <https://doi.org/10.1037/a0025432>

Cohen, R. J. and Swerdlik, M.E. (2013). *Psikolojik test ve değerlendirme. Testlere ve ölçmeye giriş*. (E. Tavşancıl, Çev.). Nobel Akademik Yayıncılık

- Cianelli, R., Villegas, N., De Oliveira, G., Hires, K., Gattamorta, K., Ferrer, L., et al. (2015). Predictors of HIV enacted stigma among Chilean women. *Journal of clinical nursing*, 24(17-18), 2392-2401. <https://doi.org/10.1111/jocn.12792>
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (504–553). McGraw-Hill/Distributed exclusively by Oxford University Press.
- CİSU. (2022). *Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programının Uygulanmasını ve Eylem Planında Belirtilen Değerlendirme Toplantılarının Yapılmasını Talep Ediyoruz*. 20 Mayıs 2024, [https://cisuplatform.org.tr/wp-content/uploads/2022/06/Turkiye-HIVAIDS-Kontrol-Programinin Uygulanmasini-ve-Eylem-Planinda-Belirtilen-Degerlendirme-Toplantilarinin-Duzenlenmesini-Talep-Ediyoruz-1.pdf](https://cisuplatform.org.tr/wp-content/uploads/2022/06/Turkiye-HIVAIDS-Kontrol-Programinin-Uygulanmasini-ve-Eylem-Planinda-Belirtilen-Degerlendirme-Toplantilarinin-Duzenlenmesini-Talep-Ediyoruz-1.pdf)
- Çalışkan, P. (2011). *HIV/AIDS Damgalama Ölçeğinin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği*. Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Deacon, H., & Boulle, A. (2007). Commentary: Factors affecting HIV/AIDS-related stigma and discrimination by medical professionals. *International journal of epidemiology*, 36(1), 185-186. <https://doi.org/10.1093/ije/dy1255>
- Deeks, S. G., Overbaugh, J., Phillips, A., & Buchbinder, S. (2015). HIV infection. *Nature reviews Disease primers*, 1(1), 1-22. DOI:10.1038/nrdp.2015.35
- Demirel, O. F., Mayda, P. Y., Yıldız, N., Sağlam, H., Koçak, B. T., Habip, Z., et al. (2018). Self-stigma, depression, and anxiety levels of people living with HIV in Turkey. *The European Journal of Psychiatry*, 32(4), 182-186. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.03.002>
- Demirtaş, F. A., & Şahin, N. (2022). HIV ve damgalanma: bir sistematik derleme. *Sağlık ve Toplum*, 32(2), 13-25.

- Doka, P. J. S., Danjin, M., & Dongs, I. S. (2017). HIV/AIDS-related stigma and discrimination among health-care providers in a tertiary health facility. *Journal of Medical Sciences*, 37(2), 44-49. DOI: 10.4103/jmedsci.jmedsci_99_16
- Dong, X., Yang, J., Peng, L., Pang, M., Zhang, J., Zhang, Z., et al. (2018). HIV-related stigma and discrimination amongst healthcare providers in Guangzhou, China. *BMC public health*, 18(1), 738. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5654-8>
- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13, 1160-1177. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
- Epstein, S. G. (1993). *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*. University of California.
- Ercan, S. (2015). Devlet, Üniversite ve Özel Hastanelerde Görevli Sağlık Personelinin Aıds'e İlişkin Bilgi ve Tutumları. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3(3), 109-116.
- Erkorkmaz, Ü., Etikan, İ., Demir, O., Özdamar, K., & Sanisoğlu, S. Y. (2013). Doğrulamalı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), 210-223. doi: 10.5336/medsci.2011-26747
- Erkuş, A. (2014). *Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-I: Temel kavramlar ve işlemler* (2. baskı). Pegem Yayınları.
- Etik, A. D., Temel, M. K., & Ertin, H. (2013). HIV pozitif bireyin topluma entegrasyonu: Türkiye'de HIV/AIDS ve sosyoetik refleksiyonlar. *The New Journal of Urology*, 8(1), 50-54.
- Fauk, N. K., Ward, P. R., Hawke, K., & Mwanri, L. (2021). HIV stigma and discrimination: perspectives and personal experiences of healthcare

- providers in Yogyakarta and Belu, Indonesia. *Frontiers in medicine*, 8, 625787. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.625787>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.
- Felker-Kantor, E. A., Wallace, M. E., Madkour, A. S., Duncan, D. T., Andrinopoulos, K., & Theall, K. (2019). HIV stigma, mental health, and alcohol use disorders among people living with HIV/AIDS in New Orleans. *Journal of urban health*, 96, 878-888. <https://doi.org/10.1007/s11524-019-00390-0>
- Flanagan, S. M., & Hancock, B. (2010). 'Reaching the hard to reach'-lessons learned from the VCS (voluntary and community Sector). A qualitative study. *BMC health services research*, 10, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-92>
- Fukunishi, I., Matsumoto, T., Negishi, M., Hayashi, M., Hosaka, T., & Moriya, H. (1997). Somatic complaints associated with depressive symptoms in HIV-positive patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 66(5), 248-251. <https://doi.org/10.1159/000289142>
- Francis, D. P. (2012). Deadly AIDS policy failure by the highest levels of the US government: A personal look back 30 years later for lessons to respond better to future epidemics. *Journal of Public Health Policy*, 33(3), 290-300. <https://doi.org/10.1057/jphp.2012.14>
- Friedland, B. A., Gottert, A., Hows, J., Baral, S. D., Sprague, L., Nyblade, L., et al. (2020). The People Living with HIV Stigma Index 2.0: generating critical evidence for change worldwide. *AIDS*, 34, 5-18. DOI: 10.1097/QAD.0000000000002602

