

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

HIV/AIDS DAMGALAMA ÖLÇEĞİNİN TÜRK
TOPLUMUNDA GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

PAKİZER ÇALIŞKAN

DANIŞMAN
PROF. DR. NURAY ENÇ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI



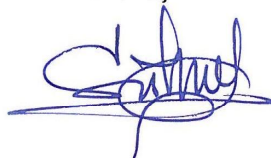

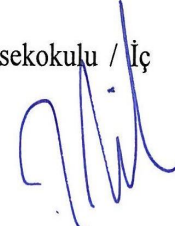
İSTANBUL-2011

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Pakize Çalışkan tarafından hazırlanan “HIV / AIDS Damgalama Ölçeğinin Türk Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliği” başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

14 / 06 / 2011

Tez Sınav Jürisi

- | <u>Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)</u> | <u>İmzası</u> |
|--|---|
| 1.Prof. Dr. Reşat Özaras İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi / Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 2.Prof.Dr.Nuray Enç (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 3.Doç.Dr.Gülbeyaz Can İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 4.Doç.Dr.Sezgi Çınar Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 5.Yard.Doç.Dr.Zeliha Tülek İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Pakizer Çalışkan



İTHAF

Tüm HIV pozitifler bireylere ve aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince emeğini ve desteğini esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Nuray Enç'e,

Bilgisini ve deneyimlerini her zaman paylaşan, desteğini esirgemeyen Araş. Gör. Dr. Hilal Uysal'a ve İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma,

Çalışmamın klinikte yürütülmesinde katkıda bulunan, destek ve yardımlarını esirgemeyen Uz. Dr. Birgül Mete, Uz. Dr. Hayat Kumbasar, Uz. Dr. Özlem Aydın, Uz. Hem. Duygu Edebali, Nihal Küçükboyacı, Burcu Paşahoğlu, Perihan Çalışkan'a,

Çevirileri ve uzman görüşü ile katkıda bulunan Prof. Dr. Nevin Kanan, Prof. Dr. Sevim Buzlu, Prof. Dr. Reşat Özaras, Araş. Gör. Meltem Yıldırım, Dr. Uluhan Sili, Dr. Hilal Dağtekin'e,

Çalışmam süresince destek ve yardımlarını esirgemeyen Kuzey Zeytun, Tekin Tutar ve tüm PYD çalışanlarına,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini her zaman hissettiğim Esra Öztürk, Necmiye Çömlekçi, Gönül Koçak, Aygül Yardım'a,

Çalışmaya katılan tüm hastalara,

Yaşamımın her döneminde benden desteğini esirgemeyen kardeşim Ayşegül Çalışkan'a, aileme ve bu zor dönemlerde bana destek olan tüm çalışma arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN	İİİ
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET.....	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. HIV/AIDS Tanımı	3
2.1.1. Virüsün Yapısı	3
2.2. Dünyada HIV/AIDS	4
2.3. Ülkemizde HIV/AIDS	5
2.4. HIV/AIDS'in Bulaşma Yolları ve Korunma.....	8
2.4.1. Cinsel Yolla Bulaşma ve Korunma.....	9
2.4.2. Kan ve Kan Ürünleriyle Bulaşma ve Korunma.....	10
2.4.3. Anneden Bebeğe Bulaşma ve Korunma.....	11
2.5. HIV Enfeksiyonunun Doğal Seyri.....	12
2.5.1. Primer HIV Enfeksiyonu.....	13
2.5.2. Kronik Asemptomatik Dönem.....	13
2.5.3. AIDS Dönemi	14
2.6. HIV Enfeksiyonunun Sınıflandırılması	14
2.7. HIV Enfeksiyonunun Tanısı.....	16
2.8. HIV Enfeksiyonunun Tedavisi.....	18
2.9. Damgalama (Stigmatizasyon) Tanımı	20
2.10. HIV/AIDS'e İlişkin Damgalamaya Katkı Sağlayan Faktörler.....	21
2.11. HIV/AIDS Damgasının Hastadaki Etkileri.....	22

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	25
3.4. Verilerin Toplanması	26
3.5. Veri Toplama Araçları	27
3.5.1. Hasta Bilgi Formu	27
3.5.2. HIV/AIDS Damgalama Ölçeği (HADÖ)	27
3.6. HADÖ Türkçe Formu'nun Geçerlik ve Güvenilirliği	28
4. BULGULAR	30
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalığına İlişkin Bulguları	31
4.2. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenilirliğine İlişkin Bulgular	33
4.2.1. Geçerlik Analizleri.....	33
4.2.2. Güvenilirlik Analizleri	39
4.3. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığına İlişkin Özellikleri ile HADÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	46
5. TARTIŞMA	64
5.1. Ölçeğin Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	64
5.2. Ölçeğin Güvenilirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması	66
5.3. HADÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları İle Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	67
5.4. Sonuç ve Öneriler	69
KAYNAKLAR	71
FORMLAR	78
ETİK KURUL KARARI.....	83
ÖZGEÇMİŞ	91

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: AIDS vaka ve taşıyıcılarının yıllara göre dağılımı.....	6
Tablo 2-2: AIDS vaka ve taşıyıcılarının yaş ve cinsiyete göre dağılımı.....	7
Tablo 2-3: AIDS vaka ve taşıyıcılarının olası bulaşma yoluna göre dağılımı.....	7
Tablo 2-4: HIV enfeksiyonunun sınıflandırılması.....	14
Tablo 2-5: HIV enfeksiyonunda tedaviye başlama kriterleri.....	19
Tablo 2-6: HIV/AIDS'e bağlı kayıplar ve bunların nedenleri.....	22-23
Tablo 4-1: Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=125).....	31
Tablo 4-2: Hastaların hastalığı ile ilgili özellikleri (n=125).....	32
Tablo 4-3: HADÖ madde toplam puan analizi (n=125).....	34
Tablo 4-4: HADÖ doğrulayıcı faktör analizi (n=125).....	36
Tablo 4-5: HADÖ uyum iyiliği kriterleri	37
Tablo 4-6: HADÖ açıklayıcı faktör analizi (n=125).....	38
Tablo 4-7: HADÖ test-tekrar test puanlarının korelasyon analizi (n=125).....	40
Tablo 4-8: HADÖ madde toplam puan analizi (n=125).....	42-43
Tablo 4-9: Ölçeğin faktör puanlarına ait tanımlayıcı analizler.....	44
Tablo 4-10: Ölçeğin Türkçe halinde faktörler arasındaki ilişkiler.....	45
Tablo 4-11: Yaş gruplarına göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125).....	46
Tablo 4-12: Medeni Duruma göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125).....	48
Tablo 4-13: Cinsiyete göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125).....	50
Tablo 4-14: HIV tanısı alma yılına göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125).....	51
Tablo 4-15: ART başlanma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125).....	53