- Froman, R. D., Owen, S. V., & Daisy, C. (1992). Development of a measure of attitudes toward persons with AIDS. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 24(2), 149-152. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1992.tb00240.x>
- Gallagher, R. P. (2000). *National survey of counseling center directors*. Alexandria, International Association of Counseling Services. (IACS).
- Gallagher, R. P. (2011). *National survey of counseling center directors*. Alexandria, International Association of Counseling Service. (IACS).
- Gallo, R. C., Salahuddin, S. Z., Popovic, M., Shearer, G. M., Kaplan, M., Haynes, B. F., et al. (1984). Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. *Science*, 224(4648), 500-503.
- Games, P. A., & Howell, J. F. (1976). Pairwise Multiple Comparison Procedures with Unequal N's and/or Variances: A Monte Carlo Study. *Journal of Educational Statistics*, 1(2), 113–125. <https://doi.org/10.3102/10769986001002113>.
- Garrido - Hernansaiz, H., & Alonso - Tapia, J. (2020). Predictors of anxiety and depression among newly diagnosed people living with HIV: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61(5), 616-624. <https://doi.org/10.1111/sjop.12621>
- Geter, A., Herron, A. R., & Sutton, M. Y. (2018). HIV-related stigma by healthcare providers in the United States: a systematic review. *AIDS patient care and STDs*, 32(10), 418-424. <https://doi.org/10.1089/apc.2018.0114>
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. (2009). Stress damages immune system and health. *Discovery Medicine*, 5(26), 165-169.

- Glémaud, M., Illa, L., Echenique, M., Bustamente-Avellaneda, V., Gazabon, S., Villar-Loubet, O., et al. (2014). Abuse and mental health concerns among HIV-infected Haitian women living in the United States. *JANAC: Journal of The Association Of Nurses In AIDS Care*, 25(1, Suppl), S62–S69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2013.06.005>.
- Goffman, E. (1990). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Penguin Books.
- Gökengin, D., Calik, S., & Oktem, P. (2017). Analysis of HIV/AIDS-Related Stigma and Discrimination in Turkey: Results of the People Living With HIV Stigma Index/Türkiye'de HIV'le İlgili Damgalama ve Ayrımcılığın Analizi: HIV'le Yaşayan Kisiler İcin Damgalanma Göstergesi Sonuçları. *Klimik Journal*, 30(1), 15-22.
- Gökengin, D., Çalık, Ş., & Öktem, P. (2017). Türkiye’de HIV’le ilgili damgalama ve ayrımcılığın analizi: HIV ile yaşayan kişiler için damgalanma göstergesi sonuçları. *Klimik Dergisi*, 30(1), 15-21.
- Gözüm, S., & Çapık, C. (2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 230-237.
- Gray, L. A., & Saracino, M. (1989). AIDS on campus: A preliminary study of college students' knowledge and behaviors. *Journal of Counseling & Development*, 68(2), 199-202. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1989.tb01357.x>
- Gray - Little, B. (2009). The assessment of psychopathology in racial and ethnic minorities. *Oxford handbook of personality assessment*, 396-414.
- Gruszczynska, E., & Rzeszutek, M. (2023). HIV/AIDS stigma accumulation among people living with HIV: a role of general and relative minority

- status. *Scientific Reports*, 13(1), 10709. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-37948-7>
- Gunderman, R. B. (2022). The pediatrician as a model of integrity: C. Everett Koop. *Pediatric Radiology*, 52(3), 423-425. <https://doi.org/10.1007/s00247-021-05272-9>
- Gürbıyık, S. (2023, Aralık 2). *AIDS Türkiye’de 8-10 kat arttı*. 3 Eylül 2024, <https://www.ntv.com.tr/saglik/aids-turkiyede-8-10-kat-artti,ZVFike2DI0KFleim1nkRCw>
- Joffe, H. (1999). *Risk and “the other”*. Cambridge University Press.
- Halkitis, P. N., Perez-Figueroa, R. E., Carreiro, T., Kingdon, M. J., Kupprat, S. A., & Eddy, J. (2014). Psychosocial burdens negatively impact HIV antiretroviral adherence in gay, bisexual, and other men who have sex with men aged 50 and older. *AIDS care*, 26(11), 1426-1434. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.921276>
- Han, S., Zhang, Y., Yang, X., Li, K., Zhang, L., Shao, Y., et al. (2023). Exploring core mental health symptoms among persons living with HIV: A network analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1081867>
- Hasan, M. T., Nath, S. R., Khan, N. S., Akram, O., Gomes, T. M., & Rashid, S. F. (2012). Internalized HIV/AIDS-related stigma in a sample of HIV-positive people in Bangladesh. *Journal of health, population, and nutrition*, 30(1), 22–30. <https://doi.org/10.3329/jhpn.v30i1.11272>
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological bulletin*, 135(5), 707. <https://doi.org/10.1037/a0016441>

- Hochberg, Z. E., & Konner, M. (2020). Emerging Adulthood, a Pre-adult Life-History Stage. *Frontiers in endocrinology*, 10, 918. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00918>
- Hong, Y., Fang, X., Li, X., Liu, Y., Li, M., & Tai-Seale, T. (2010). Self-perceived stigma, depressive symptoms, and suicidal behaviors among female sex workers in China. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(1), 29-34. <https://doi.org/10.1177/1043659609349063>
- Hojilla, J. C., Santiago-Rodriguez, E. I., Sterling, S., Williams, E. C., Leyden, W., Hare, C. B., et al. (2021). HIV Stigma and Its Associations with Longitudinal Health Outcomes Among Persons Living with HIV with a History of Unhealthy Alcohol Use. *AIDS and behavior*, 25(1), 215–224. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02963-6>
- Holzemer, W. L., Uys, L. R., Chirwa, M. L., Greeff, M., Makoae, L. N., Kohi, T. W., et al. (2007). Validation of the HIV/AIDS Stigma Instrument- PLWA (HASI-P). *AIDS care*, 19(8), 1002–1012. <https://doi.org/10.1080/09540120701245999>
- Okello, E. S., Wagner, G. J., Ghosh-Dastidar, B., Garnett, J., Akena, D., Nakasujja, N., et al. (2015). Depression, internalized HIV stigma and HIV disclosure. *World Journal of AIDS*, 5(01), 30.
- Kaai, S., Bullock, S., Sarna, A., Chersich, M., Luchters, S., Geibel, S., et al. (2010). Perceived stigma among patients receiving antiretroviral treatment: a prospective randomised trial comparing an m-DOT strategy with standard-of-care in Kenya, SAHARA. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, 7(2), 62–70. <https://doi.org/10.1080/17290376.2010.9724958>