Tablo 4-16: HIV pozitif olduğunu paylaşma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125).....	55
Tablo 4-17: Aile ile paylaşma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125).....	56
Tablo 4-18: Eşi ile paylaşma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125).....	58
Tablo 4-19: Kardeşi ile paylaşma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125).....	59
Tablo 4-20: Arkadaşı ile paylaşma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125).....	61
Tablo 4-21: Diğer kişilerle paylaşma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125).....	62

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: HIV enfeksiyonunun doğal seyri.....13

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AIDS: Acquired Immundeficiency Sendrom (Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu)

ART: Antiretroviral Tedavi

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CMC: Cytomegalovirüs

EIA: Enzim immünoassay

ELISA: Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

Gp: Glikoprotein

HAART: Highly Active Antiretroviral Therapy

HASI-P: HIV/AIDS Stigma Instrument - PLWA

HADÖ: HIV/AIDS Damgalama Ölçeği

HIV: Human Immundeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin ölçümü

PCR: Polymerase Chain Reaction

PLWA: Person living with HIV/AIDS (HIV/AIDS ile yaşayan kişi)

PYD: Pozitif Yaşam Derneği

SB: Sağlık Bakanlığı

TC: Türkiye Cumhuriyeti

UNAIDS: Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı

WB: Western Blot

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü – DSÖ)

ÖZET

Çalışkan, P. (2011). HIV/AIDS Damgalama Ölçeğinin Türk Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma HIV/AIDS damgalama ölçeğinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma örneklemini, İstanbul ili Avrupa Bölgesinde iki üniversite ve üç Sağlık Bakanlığı hastanesi enfeksiyon hastalıkları polikliniğinde takipli olan HIV/AIDS’li hastalar (N:125) oluşturdu. Veriler araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan Hasta Bilgi Formu ve 33 maddelik HIV/AIDS Damgalama Ölçeği taslağı kullanılarak Ocak-Ekim 2010 tarihleri arasında toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, Cronbach Alfa katsayısı, Pearson korelasyon analizi, kapsam geçerlik indeksi, doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizi tekniklerinden yararlanıldı. Elde edilen analiz sonuçlarına göre HIV/AIDS Damgalama Ölçeği 6 alt boyut (sözlü saldırı, olumsuz benlik algısı, sağlık bakım ihmali, sosyal izolasyon, bulaşma korkusu ve işyeri damgası) ve 32 maddeden oluştu. Ölçek maddelerinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,93; kapsam geçerlik indeksi 0,96; faktör yükleri 0,45–0,89; madde toplam puan korelasyonları 0,26 – 0,72 arasındadır. Sözlü saldırı, olumsuz benlik algısı, sağlık bakım ihmali ve bulaşma korkusu alt boyutlarında hastaların hiçbir demografik özelliklerine göre fark bulunmazken diğer alt boyutlarla sadece antiretroviral tedavi başlanma durumu arasında anlamlı farklar bulundu. Sonuç olarak HADÖ’nün Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, damgalama, geçerlik, güvenilirlik, damgalama ölçeği.

ABSTRACT

Caliskan, P. (2011). The Validity and Reliability of The HIV/AIDS Stigma Scale for Turkish Society. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Internal Medicine Nursing. Master Thesis. İstanbul.

This study was performed to determine the validity and reliability for Turkish society of the HIV/AIDS stigma scale.

The study sample was consisted of people living with HIV/AIDS (N:125) who were followed with infectious diseases clinic of three Ministry of Health hospitals and two university hospitals in İstanbul at the European Region. The data generated by the researcher, in line with literature data Patient Information Form and 33-item HIV/ AIDS stigma scale using the January-October 2010 between the draft was assembled. Analysis of data number, percentage, Cronbach's alpha coefficient, Pearson's correlation analysis, content validity index, confirmatory and exploratory factor analysis techniques were used. According to the results obtained from analysis of HIV/AIDS Stigmatization Scale, six sub-dimension (verbal abuse, negative self-perception, health care neglect, social isolation, fear of contagion and workplace stigma) and the 32 items occurred. Item Cronbach alpha reliability coefficient was 0.93; content validity index of 0.96, factor loadings from 0.45 to 0.89; item total score correlations from 0.26 to 0.72 between. Verbal abuse, negative self-perception, health care neglect and fear of contagion of any demographic characteristics of patients according to their status there was no difference between the other sub-dimensions, significant differences were found only in initiating antiretroviral therapy. As a result, a valid and reliable instrument for Turkish society HASI-P determined.

Key Words: HIV/AIDS, stigmatization, validity, reliability, stigma scale.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İlk defa 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde bir grup homoseksüel erkekte ve Haiti'den gelen göçmenlerde ender rastlanan Pnömocystitis jiroveci pnömonisi ve Kaposi sarkomu vakalarının tespit edilmesi ile AIDS hastalığı tanımlanmıştır. Araştırmacılar bu hastalığın daha önce literatürde rastlanmayan yeni bir hastalık olduğu konusunda birleşerek bu yeni hastalığa "AIDS" (Acquired Immunodeficiency Syndrome, Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu) adını vermişlerdir. 1983 yılında AIDS'e neden olan virüs HIV (Human Immunodeficiency Virus, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü) izole edilmiştir (Dokuzoğuz 2005; Badur 2007).

UNAIDS ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Aralık 2009 verilerine göre dünyada ortalama 33,3 milyon HIV ile enfekte insan yaşamaktadır. Tüm HIV enfekte vakaların % 95'inden fazlası gelişmekte olan ülkelerde, % 89'u da Sahra altı Afrika, Güney ve Güneydoğu Asya'da görülmektedir. Günümüzde HIV/AIDS hastalığı Sahra altı Afrika'da birinci, dünyada ise dördüncü ölüm nedeni olarak bildirilmektedir (Nicoll ve Gill 1999; Dokuzoğuz 2005; UNAIDS 2010).

Ülkemizde ilk defa 1985 yılında bir HIV pozitif hasta ve bir AIDS basamağına ulaşmış hasta bildirilmiş olup daha sonra her yıl HIV/AIDS vakalarının sayılarında giderek artma gözlenmiştir. Ülkemizde Haziran 2010 Sağlık Bakanlığı verilerine göre 4177 HIV/AIDS vakası vardır. Bunların 801'i AIDS basamağına ulaşmış, 3376 kişi ise taşıyıcıdır (Dokuzoğuz 2005; Yardım ve Vardar 2008; SB 2010).