- Kagaayi, J., & Serwadda, D. (2016). The History of the HIV/AIDS Epidemic in Africa. *Current HIV/AIDS reports*, 13(4), 187–193. <https://doi.org/10.1007/s11904-016-0318-8>
- Kalichman, S. C., Rompa, D., & Cage, M. (2000). Distinguishing between overlapping somatic symptoms of depression and HIV disease in people living with HIV-AIDS. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(10), 662–670. <https://doi.org/10.1097/00005053-200010000-00004>
- Kane, A. (2010). Moving Politics: Emotion and ACT UP's Fight against AIDS. *American Journal of Psychology*. 10(3), 1020-1022.
- Karabulut, N., & Gürçayır, D. (2020). AIDS Tutum Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi. *In Yeni Symposium*, 58(3). DOI: 10.5455/NYS.20200708085040
- Kasapoglu, A., Saillard, E. K., Kaya, N., & Turan, F. (2011). AIDS Related Stigma in Social Relations: A Qualitative Study in Turkey. *Qualitative Report*, 16(6), 1496-1516. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2011.1314>
- Katz, I. T., Ryu, A. E., Onuegbu, A. G., Psaros, C., Weiser, S. D., Bangsberg, D. R., et al. (2013). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*, 16(2). <https://doi.org/10.7448/IAS.16.3.18640>
- Kaufman, M. R., Cornish, F., Zimmerman, R. S., & Johnson, B. T. (2014). Health behavior change models for HIV prevention and AIDS care: practical recommendations for a multi-level approach. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 66(3), 250-258. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000236>
- Kaya, E., Şimşek, F., & Yildirmak, T. (2020). Erkek HIV/AIDS hastalarında damgalanmanın yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(5), 499-506.

- Kleinman, N. J., Manhart, L. E., Mohanraj, R., Kumar, S., Jeyaseelan, L., Rao, D., et al. (2015). Antiretroviral therapy adherence measurement in non-clinical settings in South India. *AIDS care*, 27(2), 248-254. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.946382>
- Knoedler, S., Matar, D. Y., Friedrich, S., Knoedler, L., Haug, V., Hundeshagen, G., et al. (2023). The surgical patient of yesterday, today, and tomorrow—a time-trend analysis based on a cohort of 8.7 million surgical patients. *International Journal of Surgery*, 109(9), 2631-2640. <https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000000511>
- Kılıç, S. (2016). Cronbach's alpha reliability coefficient. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 6(1), 47.
- Kılıçlı, A., Akbulut, Ş., & Çakırca, T. D. (2022). Stigma, Hopelessness, Depression and Associated Factors in People Living with HIV. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3), 621-630. <https://doi.org/10.35440/hutfd.1191096>
- Kinsler, J. J., Wong, M. D., Sayles, J. N., Davis, C., & Cunningham, W. E. (2007). The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS patient care and STDs*, 21(8), 584-592. <https://doi.org/10.1089/apc.2006.0202>
- Köseoğlu-Örnek, Ö., Tabak, F., & Mete, B. (2020). Stigma in Hospital: an examination of beliefs and attitudes towards HIV/AIDS patients, Istanbul. *AIDS care*, 32(8), 1045-1051. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1769833>
- Köseoğlu Örnek, Ö. & İşcan Kocamış, E. (2022). Hastane ve Üniversite’de Stigma: HIV/AIDS Pozitif Hastalarına Yönelik Tutum, Davranış ve İnanışların İncelenmesi, İstanbul. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(1), 1-13. DOI: 10.17942/sted.884593

- Kurzban R, Leary MR. 2001. Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychol. Bull.* 127:187–208.
- Lambda Legal. (2010). HIV stigma and discrimination in the US: An evidence-based report. *Lambda Legal*. 20 Haziran 2024, http://www.lambdalegal.org/publications/fs_hiv-stigma-and-discrimination-in-the-us
- Lee, B. C., Bendixsen, C., Liebman, A. K., & Gallagher, S. S. (2017). Using the Socio-Ecological Model to Frame Agricultural Safety and Health Interventions. *Journal of agromedicine*, 22(4), 298–303. <https://doi.org/10.1080/1059924X.2017.1356780>
- Lee, R. S., Kochman, A., & Sikkema, K. J. (2002). Internalized stigma among people living with HIV-AIDS. *AIDS and Behavior*, 6, 309-319. <https://doi.org/10.1023/A:1021144511957>
- Lemey, P., Pybus, O. G., Rambaut, A., Drummond, A. J., Robertson, D. L., Roques, P., et al. (2004). The molecular population genetics of HIV-1 group O. *Genetics*, 167(3), 1059-1068. <https://doi.org/10.1534/genetics.104.026666>
- Leserman, J. (2003). HIV disease progression: depression, stress, and possible mechanisms. *Biological psychiatry*, 54(3), 295-306. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00323-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00323-8)
- Logie, C. H., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. R. (2011). HIV, gender, race, sexual orientation, and sex work: a qualitative study of intersectional stigma experienced by HIV-positive women in Ontario, Canada. *PLoS medicine*, 8(11), e1001124. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001124>
- Li, Z., Morano, J. P., Khoshnood, K., Hsieh, E., & Sheng, Y. (2018). HIV-related stigma among people living with HIV/AIDS in rural Central China. *BMC*

health services research, 18, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3245-0>

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). *Stigma and its public health implications*. Lancet, 367, 528–529. Routledge.

MacDonald, M., Law, M., Kaldor, J., Hales, J., & Dore, G. J. (2003). Effectiveness of needle and syringe programmes for preventing HIV transmission. *International Journal of Drug Policy*, 14(5-6), 35. [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(03\)00133-6](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(03)00133-6)

Mann, J. M. (1987). The World Health Organization's global strategy for the prevention and control of AIDS. *Western Journal of Medicine*, 147(6), 732.

Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of health and social behavior*, 39(4), 335-347. <https://doi.org/10.2307/2676342>

McKeever, B. W. (2021). Public relations and public health: The importance of leadership and other lessons learned from “Understanding AIDS” in the 1980s. *Public Relations Review*, 47(1), 102007. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2020.102007>

McLean, K. (2011). The biopolitics of needle exchange in the United States. *Critical Public Health*, 21(1), 71-79. <https://doi.org/10.1080/09581591003653124>

McLean, C. P., & Fitzgerald, H. (2016). Treating posttraumatic stress symptoms among people living with HIV: a critical review of intervention trials. *Current psychiatry reports*, 18(9), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0724-z>

- MacLean, J. R., & Wetherall, K. (2021). The association between HIV-stigma and depressive symptoms among people living with HIV/AIDS: A systematic review of studies conducted in South Africa. *Journal of affective disorders*, 287, 125-137. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.027>
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly*, 15(4), 351-377. <https://doi.org/10.1177/10901981880150040>
- Melis, T., Fikadu, Y., & Lemma, L. (2020). Perceived Stigma and Associated Factors Among HIV Positive Adult Patients Attending Antiretroviral Therapy Clinics at Public Facilities of Butajira Town, Southern Ethiopia, 2020. *HIV/AIDS Research and Palliative Care*, 12, 717-724. <https://doi.org/10.2147/HIV.S280501>
- Merson, M., & Inrig, S. (2018). UNAIDS: Trying to Gain Traction in the AIDS Pandemic. *Springer*, 339-360. https://doi.org/10.1007/978-3-319-47133-4_17
- Müderris, T., Altıok, M., & Hızlı, K. (2022). Üniversite Öğrencilerinin HIV/AIDS, Gonore ve Genital Herpes Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Forbes Journal of Medicine*, 3(1). 39-45.
- Nabunya, P., & Namuwonge, F. (2023). HIV-related shame, stigma and the mental health functioning of adolescents living with HIV: findings from a pilot study in Uganda. *Child Psychiatry & Human Development*, 54(6), 1771-1778. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01374-z>
- National Center for Health Statistics. (1998). *AIDS falls from top ten causes of death; teen births, infant mortality, homicide all decline*. Hyattsville, Md, US Department of Health and Human Services.
- Nattabi, B., Li, J., Thompson, S. C., Orach, C. G., & Earnest, J. (2011). Factors associated with perceived stigma among people living with HIV/AIDS in

post-conflict northern Uganda. *AIDS Education and Prevention*, 23(3), 193-205. <https://doi.org/10.1521/aeap.2011.23.3.193>

Naughton, J. D., & Vanable, P. A. (2013). *HIV stigmatization among healthcare providers: Review of the evidence and implications for HIV care*. In P. Liamputtong (Ed.), *Stigma, discrimination and living with HIV/AIDS: A cross-cultural perspective* (97–114). Springer Science + Business Media.

Neuman, M., Obermeyer, C. M., & MATCH Study Group (2013). Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. *AIDS and behavior*, 17(5), 1796–1808. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0432-1>

Nutor, J. J., Gyamerah, A. O., Duah, H. O., Asakitogum, D. A., Thompson, R. G., Alhassan, R. K., et al. (2024). The association of HIV-related stigma and psychosocial factors and HIV treatment outcomes among people living with HIV in the Volta region of Ghana: A mixed-methods study. *PLOS Global Public Health*, 4(2), e0002994. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002994>

Ncitakalo, N., Mabaso, M., Joska, J., & Simbayi, L. (2021). Factors associated with external HIV-related stigma and psychological distress among people living with HIV in South Africa. *SSM-Population Health*, 14, 100809. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100809>

Nyblade, L., Stangl, A., Weiss, E., & Ashburn, K. (2009). Combating HIV stigma in health care settings: what works? *Journal of the international AIDS Society*, 12(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1758-2652-12-15>

Olley, B. O., Gxamza, F., Seedat, S., Theron, H., Taljaard, J., Reid, E., et al. (2003). Psychopathology and coping in recently diagnosed HIV/AIDS patients-the role of gender. *South African Medical Journal*, 93(12), 928-931.

- Owusu, A. Y. (2022). Experiences of new diagnoses among HIV-positive persons: implications for public health. *BMC public health*, 22(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12809-6>
- Öktem, P. (2015). The role of the family in attributing meaning to living with HIV and its stigma in Turkey. *SAGE Open*, 5(4), 2158244015615165. <https://doi.org/10.1177/215824401561516>
- Kassaw, C., Sisay, D., Awulachew, E., & Endashaw Hareru, H. (2022). Perceived stigma and its association with gender and disclosure status among people living with HIV/AIDS and attending antiretroviral therapy clinics in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *AIDS Research and Treatment*, 2022. 3246249. <https://doi.org/10.1155/2022/3246249>
- Köseoğlu Örnek, Ö. ve Sevim, E. (2022). Stigma And Discrimination Towards People Living With Hiv/Aids: A Qualitative Study, Istanbul/Turkey. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(3), 1091-1110.
- Örnek, Ö. K., & Kocamış, E. İ. (2022). Hastane ve üniversite’de stigma: HIV/AIDS pozitif hastalarına yönelik tutum, davranış ve inanışların incelenmesi, İstanbul. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(1), 1-13.
- Paul, J. P., & Coates, T. J. (1995). *The impact of the HIV epidemic on US gay male communities. In Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan*. London: Oxford University Press.
- Park, J. H., Faulkner, J., & Schaller, M. (2003). Evolved Disease-Avoidance Processes and Contemporary Anti-Social Behavior: Prejudicial Attitudes and Avoidance of People with Physical Disabilities. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27(2), 65–87. <https://doi.org/10.1023/A:1023910408854>
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2019). Prevalence And Associated Factors Of Enacted, Internalized And Anticipated Stigma Among People Living With HIV In

- South Africa: Results Of The First National Survey. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, 11, 275–285. <https://doi.org/10.2147/HIV.S229285>
- Plawecki, K., & Chapman-Novakofski, K. (2013). Effectiveness of community intervention in improving bone health behaviors in older adults. *Journal of nutrition in gerontology and geriatrics*, 32(2), 145-160. <https://doi.org/10.1080/21551197.2013.781421>
- Popping, S., Kall, M., Nichols, B. E., Stempfer, E., Versteegh, L., van de Vijver, D. A., et al. (2021). Quality of life among people living with HIV in England and the Netherlands: a population-based study. *The Lancet Regional Health-Europe*, 8, 100177. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100177>
- Przybyla, S. M., Golin, C. E., Widman, L., Grodensky, C. A., Earp, J. A., & Suchindran, C. (2013). Serostatus disclosure to sexual partners among people living with HIV: Examining the roles of partner characteristics and stigma. *AIDS Care*, 25(5), 566–572. <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.722601>
- Rasoolinajad, M., Abedinia, N., Noorbala, A. A., Mohraz, M., Badie, B. M., Hamad, A., et al. (2018). Relationship Among HIV-Related Stigma, Mental Health and Quality of life for HIV-Positive Patients in Tehran. *AIDS and behavior*, 22(12), 3773–3782. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-2023-z>
- Relf, M. V., L Holzemer, W., Holt, L., Nyblade, L., & Ellis Caiola, C. (2021). A Review of the State of the Science of HIV and Stigma: Context, Conceptualization, Measurement, Interventions, Gaps, and Future Priorities. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 32(3), 392–407. <https://doi.org/10.1097/JNC.0000000000000237>
- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., van Lunzen, J., et al. (2016). Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV

Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA*, 316(2), 171–181. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5148>

Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Degen, O., et al. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet (London, England)*, 393(10189), 2428–2438. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)

Rotstein, A., Goldenberg, J., Fund, S., Levine, S. Z., & Reichenberg, A. (2021). Capturing adolescents in need of psychiatric care with psychopathological symptoms: A population-based cohort study. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 64(1), e76. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2251>

Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globerman, J., Chambers, L., et al. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ open*, 6(7), e011453. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011453>

Rice, W. S., Turan, B., Fletcher, F. E., Nápoles, T. M., Walcott, M., Batchelder, A., et al. (2019). A Mixed Methods Study of Anticipated and Experienced Stigma in Health Care Settings Among Women Living with HIV in the United States. *AIDS patient care and STDs*, 33(4), 184–195. <https://doi.org/10.1089/apc.2018.0282>

Sabin, C. A., & Lundgren, J. D. (2013). The natural history of HIV infection. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 8(4), 311. <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e328361fa66>

- Sahu, A. C., & Akhade, K. S. (2022). A cross-sectional study on stigma and discrimination confronted by HIV positive patients in the economic capital of India. *Journal of family medicine and primary care*, *11*(7), 3622–3627. https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc_2099_21
- Sayles, J. N., Hays, R. D., Sarkisian, C. A., Mahajan, A. P., Spritzer, K. L., & Cunningham, W. E. (2008). Development and psychometric assessment of a multidimensional measure of internalized HIV stigma in a sample of HIV-positive adults. *AIDS and behavior*, *12*(5), 748–758. <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9375-3>
- Schnall, R., Rojas, M., & Travers, J. (2015). Understanding HIV testing behaviors of minority adolescents: a health behavior model analysis. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, *26*(3), 246–258. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.08.005>
- Schuster, M. A., Collins, R., Cunningham, W. E., Morton, S. C., Zierler, S., Wong, M., et al. (2005). Perceived discrimination in clinical care in a nationally representative sample of HIV-infected adults receiving health care. *Journal of general internal medicine*, *20*(9), 807-813. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.05049.x>
- Senyurek, G., Kavas, M. V., & Ulman, Y. I. (2021). Lived experiences of people living with HIV: A descriptive qualitative analysis of their perceptions of themselves, their social spheres, healthcare professionals and the challenges they face daily. *BMC Public Health*, *21*(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10881-y>
- Set, T., Dağdeviren, N., & Aktürk, Z. (2006). Ergenlerde cinsellik. *Genel Tıp Dergisi*, *16*(3), 137-141.

- Simkins, L., & Eberhage, M. G. (1984). Attitudes toward AIDS, herpes II, and toxic shock syndrome. *Psychological Reports*, 55(3), 779-786. <https://doi.org/10.2466/pr0.1984.55.3.779>
- Stefanovics, E., He, H., Ofori-Atta, A., Cavalcanti, M. T., Rocha Neto, H., Makanjuola, V., et al. (2016). Cross-National Analysis of Beliefs and Attitude Toward Mental Illness Among Medical Professionals From Five Countries. *The Psychiatric quarterly*, 87(1), 63-73. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9363-5>
- Şimşek-Yavuz, S. (2023, Kasım 30). *Afrikada Bile Azaltılan HIV Oranı Doğu Avrupa, Türkiye ve Rusya'da Artıyor*. 3 Aralık 2023, <https://www.klimik.org.tr/2023/11/30/afrikada-bile-azaltilan-hiv-orani-dogu-avrupa-rusya-ve-turkiyede-artiyor/>
- Smith, M. K., Xu, R. H., Hunt, S. L., Wei, C., Tucker, J. D., Tang, W., et al. (2020). Combating HIV stigma in low- and middle-income healthcare settings: a scoping review. *Journal of the International AIDS Society*, 23(8), e25553. <https://doi.org/10.1002/jia2.25553>
- Smith, R., Rossetto, K., & Peterson, B. L. (2008). A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. *AIDS care*, 20(10), 1266-1275. <https://doi.org/10.1080/09540120801926977>
- Strepparava, M. G., Bani, M., Zorzi, F., Mazza, U., Barile, F., & Rezzonico, G. (2017). Does the severity of psychopathology of Italian students receiving counselling services increase over time? A 5-year analysis and a comparison with a clinical and non-clinical sample. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(6), O1448-O1454. <https://doi.org/10.1002/cpp.2096>
- Stringer, K. L., Turan, B., McCormick, L., Durojaiye, M., Nyblade, L., Kempf, M. C., et al. (2016). HIV-Related Stigma Among Healthcare Providers in