HIV/AIDS hastalığı, tanımlandığı 1980'li yılların başlarında korunmasız yapılan homoseksüel cinsel temas ile bulaşmaktadır diye bilinirken, 1990'lı yıllardan sonra çoğu ülkede en sık korunmasız yapılan heteroseksüel cinsel temas ile ikinci sıklıkta damar içi madde kullananların ortak paylaştığı enjektör ile üçüncü sıklıkta ise korunmasız yapılan homoseksüel cinsel temasla bulaşmaktadır (Dokuzoğuz 2005; Bulduk, Esin ve Umut 2006).

HIV/AIDS hem Türkiye hem de dünyada hızla yayılmaktadır ve toplumda hastalığa karşı önyargı, korku ve damgalama da yaygın olarak görülmektedir (Bulduk ve ark 2006). Bunun en önemli nedeni ise ilk AIDS vakasının rapor edilmesinden bu yana hastalık etkeninin hızla yayılması, yol açtığı kayıpların fazla olması, etkili bir

tedavi/aşının henüz bulunamamış olmasıdır. Yaşanan süreçte hastalığa karşı toplum ve bireylerde gerçek ve gerçek olmayan korkular sonucunda sosyal önyargılar gelişmiş, bu durum hastaların; korku, sessizlik, şiddet, inkâr, damgalama gibi olumsuz tutumlara maruz kalmasına neden olmuştur (Terzioğlu 2004).

Damgalama bir kişiyi diğerlerinden ayıracak şekilde o kişinin gözden düşürülmesi, diğer insanlardan aşağı görülmesi, genel anlamda kötülenmesidir (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003; Holzemer ve ark 2007a). Damgalama, hastanın tedaviye başvurmasını ve rehabilitasyon programlarına katılmasını engellemekte dolayısıyla da onların toplum dışında kalmalarına yol açabilmektedir (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003).

HIV/AIDS konusunda önyargı ve damgalamanın bu hastalığın bildirimini engellediği ve bu toplumsal korku nedeniyle bulaşın arttığı belirtilmektedir. Toplum bir yana, hasta bireylerin en yakını olan aileler dahi bu önyargı ve damgalamayı yaşamakta ve yaşatmaktadır. AIDS tanısına ailenin ve arkadaşların ilk duygusal tepkileri ölümcül bir hastalık tanısının konulmasıyla ilgilidir. Bu duygulara, AIDS'in bulaşmasına neden olduğu bilinen ve toplum tarafından onaylanmayan homoseksüellik ya da damar içi uyuşturucu kullanımıyla ilgili olumsuz duygular eşlik etmektedir (Duyan 2001; Holzemer ve Uys 2004; Karadeniz, Altıparmak ve Yanikkerem 2004; Oran ve Şenuzun 2008).

HIV/AIDS'e karşı önyargı ve damgalama tüm dünyada korunma, bakım ve tedaviyi olumsuz yönde etkilemektedir. Ülkemizde HIV/AIDS'li hastalara yönelik damgalamayı ölçen ölçek çalışmalarının olmamasından dolayı yeni ölçeklerin geliştirilmesi veya varolan ölçeklerin Türk toplumuna uyarlanması gerekmektedir. Bu gereksinimi karşılamak üzere gerçekleştirilen çalışma HIV/AIDS Damgalama Ölçeğinin (HIV/AIDS Stigma Instrument - PLWA (HASI-P)) Türk toplumu için geçerliğini ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

AIDS immün sistemin zayıflaması ile fırsatçı enfeksiyonların tabloya eklendiği bir enfeksiyon hastalığıdır. 1981’de ilk vakanın bildirilmesinden sonra vaka sayısı giderek artmış ve günümüzde tüm dünyayı etkileyen bir pandemi haline gelmiştir. 2009 yılında tüm dünyada toplam hasta ve taşıyıcı sayısı 33.3 milyona ulaşmıştır (UNAIDS 2010). HIV/AIDS yalnızca erişkinleri değil, bebek, çocuk, genç, yaşlı demeden ırk, cinsiyet, ülke, yaş ayrımı yapmadan herkesi tehdit eden, henüz tam tedavisinin ve aşısının bulunmadığı bir hastalıktır.

2.1. HIV/AIDS Tanımı

Edinsel immün yetmezlik sendromu (Acquired Immunodeficiency Syndrome – AIDS), insan immün yetmezlik virüsü (Human Immunodeficiency Virus – HIV) ile enfeksiyon sonucunda ortaya çıkan hastalık durumudur. AIDS’de immün sistem yıkıma uğradığından, vücut direnci azalmakta ve sağlıklı kişilerde enfeksiyon yapmayan bazı mikroorganizmalar AIDS’li hastalarda çok ciddi hastalıklara ve Kaposi sarkomu, lenfoma gibi kanser türlerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Sünter ve Pekşen 1996, Murphy, Flaherty ve Taiwo 2009).

İlk kez 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde bir grup homoseksüel erkekte ve Haiti’den gelen göçmenlerde ender rastlanan Pnömocystitis jiroveci pnömonisi ve Kaposi sarkomu vakalarının tespit edilmesi ile AIDS hastalığı tanımlanmıştır. Araştırmacılar bu hastalığın daha önce literatürde rastlanmayan yeni bir hastalık olduğu konusunda birleşerek bu yeni hastalığa AIDS adını vermişlerdir (Tümer ve Ünal 2001; Badur 2007).

1983 yılında AIDS’e neden olan virüs HIV izole edilmiştir. HIV’in başlıca iki tipi vardır. HIV – 1 dünya çapında yaygın olarak bulunan tipi iken, HIV – 2 ise en fazla Batı Afrika’da görülmektedir.

2.1.1. Virüsün Yapısı

HIV, lentivirüs ailesine ait bir retrovirüstür. 100-110 nm çapında, kor bölgesi kısaltılmış koni şeklinde, pozitif polariteli iki RNA içeren, çift katlı zarflı ve zarfında 72 adet peplomer bulunan küresel görünümlü bir virüstür (Özbal 2007). HIV’in M, O ve N

olmak üzere üç farklı genetik grubu vardır. M grubu da nükleotid benzerliklerine göre (A, B, C, D, F, G, H, J ve K) dokuz alt gruba ayrılır (Ünal ve Sain 2002; Özbal 2007; Midilli 2007).

Lipid zarf içinde ve yüzeyinde virüse ait glikoproteinler (gp 120 ve gp 41) yer alır. Gp 120 HIV'in hücre yüzeyindeki reseptörlere tutunması ve birleşmesinde rol oynar. Transmembran proteini olan gp 41 ise virüsün hücre içerisine girişinde membranlar arası füzyon yapma özelliğine sahiptir (Leblebicioğlu 1996; Midilli 2007; Murphy ve ark 2009).

2.2. Dünyada HIV/AIDS

HIV/AIDS hastalığı bir bölge ya da bazı ülkeler için sorun oluşturan bir hastalık değil, tüm dünyayı tehdit eden bir hastalıktır. Tanımlandığı 1981 yılından bu yana HIV/AIDS hastalarının sayısında ve AIDS'e bağlı ölümlerde artış devam etmektedir. ABD'de ilk 100.000 vaka 1981-1989 arasında sekiz yıllık sürede rapor edilirken, ikinci 100.000 vaka ise sadece 1989-1991 arasındaki iki yıllık sürede bildirilmiştir (Cock ve Weiss 2000; Ünal ve Sain 2002).

AIDS'in dünyaya yayılımı her zaman için beklenenden daha hızlı olmuştur. Virüs tanımlandıktan 10 yıl sonra, 1993 yılında dünyada HIV/AIDS ile yaşayan insan sayısı 13,2 milyona; 2009 yılında ise 33,3 milyona ulaşmıştır (Dokuzoğuz 2005, UNAIDS 2010). UNAIDS ve DSÖ'nün Aralık 2009 verilerine göre dünyada HIV/AIDS tanısı ile izlenmekte olan 33,3 milyon kişinin; 30,8 milyonu erişkinlerden ve 2,5 milyonu da çocuklardan (<15 yaş) oluşmaktadır. 2009 yılı boyunca 1,8 milyon kişi bu hastalık nedeniyle yaşamını yitirmiş, 2,6 milyonda yeni HIV pozitif vaka bildirilmiştir. Bu sayılara günde 7.000'den fazla yeni vaka eklenmektedir (UNAIDS 2010).

AIDS epidemisinin başlarında % 20 olan kadın erkek oranı günümüzde % 40-50'lere yükselmiştir (Tümer ve Ünal 2001). AIDS tüm dünyada kadın ve genç kızları gittikçe daha çok etkilemektedir. UNAIDS ve DSÖ'nün Aralık 2009 verilerine göre dünyada 15,9 milyon kadın (% 47,8) HIV/AIDS tanısı ile izlenmektedir (UNAIDS 2010).

HIV/AIDS vakalarının dünya üzerindeki dağılımı önemli farklılıklar göstermektedir. HIV enfeksiyonunun görülme sıklığı açısından ilk sırayı Afrika kıtası

alırken onu sırasıyla Asya, Amerika ve Avrupa izlemektedir. Aralık 2009 verilerine göre toplam 33,3 milyon vakanın 22,5 milyonu Sahra Altı Afrika'dan, 4,1 milyonu ise Güney ve Güneydoğu Asya'dan bildirilmiştir (Morison 2000; UNAIDS 2010).

Enfeksiyonun yayılım şekli ve hızı da dünya üzerindeki coğrafik bölgelere göre belirgin farklılıklar gösterir. Kuzey Amerika, Avrupa ve Avustralya gibi bölgelerde yayılım büyük oranlarda homoseksüel ve biseksüel cinsel temas yoluyla ve damar içi madde kullananların ortak paylaştığı enjektörler nedeniyle olmaktadır. Karayipler ve Sahra Altı Afrika ülkelerinde ise yayılım büyük çoğunlula heteroseksüel cinsel temas ve perinatal yolla anneden çocuğa geçiş şeklinde olmaktadır. Kuzey Afrika, Orta Doğu ve Asya ülkelerinde ise heteroseksüel cinsel temas ve damar içi madde kullananların ortak paylaştığı enjektörler nedeniyle olmaktadır (Simon, Ho ve Karim 2006; UNAIDS 2010).

2.3. Ülkemizde HIV/AIDS

Ülkemizde ilk defa 1985 yılında bir HIV pozitif hasta ve bir AIDS basamağına ulaşmış hasta bildirilmiş, daha sonra her yıl HIV/AIDS vakalarının sayılarında giderek artma gözlenmiştir (Tümer 2006). Haziran 2010 Sağlık Bakanlığı verilerine göre 801'i AIDS basamağında ve 3376'sı taşıyıcı olmak üzere toplam 4177 HIV ile enfekte kişi bulunmaktadır. Ancak ülkemizde sağlık kayıt sistemlerinin özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda yeterli çalışmaması ve hastalığın uzun süren asemptomatik döneminin olması nedeni ile gerçek rakamların bunun çok üstünde olduğu tahmin edilmektedir (Tümer ve Ünal 2001; Ay ve Karabey 2006).

Türkiye'de ilk vakaya 1985 yılında tanı konmuş ve o tarihten itibaren 1992 yılına kadar vaka ve taşıyıcı sayılarında bir önceki yıla göre fazla artış saptanmazken, 1992 yılından beri vaka sayılarında katlanarak artma gözlenmektedir (Tablo 2-1) (Tümer ve Ünal 2001).

Tablo 2-1: AIDS vaka ve taşıyıcılarının yıllara göre dağılımı

Yıllar	AIDS	Taşıyıcı	Toplam
1985	1	1	2
1986	2	3	5
1987	7	27	34
1988	9	26	35
1989	11	20	31
1990	14	19	33
1991	17	21	38
1992	28	36	64
1993	29	45	74
1994	34	52	86
1995	34	57	91
1996	37	82	119
1997	38	105	143
1998	29	80	109
1999	28	91	119
2000	46	112	158
2001	40	144	184
2002	48	142	190
2003	52	145	197
2004	47	163	210
2005	37	295	332
2006	35	255	290
2007	24	352	376
2008	49	401	450
2009	75	453	528
2010 *	30	249	279
Toplam	801	3376	4177

* 2010, ilk 6 ay verileridir.

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Daire Başkanlığı: HIV/AIDS Surveyans Verileri, Haziran (2010).

Tablo 2-2: AIDS vaka ve taşıyıcılarının yaş ve cinsiyete göre dağılımı

Yaş Grupları	Erkek	Kadın	Toplam
0-14	39	38	77
15-49	2213	948	3161
50 ve üzeri	488	149	637
Bilinmeyen	205	97	302
Toplam	2945	1232	4177

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Daire Başkanlığı: HIV/AIDS Surveyans Verileri, Haziran (2010).