- the Deep South. *AIDS and behavior*, 20(1), 115–125.
<https://doi.org/10.1007/s10461-015-1256-y>
- Surlis, S., & Hyde, A. (2001). HIV-positive patients' experiences of stigma during hospitalization. *JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12(6), 68–77. [https://doi.org/10.1016/S1055-3290\(06\)60185-4](https://doi.org/10.1016/S1055-3290(06)60185-4)
- Surratt, H. L., Otachi, J. K., McLouth, C. J., & Vundi, N. (2021). Healthcare stigma and HIV risk among rural people who inject drugs. *Drug and alcohol dependence*, 226, 108878. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108878>
- Sweeney, S. M., & Venable, P. A. (2016). The Association of HIV-Related Stigma to HIV Medication Adherence: A Systematic Review and Synthesis of the Literature. *AIDS and behavior*, 20(1), 29–50.
<https://doi.org/10.1007/s10461-015-1164-1>
- Şen, E. T., Berk, Ö. S., & Sindel, D. (2019). İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 82(1), 52-61.
- Tavşancıl E. (2002). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. Nobel yayınevi
- Terzioğlu, F. (2004). HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılık: Hemşireler için müdahale stratejileri. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, 7(2): 57-62.
- Thanh, H. N., Cheah, P. Y., & Chambers, M. (2019). Identifying 'hard-to-reach' groups and strategies to engage them in biomedical research: perspectives from engagement practitioners in Southeast Asia. *Wellcome open research*, 4, 102. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15326.1>
- Thrasher, A. D., Earp, J. A. L., Golin, C. E., & Zimmer, C. R. (2008). Discrimination, distrust, and racial/ethnic disparities in antiretroviral therapy adherence among a national sample of HIV-infected patients. *JAIDS*

Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 49(1), 84-93.
<https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181845589>

- Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P. L., Browning, W. R., Raper, J. L., Mugavero, M. J., et al. (2017). How does stigma affect people living with HIV? The mediating roles of internalized and anticipated HIV stigma in the effects of perceived community stigma on health and psychosocial outcomes. *AIDS and Behavior*, 21(1), 283-291. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1451-5>
- Turan, J. M., Bukusi, E. A., Onono, M., Holzemer, W. L., Miller, S., & Cohen, C. R. (2011). HIV/AIDS stigma and refusal of HIV testing among pregnant women in rural Kenya: results from the MAMAS Study. *AIDS and Behavior*, 15(6), 1111-1120. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9798-5>
- Turan, A. (2020). *Positive space: A curatorial project on HIV/AIDS*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sabancı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Turan, B., Rice, W. S., Crockett, K. B., Johnson, M., Neilands, T. B., Ross, S. N., et al. (2019). Longitudinal association between internalized HIV stigma and antiretroviral therapy adherence for women living with HIV: the mediating role of depression. *AIDS (London, England)*, 33(3), 571-576. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002071>
- Tran, B. X., Ho, R. C., Ho, C. S., Latkin, C. A., Phan, H. T., Ha, G. H., et al. (2019). Depression among patients with HIV/AIDS: research development and effective interventions (GAPRESEARCH). *International journal of environmental research and public health*, 16(10), 1772. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101772>
- Travaglini, L. E., Himelhoch, S. S., & Fang, L. J. (2018). HIV stigma and its relation to mental, physical and social health among Black women living

- with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 22(12), 3783-3794.
<https://doi.org/10.1007/s10461-018-2037-1>
- Treves-Kagan, S., El Ayadi, A. M., Pettifor, A., MacPhail, C., Twine, R., Maman, S., et al. (2017). Gender, HIV Testing and Stigma: The Association of HIV Testing Behaviors and Community-Level and Individual-Level Stigma in Rural South Africa Differ for Men and Women. *AIDS and behavior*, 21(9), 2579–2588. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1671-8>
- Tsai, A. C., Bangsberg, D. R., Bwana, M., Haberer, J. E., Frongillo, E. A., Muzoora, C., et al. (2013). How does antiretroviral treatment attenuate the stigma of HIV? Evidence from a cohort study in rural Uganda. *AIDS and behavior*, 17(8), 2725–2731. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0503-3>
- Tshweneagae, G. T., Oss, V. M., & Mgutshini, T. (2015). Disclosure of HIV status to sexual partners by people living with HIV. *Curationis*, 38(1), 1174. <https://doi.org/10.4102/curationis.v38i1.1174>
- UNAIDS (2022, September). Millions of lives at risk as progress against AIDS falters. *UNAIDS*. 5 May 2024, https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/july/20220727_global-aids-update
- UNAIDS. (2013, September). 2013 Global Fact Sheet. *UNAIDS*. 5 May 2024, <https://www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalreport2013/factsheet>
- Vanable, P. A., Carey, M. P., Blair, D. C., & Littlewood, R. A. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior*, 10(5), 473-482. <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9099-1>
- Van Der Kooij, Y. L., Kupková, A., Den Daas, C., Van Den Berk, G. E., Kleene, M. J. T., Jansen, H. S., et al. (2021). Role of self-stigma in pathways from HIV-related stigma to quality of life among people living with HIV. *AIDS*

- patient care and STDs*, 35(6), 231-238.
<https://doi.org/10.1089/apc.2020.0236>
- Vaughan, E., Power, M., & Sixsmith, J. (2020). Experiences of stigma in healthcare settings by people living with HIV in Ireland: a qualitative study. *AIDS care*, 32(9), 1162-1167.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1781761>
- Vlahov, D., & Junge, B. (1998). The role of needle exchange programs in HIV prevention. *Public health reports*, 113(1), 75.
- Volk, J. E., & Koopman, C. (2001). Factors Associated with Condom use in Kenya: A Test of The Health Belief Model. *AIDS Education and Prevention*, 13(6), 495–508. <https://doi.org/10.1521/aeap.13.6.495.21438>
- Vorasane, S., Jimba, M., Kikuchi, K., Yasuoka, J., Nanishi, K., Durham, J., et al. (2017). An investigation of stigmatizing attitudes towards people living with HIV/AIDS by doctors and nurses in Vientiane, Lao PDR. *BMC health services research*, 17(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2068-8>
- Visser, M. J., Kershaw, T., Makin, J. D., & Forsyth, B. W. (2008). Development of parallel scales to measure HIV-related stigma. *AIDS and behavior*, 12(5), 759–771. <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9363-7>
- Valente, S. M. (2003). Depression and HIV Disease. *JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14(2), 41–51.
<https://doi.org/10.1177/1055329002250993>
- Yaman, E., & Güngör, H. (2013). Damgalama (stigma) ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 11(25), 251-270.
- Yurttaşer, E., Çaçur, O., Atakul, O., Görgülü, Y., Şirin, A., & Yasin, Y. (2020). Hekimler Harıcındaki Sağlık Çalışanlarının Hiv Ile İlgili Bılgı Düzeyleri Ve