Ülkemizde HIV/AIDS vakalarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında % 70,5 erkek ve % 29,5 kadın olduğu gözlenmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de AIDS vaka ve taşıyıcılığının en sık görüldüğü yaş grubu 15-49 yaş (% 75,6) arasındır.

Tablo 2-3: AIDS vaka ve taşıyıcılarının olası bulaşma yoluna göre dağılımı

Olası Bulaşma Yolu	Sayı	Oran (%)
Homo/biseksüel cinsel temas	363	8,7
Damar içi madde bağımlılığı	141	3,4
Homo/biseksüel cinsel temas + damar içi madde bağımlılığı	6	0,1
Hemofili hastalığı	11	0,2
Transfüzyon	55	1,3
Heteroseksüel cinsel temas	2353	56,3
Enfekte anne bebeği	65	1,5
Nozokomiyal bulaşma	22	0,5
Bilinmeyen	1161	28
Toplam	4177	100

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Daire Başkanlığı: HIV/AIDS Surveyans Verileri, Haziran (2010).

Ülkemizde hastalığın yayılmasında en önemli yol heteroseksüel cinsel temastır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre vakaların % 56,3'ü hastalığı heteroseksüel cinsel temas yoluyla almıştır (Ünal ve Sain 2002; Dokuzoğuz 2005).

Ülkemizde diğer ülkelerde olduğu gibi HIV/AIDS giderek yayılmaya devam etmektedir (Tümer ve Ünal 2001). Bunun başlıca nedenleri:

- Ülke nüfusunun genç olması: HIV/AIDS tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en sık 15-49 yaş arasında görülmektedir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgilerin kısıtlı olması,
- Turizm sektörünün ülkemizde giderek gelişmesi,
- Kayıtsız çalışan seks işçilerinin artması,
- Nüfus hareketliliği,
- Yurt dışında çalışan işçi popülasyonu,
- Damar içi madde kullanımının giderek artmasıdır (Tümer 2006).

2.4. HIV/AIDS'in Bulaşma Yolları ve Korunma

HIV/AIDS tedavisinde başarının sınırlı olması ve etkin bir aşısının bulunamaması nedeniyle HIV enfeksiyonundan korunma, virüsün cinsel yolla, kan yoluyla ve anneden bebeğe geçişini önleme esasına dayanmaktadır (Öztürk 2007b; Baykam 2007).

Bütün enfeksiyon hastalıkları gibi HIV/AIDS de önlenebilir bir hastalıktır ve her hastalıkta olduğu gibi korunma önlemleri tedaviden daha güvenli ve ekonomiktir (Babayiğit ve Bakır 2004). Eğitim ile korunmayı öğrenmek, öğretmek ve davranış değişikliğinde bulunulmasını sağlamak hastalığın yayılmasını önlemede en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir (Uzun 1998; Babayiğit ve Bakır 2004).

HIV enfeksiyonu başlıca üç yolla bulaşmaktadır.

- Cinsel yolla bulaşma
- Kan ve kan ürünleriyle bulaşma
- Enfekte anneden bebeğe bulaşma

2.4.1. Cinsel Yolla Bulaşma ve Korunma

HIV enfeksiyonunun en önemli bulaş yolu cinsel temastır. Korunmasız yapılan her türlü cinsel temasla (vajinal, oral ve anal) virüs bulaşabilmektedir (Tümer ve Ünal 2001). Tek bir cinsel temas ile hastalık bulaşması olasılığı partner sayısı, toplumda HIV enfeksiyonunun yaygınlığı gibi faktörlere bağlıdır. Kişinin biyolojik özellikleri ve çeşitli davranışları da HIV'in cinsel yolla bulaşmasını kolaylaştırabilmektedir. Anal ilişki vajinal ilişkiye göre HIV bulaşması açısından daha risklidir (Dokuzoğuz 2005; Öztürk 2007b).

Korunmasız cinsel ilişkide virüsün enfekte erkekte kadına bulaşma riski, enfekte kadından erkeğe bulaşma riskinden 20 kat fazladır. Mukoza bütünlüğünü bozan, özellikle genital ülserlerle seyreden cinsel yolla bulaşan hastalıkların varlığı bulaşma riskini arttırmaktadır. HIV-1, HIV-2'ye göre cinsel yolla üç kat daha fazla bulaşma olasılığına sahiptir (Ünal ve Sain 2002; Dokuzoğuz 2005).

En sık bulaşma korunmasız yapılan cinsel temasla olduğu için bu yolla korunma büyük önem taşımaktadır. Cinsel yolla HIV bulaş riskini tamamen ortadan kaldırmak HIV ile enfekte kişilerle cinsel temasa girmemekle veya cinsel partnerinle karşılıklı olarak tek eşli yaşayarak mümkündür. Ancak birçok kişi cinsel partnerinin HIV ile enfekte olup olmadığını bilmemektedir. Bulaş riskini tamamen ortadan kaldırmamakla birlikte, azaltacak önlemler şunlardır:

1. Kondom kullanımının teşvik edilmesi ve yaygınlaştırılması.
2. Cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkların tedavisi.
3. Güvenli cinsel temasın yaygınlaştırılması (Uzun 1998; Baykam 2007).

Cinsel temas sırasında kondom (prezervatif) kullanılması en etkili korunma yöntemidir. Kondom kullanılmasının koruyuculuğunda, kondomun lateks olması, doğru ve devamlı kullanılması, yırtık veya delik olmaması kaydıyla ispatlanmıştır. Kadınlar için özel olarak hazırlanmış kondomlar da doğru ve devamlı kullanımda etkili olmaktadır (Uzun 1998; Tümer ve Ünal 2003).

2.4.2. Kan ve Kan Ürünleriyle Bulaşma ve Korunma

HIV tam kan, kan hücreleri, plazma ve pıhtılaşma faktörleri ile bulaşabilmektedir. AIDS fark edilmeden önceki dönemde yaklaşık 30.000 kişinin bu yolla hastalığa yakalandığı tahmin edilmektedir (Dokuzoğuz 2005; Ünal ve Özkaya 2008).