- Hiv Ile Yaşayan Bireylere Yaklaşımları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 407-411.
- Yıldız, M. İ., Başar, K., Çaman, Ö. K., & İnkaya, A. Ç. (2021). Berger HIV ile İlgili Damgalama Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 58(4), 292-299.
- Yılmaz, E. B., & Yüksel, A. (2015). Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Hıv/Aıds Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları. *The Journal of Social Science*, 4(7), 196-210.
- Yigit, I., Bayramoglu, Y., Weiser, S. D., Johnson, M. O., Mugavero, M. J., Turan, J. M., & Turan, B. (2021). Disclosure concerns and viral suppression in people newly initiating HIV care: The role of internalized HIV stigma. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 86(4), 406-412. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002593>
- Yzer, M. (2013). *Reasoned action theory: Persuasion as belief-based behavior change*. In J. P. Dillard & L. Shen (Eds.), *The SAGE handbook of persuasion: Developments in theory and practice* (120–136). Sage Publications.
- Zarei, N., Joulaei, H., Darabi, E., & Fararouei, M. (2015). Stigmatized attitude of healthcare providers: a barrier for delivering health services to HIV positive patients. *International journal of community based nursing and midwifery*, 3(4), 292.
- Zeligman, M., & Wood, A. W. (2017). Conceptualizing an HIV diagnosis through a model of grief and bereavement. *Adultspan Journal*, 16(1), 18-30.
- Zeren, G. (2014). HIV/AIDS'e Yönelik Psiko-eğitim Programı ve Uygulama Örnekleri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(2). <https://doi.org/10.17860/efd.47581>

- Zhao, M., Liu, B., Zheng, T., Xu, J., Hao, Y., Wang, J., et al. (2019). Factors associated with hostility among people living with HIV/AIDS in Northeast China: a cross-sectional study. *BMC public health*, *19*(1), 1189. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7526-2>
- Zukoski, A. P., & Thorburn, S. (2009). Experiences of stigma and discrimination among adults living with HIV in a low HIV-prevalence context: a qualitative analysis. *AIDS patient care and STDs*, *23*(4), 267–276. <https://doi.org/10.1089/apc.2008.0168>
- Wei, L., Yan, H., Guo, M., Tian, J., Jiang, Q., Zhai, M., et al. (2023). Perceived HIV Stigma, Depressive Symptoms, Self-esteem, and Suicidal Ideation Among People Living with HIV/AIDS in China: a Moderated Mediation Modeling Analysis. *Journal of racial and ethnic health disparities*, *10*(2), 671–679. <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01255-0>
- Wagner, A. C., Hart, T. A., McShane, K. E., Margolese, S., & Girard, T. A. (2014). Health care provider attitudes and beliefs about people living with HIV: Initial validation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS). *AIDS and behavior*, *18*(12), 2397–2408. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0834-8>
- Wagner, A. C., McShane, K. E., Hart, T. A., & Margolese, S. (2016). A focus group qualitative study of HIV stigma in the Canadian healthcare system. *Canadian Journal of Human Sexuality*, *25*(1), 61–71. <https://doi.org/10.3138/cjhs.251-A6>
- Watson, S. (February 20, 2022). The History of HIV Treatment: Antiretroviral Therapy and More. 17 Mayis 2024, <https://www.webmd.com/hiv-aids/hiv-treatment-history>

- Weiss, M. G., Ramakrishna, J., & Somma, D. (2006). Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychology, health & medicine*, 11(3), 277–287. <https://doi.org/10.1080/13548500600595053>
- World Health Organization. (1984). Acquired immunodeficiency syndrome—an assessment of the present situation in the world: memorandum from a WHO meeting. *WHO Bull*, 62, 419-432.
- Wright K, Naar-King S, Lam P, Templin T, & Frey M (2007). Stigma Scale Revised: Reliability and validity of a brief measure of stigma for HIV+ youth. *Journal of Adolescent Health*, 40(1), 96–98. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.08.001>

EKLER

EK A: Veri Toplanması için Oluşturulan El İlanı

EK B: Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu

EK C: Kısa Semptom Envanteri (KSE)

EK D: HIV/AIDS Damgalama Ölçeği

EK E: HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği (HTBSÖ)

EK A: Veri Toplanırken Kullanırken El İlanları

**ARAŞTIRMAYA KATILIM
ÇAĞRISI**

*HIV ile Yaşayan Kişilerin Sağlık Çalışanları Tutumlarından
Algıladıkları Stigmatizasyonun
Psikopatolojik Semptomlar Üzerindeki Yordayıcı Etkisi*

Sayın İlgili,

Bu broşür aracılığıyla sizi,
Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı kapsamında
yürüttüğüm araştırmaya katılmaya davet ediyorum.

Araştırmanın amacı, HIV Tanı ve Tedavisinde Algılanan
Stigmatizasyon Ölçeğinin geliştirilmesidir.

Bu araştırma kapsamında hazırlanan ankete katılmak
tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anketteki tüm
soruları cevaplamak yaklaşık 15 dakika sürmektedir.

Çalışma hakkındaki tüm detaylara

İnternet sitesinde erişebilirsiniz.

Çalışmaya katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.
Klinik Psk. Eda Yardımcı

QR Kodu Tara, Ankete katıl




HAKKIMDA

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Z. Deniz AKTAN
Klinik Psikolog
FMV Işık Üniversitesi/Psikoloji Bölümü

Tez Medikal Supervizörü
Prof. Dr. Hayat KUMBASAR KARAOSMANOĞLU
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klin. Mik. Uzmanı, Öğretim Üyesi
İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İLETİŞİM
Araştırma ile ilgili sorular, görüş ve öneriler için
adresine e-posta gönderebilirsiniz.