HIV damar içi madde bağımlılarına, kan ve kan ürünü transfüzyonu alıcılarına ve organ ve doku nakli alıcılarına bulaşabilir (Ünal ve Özkaya 2008). Damar içi madde bağımlılarında bulaş riski ilaç kullanım süresine, enjektör ve iğne paylaşma sıklığına bağlı olarak artar. Madde bağımlısı olanların ekonomik nedenlerle para karşılığı seks yapabilmeleri ve ilacın etkisi ile birden çok partnerle ilişkiye girebilmeleri de bu riski artırmaktadır (Dokuzoğuz 2005).

Kan veya kan bulaşmış vücut sıvılarıyla temasla sağlık personeline HIV bulaşabilir. HIV ile enfekte iğne batmasını sonucu HIV bulaşma riski % 0,3'tür. Deri yada mukozanın kanlı vücut sıvılarıyla teması sonucunda HIV bulaşma riski % 0,09'dur (Ünal ve Sain 2002). Yaralanmanın derinliği, yaralanmaya neden olan aletin göz ile görülebilir şekilde kan ile kontamine olması, yaralanmaya neden olan iğnenin kalınlığı ve çeşidi, maruz kalınan kan ya da beden sıvısının miktarı ve maruz kalma süresi gibi faktörler HIV ile bulaş riskini önemli ölçüde arttırmaktadır (Tümer ve Ünal 2001).

Kanda virüsün yoğun miktarda bulunması nedeniyle, virüsü taşıyan kişilerden alınmış kan ve kan ürünleri ile hastalık bulaşabilmektedir. 1985 yılında antikor testlerinin bulunması ile dünyanın her yerinde kan ve kan ürünlerinin hastaya verilmeden önce HIV yönünden test edilmesi zorunlu hale getirilmiştir. Ülkemizde 1987 yılından beri tüm kan ve kan ürünleri test yapıldıktan sonra hastaya verilmektedir. Ancak hastalığın pencere döneminin olması ve acil durumlarda test yapılmadan kan ve kan ürünlerinin kullanılabilmesi, bu yolla az oranda da olsa geçiş olduğunu bildirmektedir (Tümer ve Ünal 2001; Öztürk 2007b).

Organ ve doku nakilleri öncesinde testlerin yapılması HIV geçiş riskini en aza indirmektedir (Baykam 2007).

Damar içi madde kullanım alışkanlığının önlenmesi, tedavi edilmesi, ortak enjektör kullanım risklerinin anlatılması bu grup hastalarda HIV bulaşma riskini azaltmaktadır. Bazı Avrupa ülkelerinde ve ABD'de devlet tarafından temiz enjektör dağıtım programları uygulanmakta ve önemli ölçüde başarı sağlandığı bildirilmektedir (Tümer ve Ünal 2003).

HIV'in kan ve vücut sıvılarıyla bulaştığının anlaşılması üzerine sağlık kuruluşlarında tek kullanımlık tıbbi araç gereç kullanılması uygulamaya girmiştir. Bu uygulamalar kan yoluyla HIV bulaşmasını önemli ölçüde azaltmıştır (Dokuzoğuz 2005).

Sağlık personeli hastanın hikayesi ve fizik muayene ile HIV pozitif hastaları ayırt etme olanağına sahip olmadığından tüm hastaların kan ve diğer vücut sıvılarını enfekte kabul ederek evrensel önlemlere uygun çalışmalıdır. İğne batmasını engellemek için iğneler kullanıldıktan sonra plastik kılıfları tekrar takılmamalı, iğneler enjektörden çıkartılmamalı, eğilip bükülmemelidir (Babayiğit ve Bakır 2004; Öztürk 2007b).

2.4.3. Anneden Bebeğe Bulaşma ve Korunma

HIV pozitif bir kadın hamile kalırsa, virüsü gebelik döneminde, doğumda veya doğumdan sonra bebeğine bulaştırabilir. Gebelik döneminde bebeğe HIV bulaşı % 25-30 oranındadır. Annenin hastalığının primer enfeksiyon döneminde veya ileri evresinde olması perinatal geçiş riskini arttırmaktadır (Ünal ve Sain 2002; Erdem 2007).

HIV bulaşı annenin kan, servikal sekresyon veya amniyon sıvısına maruziyet nedeniyle en sık doğum sırasında olmaktadır. HIV doğumda % 25-44 oranında bebeğe bulaşmaktadır. Doğumun şekli de bebeğe HIV bulaşma riskini arttırmaktadır. Hem normal doğum hem de sezeryan sırasında virüs bebeğe bulaşabilmektedir (Mert ve Öztürk 2008).

Doğum sonrası bulaş özellikle gelişmemiş ülkelerde yaygın bir emzirme alışkanlığı olduğundan ve ekonomik nedenlerle emzirme dışında bir yöntemle başvurulmadığından siktir. Ancak HIV pozitif anneye gebeliğin son trimesterinde, doğumdan sonra da bebeğe antiretroviral tedavi başlanır ve elektif sezaryan uygulanırsa bu oran % 8-10'lara düşürülebilmektedir (Erdem 2007; Mert ve Öztürk 2008).

Anne bebek bulaşında en önemli korunma HIV'in erken tanınması ve önlemlerin alınmasıdır. Erken tanı ile gebeliğin sonlandırılması ya da devamı, bulaşın en az olacağı doğum şekline karar verilmesi, annenin ilaç tedavisi olarak korunması ve annenin psikolojik olarak desteklenmesi bebek sağlığı açısından önem taşımaktadır (Aslantekin ve Şenol 2004).

Gelişmiş ülkelerde anne sütü verilmemesi kolaylıkla önerilebilir. Fakat ekonomisi zayıf, gelişmemiş ülkelerde dünyaya gelen çocuklar için tek beslenme kaynağı olan anne sütünün engellenmesinin olumlu ve olumsuz yönleri düşünülerek karar verilmesi daha uygun olacaktır (Ünal ve Özkaya 2008).

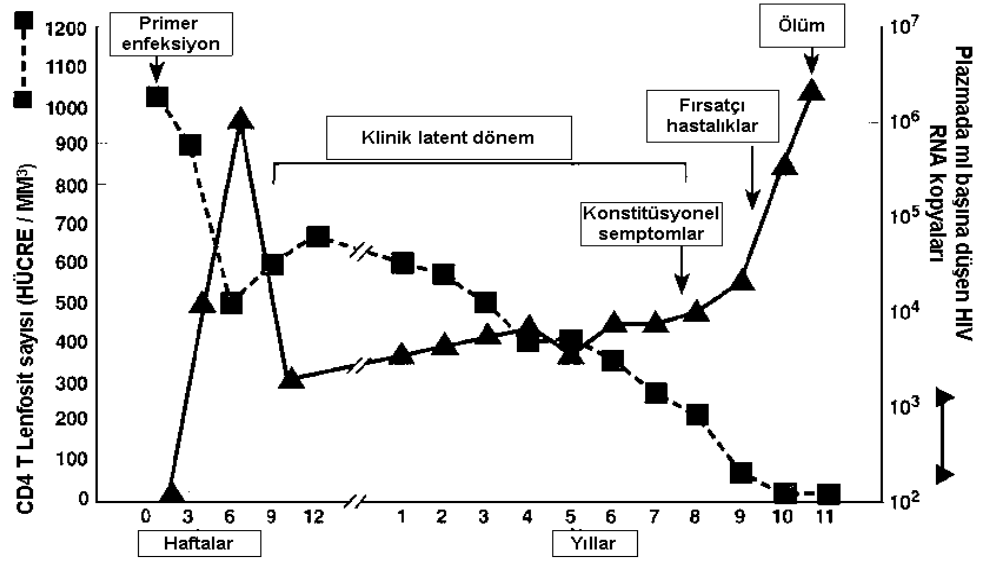
HIV'in bulaşmadığı durumlar:

HIV birçok vücut sıvısında bulunmasına rağmen sadece kan, semen ve vajinal sekresyonlar aracılığıyla bulaşabilmektedir. Dokunmak, el sıkışmak, sarılmak, aynı yerde oturmak, aynı saunayı, havuzu, banyoyu, tuvaleti kullanmak, giysilerin ortak kullanımı, ter, sivrisinek, böcek, arı sokması ile HIV bulaşmamaktadır (Leblebicioğlu 2007).

2.5. HIV Enfeksiyonunun Doğal Seyri

HIV enfeksiyonu, insan immün yetmezlik virüsünün bulaşmasıyla başlar. Enfeksiyonunun doğal seyri, 8-12 yıl arasında gelişen, farklı dönemler içeren bir süre olarak tanımlanır. Enfeksiyon şekil ve seyir olarak birçok değişkenlik göstermesine rağmen üç belirgin dönemi vardır (Ünal ve Sain 2002, Öztürk 2007a).

- a) Primer HIV enfeksiyonu
- b) Kronik asemptomatik dönem
- c) AIDS dönemi



Kaynak: Sain, G. (2000) HIV enfeksiyonunun sınıflandırılması ve doğal seyri. Modern Tıp Seminerleri Dizisi, Sayı 10: AIDS, Ankara: Güneş Kitabevi, p.29.

Şekil 2-1: HIV enfeksiyonunun doğal seyri

2.5.1. Primer HIV Enfeksiyonu

İnsan immün yetmezlik virüsünün bulaşması ve sonrasında virüse özgü antikor cevabının tamamlandığı dönem için kullanılan ifadedir. Akut HIV enfeksiyonu, akut retroviral sendrom, akut serokonversiyon sendromu olarak da isimlendirilir (Öztürk 2007a).

Virüs alındıktan semptomlar başlayana kadar geçen süre genellikle 2-4 haftadır. Hastaların % 40-90'ında değişik ağırlıkta klinik belirtiler olabilir. Ateş, adenopati, farenjit, döküntü, myalji, diyare, bulantı, kusma ve meningoensefalit görülebilir. Primer enfeksiyona eşlik eden akut klinik sendrom HIV enfeksiyonuna özgü olmadığı için, tanı laboratuvar testleri ile desteklenmelidir. Bu dönem akut dönem olduğundan antikorlar henüz gelişmemiştir. Bu dönemde serum HIV p24 antijeni saptanabilir (Ünal ve Sain 2002; Çağatay 2007).

2.5.2. Kronik Asemptomatik Dönem

Primer HIV enfeksiyonunu uzun bir klinik latent (ortalama 10 yıl) dönem izler. Bu dönemin uzunluğu enfeksiyonun bulaşma yoluna, hastanın yaşına, virüsün

virulansına bağılı olarak değişir. Aseptomatik dönemde hastalarda nadir olarak yüksek ateş, kilo kaybı ve halsizlik gibi semptomlar da olabilir. CD4 T lenfosit sayısı 200-500/mm³tür (Çağatay 2007).

2.5.3. AIDS Dönemi

Bu dönem bağışıklık yanıtında çökme, plazma viral yükünde dramatik bir artış ve klinik hastalıklarla karakterizedir. Tipik olarak bir aydan daha uzun süren ateş, kilo kaybı ve diyare ile başlar; bir süre sonra ağır fırsatçı enfeksiyonlar, sekonder neoplaziler ve klinik nörolojik hastalıklar görölmeye başlar. CD4 T lenfosit sayısı 200/mm³'ün altına inmiştir ve antiretroviral tedavi almayan hastalarda bu dönem 2-3 yıl içinde ölümlle sonuçlanır (Ünal ve Özkaya 2008). Bu hastalarda ölüm ve fırsatçı enfeksiyon riski CD4 T lenfosit sayısı 50 kopya/ml altına düştükçe artmaktadır (Çağatay 2007).

2.6. HIV Enfeksiyonunun Sınıflandırılması

CDC, ilk AIDS olgularının bildirilmesinden sonra sörveyans çalışmalarını başlatmış ve edinsel immün yetmezlik göstergesi olan, fırsatçı enfeksiyonlar ve nadir olarak görölen bazı kanserleri temel alan AIDS sörveyans olgu tanımlamaları geliştirmiştir. Bu çalışmaların sonucunda 1993 yılında son şekli yeniden düzenlenen olgu tanımları, bütün dünyada hastalığın tanınması, izlenmesi ve bildiriminde kullanılmaktadır (Çağatay 2007).

Tablo 2-4: HIV enfeksiyonunun sınıflandırılması (CDC, 1993)

KATEGORİ			
	A	B	C
CD4 sayısı (/mm ³)	Aseptomatik, akut HIV veya PGL*	Semptomatik, A veya C olmayan	AIDS göstergesi hastalıklar
>500	A1	B1	C1
200-499	A2	B2	C2
<200	A3	B3	C3

Kaynak: Çağatay, A. (2007). Edinsel immün yetersizlik sendromu. Büyüköztürk, K. (Editör). İç Hastalıkları. Cilt 1, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, p.1357.