QR Kodu Tara, Ankete katıl



EK B: Sosyodemografik Veriler ve Bilgi Formu

Doğum Tarihiniz:/...../.....
Cinsiyet Kimliğiniz:	Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Non-binary Diğer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cinsel Yöneliminiz:	Heteroseksüel <input type="checkbox"/> Biseksüel/Bi+ <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lezbiyen <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
İlişki Durumunuz	Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Partneri var <input type="checkbox"/>
Büydüğünüz Yer:	Kırsal Bölge <input type="checkbox"/> Kasaba <input type="checkbox"/> Şehir <input type="checkbox"/> Büyükşehir <input type="checkbox"/>
Eğitim Düzeyiniz:	İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/>
Algılanan Gelir Düzeyi:	Düşük <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Orta Üstü <input type="checkbox"/> Yüksek <input type="checkbox"/>
HIV Statünüz:	Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif <input type="checkbox"/>
HIV tedavisi alıyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>

Tedavi süreciniz ne zaman başladı?	0-6 ay <input type="checkbox"/> 6-12 ay <input type="checkbox"/> 1-3 yıl <input type="checkbox"/> 3-5 yıl <input type="checkbox"/> 5+ yıl <input type="checkbox"/>
Yakınlarınızdan HIV ile yaşadığınızı bilenler var mı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Yakınlarınızda HIV ile yaşayan biri var mı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Bir önceki soruya cevabınız evet ise yanıtlayınız(Birden fazla yanıt seçebilirsiniz).	HIV ile yaşayan arkadaşım var. <input type="checkbox"/> HIV ile yaşayan partnerim var. <input type="checkbox"/> HIV ile yaşayan akrabam var. <input type="checkbox"/>
Daha önce psikolojik/psikiyatrik bir destek aldıysanız belirtiniz:	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>

EK C: Kısa Semptom Envanteri

0. Hiç yok 1. Biraz var 2. Orta derecede var 3. Epey var 4. Çok fazla var

Aşağıdaki belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

	1	2	3	4
1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali			
2	Baygınlık, baş dönmesi			
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri			
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu			
5	Olayları hatırlamada güçlük			
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme			
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar			
8	Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu			
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri			
10	İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi			
11	İştahta bozukluklar			
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular			
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları			
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek			
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek			
16	Yalnızlık hissetmek			
17	Hüzünlü, kederli hissetmek			
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak			
19	Ağlamaklı hissetmek			
20	Kolayca incinebilme, kırılmak			
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak			
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme			
23	Mide bozukluğu, bulantı			
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu			
25	Uykuya dalmada güçlük			
26	Yaptığınız şeyler tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek			
27	Karar vermede güçlükler			
28	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak			
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak			
30	Sıcak-soğuk basmaları			
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak			

32	Kafanızın “bomboş” kalması				
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar				
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği				
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları				
36	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak				
37	Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi				
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek				
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler				
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği				
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği				
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak				
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak				
44	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak				
45	Dehşet ve panik nöbetleri				
46	Sık sık tartışmaya girmek				
47	Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirli hissetmek				
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek				
49	Yerinde duramayacak kadar kendini tedirgin hissetmek				
50	Kendini değersiz görmek				
51	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu				
52	Suçluluk duyguları				
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri				

EK D: HIV/AIDS Damgalama Ölçeği

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

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

EK E: HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği

HIV Tedavisinde Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği							
HIV Tedavisine Yönelik Beklenen Stigmatizasyon Alt Ölçeği	Tamamen Yanlış	Çoğunlukla Yanlış	Kısmen Yanlış	Ne Doğru Ne Yanlış	Kısmen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Tamamen Doğru
1) HIV ile ilgili rutin kontrollerim için hastaneye gittiğimde sağlık çalışanları tarafından yargılanacağımdan endişeleniyorum.							
2) HIV ile ilgili rutin kontrollerim için hastaneye gittiğimde sağlık çalışanının cinsel hayatıyla ilgili sorular soracağımdan ve yargılanacağımdan endişeleniyorum.							
3) HIV ile ilgili rutin kontrollerim için hastaneye gittiğimde sağlık çalışanları tarafından kötü muameleyle maruz kalmaktan endişeleniyorum.							
4) HIV statümün sağlık çalışanları tarafından ifşa edileceğinden endişeleniyorum.							

5) Takip amaçlı rutin kontrollerimde kanımı alan sağlık personeli tarafından kötü muameleye maruz kalmaktan endişeleniyorum.							
6) Rutin kontrollerim sırasında yapılan muayenelerde cinsel hayatıma ilişkin nefret söylemlerine/hakarete maruz kalmaktan endişeleniyorum.							
7) Kan tahlili yaptırmak istediğimde kanımı alacak görevlilerin hizmet vermeyi reddetmesinden endişeleniyorum.							
8) Rutin kontrollerim sırasında sağlık çalışanları tarafından duygusal şiddete maruz kalmaktan endişeleniyorum.							
9) Rutin kontrollerim sırasında sağlık çalışanları tarafından fiziksel şiddete maruz kalmaktan endişeleniyorum.							

HIV Statüsüne Yönelik Beklenen Stigmatizasyon Alt Ölçeği	Tamamen Yanlış	Çoğunlukla Yanlış	Kısmen Yanlış	Ne Doğru Ne Yanlış	Kısmen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Tamamen Doğru
10) Başka bir sağlık sorunu için başvurduğum diğer branş hekiminin HIV pozitif tanımı öğrendikten sonra beni muayene etmeyi reddedeceğinden endişeleniyorum.							
11) Olmam gereken bir ameliyat öncesi HIV pozitif tanısına sahip olduğum öğrenilerek olası bir ameliyatımın iptal edilmesinden endişeleniyorum.							
12) HIV statüm nedeniyle ameliyat sonrasında hemşirelerin bana bakım hizmeti vermeyi reddetmesinden endişeleniyorum.							

ÖZGEÇMİŞ