* PGL – Persistan Generalize Lenfadenopati

Kategori A

- Asemptomatik HIV enfeksiyonu
- Sebat eden yaygın lenfadenopati
- Akut retroviral sendrom

Kategori B

- Basilli anjiomatoz
- Oral veya reküran vulvovajinal kandidiyaz
- Servikal displazi
- Konstitusyonel semptomlar (38,5 °C ateş, 1 aydan uzun süren diyare)
- Oral saçlı lökoplaki
- Herpes zoster
- İdiyopatik trombositopenik purpura (ITP)
- Listeriyoz
- Pelvik inflamatuvar hastalık
- Periferik nöropati

Kategori C

- CD4 hücre sayısının 200/mm³'ün altında olması
- Özofagiyal, bronşiyal yada trakeal kandidiyaz
- Akciğer dışı koksidiomikoz
- İnvaziv serviks kanseri
- Kronik intestinal kriptosporidiyoz (1 aydan uzun süren)
- CMV retinitisi; karaciğer, dalak ve lenf gangliyonları dışında CMV'nin saptanması
- HIV'e bağlı ensefalopati
- Kronik herpes simpleks ülserleri, bronşiti, pnömonisi yada özofajiti
- Akciğer dışı histoplazmoz

- Izosporoz
- Kaposi sarkomu
- Lenfoma (Hodgkin dışı lenfoma, burkitt, primer beyin)
- Akciğer dışı Mycobacterium avium-intracellulare complex veya
- Mycobacterium tuberculosis enfeksiyonu (Akciğer veya akciğer dışı)
- Pneumocystis jiroveci pnömonisi
- Reküran pnömoni
- Progressif multifokal lökoensefalopati
- Reküran salmonelle bakteriyemisi
- Serebral toksoplazmoz
- HIV'e bağlı erime (wasting) sendromu

2.7. HIV Enfeksiyonunun Tanısı

1981 yılından bu yana kaydedilen gelişmeler AIDS'i ölümcül bir hastalık olmaktan çıkarıp tedavi edilebilen kronik bir enfeksiyon haline getirmiştir (Yılmaz 2007).

HIV enfeksiyonunun laboratuvar tanısı HIV'e karşı oluşan antikor cevabının ölçülmesi ya da HIV'e ait bileşenlerin (viral RNA, proviral DNA, virüs özgül antijenleri, viral enzimler) saptanması yoluyla konulmaktadır (Ustaçelebi ve Engin 2000).

HIV enfeksiyonunun laboratuvar tanısında kullanılan testleri dört grupta toplamak mümkündür.

1. HIV'e karşı özgül antikorların gösterilmesi
2. HIV antijeninin tayini
3. Hücre kültüründe virüs izolasyonu
4. HIV'in nükleik asidinin gösterilmesi

2.7.1. HIV'e Karşı Özgül Antikorların Gösterilmesi: 1983 – 1984 yıllarında HIV'in izolasyonunun ilk kez bildirilmesinin ardından, 1985 yılında HIV'e karşı oluşmuş antikorları kanda saptayan ilk ticari kitler kullanıma girmiştir (Yılmaz 2007).

İlk üretilen birinci jenerasyon enzim immunoassay (EIA)'lar HIV ile enfekte hücre kültürlerinden elde edilen antijenler kullanılarak hazırlanmıştır (Yılmaz 2007).

Erişkinlerde ve 15 – 18 ayın üzerindeki çocuklarda HIV enfeksiyonunun tanısında en sık kullanılan yöntem, özgül HIV antikorlarının tayinidir. Enfeksiyonu takiben HIV antikorları iki hafta kadar sonra serumda saptanabilir, ancak genelde 2-3 ayı bulur (Yılmaz 2007).

HIV seropozitifliğini saptamada en sık kullanılan yöntem önce ELISA ile taramak, sonra reaktif bulunan serumları Western blot yöntemi ile doğrulamaktır. HIV antikorlarının tayininde kullanılan serolojik yöntemler iki grupta toplanır.

a) Tarama testleri

b) Doğrulama testleri

a) Tarama Testleri: Günümüzde başlangıç testi olarak ELISA (Enzim linked immunosorbent assay) kullanılmaktadır. ELISA kitlerinin özgüllük ve duyarlılıkları çok yüksektir. Ancak çeşitli nedenlere bağlı olarak yalancı pozitiflik ve negatifliklere yol açabilirler.

b) Doğrulama Testleri: Doğrulama testleri arasında Western blot (WB), Immunofloresan assay (IFA), Radioimmünopresipitasyon (RIPA) yer alır. En sık kullanılan test Western blottur. Western blot ile virüsün tüm yapı proteinlerine karşı oluşmuş antikorları ayrı ayrı saptamak mümkündür (Ustaçelebi ve Engin 2000).

2.7.2. HIV Antijen Tayini: Hastaların % 50 – 60, asemptomatik kişilerin % 10'unda p24 antijeni saptanır (Yılmaz 2007).

2.7.3. Hücre Kültüründe Virüs İzolasyonu: Zor, zaman alıcı ancak donanımlı belirli laboratuvarlarda uygulanabilen bir yöntemdir. Semptomlu kişilerde duyarlılığı % 100 ve semptomsuzlarda % 97 olarak bildirilmiştir (Yılmaz 2007).

2.7.4. HIV'in Nükleik Asidinin Gösterilmesi :En sık kullanılan yöntem PCR'dır. Son derece duyarlı ve özgül bir yöntemdir (Yılmaz 2007).

2.8. HIV Enfeksiyonunun Tedavisi

HIV/AIDS ilk ortaya çıktığı yıllarda, tedavisi olmayan bir hastalık olarak biliniyordu. Hastaların bağışıklık sisteminin bozulması, fırsatçı enfeksiyonların ve kanserlerin gelişmesi sonucu ölümün kaçınılmaz olduğu varsayıyordu. Fakat 1987 yılında virüse karşı ilk ilaç kullanılmaya başlandı ve bunu kısa süre içinde diğer ilaçlar izledi (Fincancı 2000).

Yeni ilaçların kullanılması ile birlikte HIV/AIDS'ten ölüm bir kader olmaktan çıktı. Antiretroviral tedavi adı verilen tedavi rejimleri ile hastaların çoğunda bağışıklık sisteminin bozulması engellenebiliyor, hatta bozulmuş olan bağışıklık sistemi yeniden düzeltilebiliyordu (Fincancı 2005).

Antiretroviral tedavinin hedefleri;

- Viral yükü maksimum olarak ve uzun süreli baskılamak,
- İmmunolojik fonksiyonları korumak ve iyileştirmek,
- Yaşam kalitesini artırmak,
- HIV'e bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır (Korten 2000; Türker ve Örmen 2006).

Tedavi ile bu amaçlara ulaşıldığında hastalığın ilerlemesi ve fırsatçı hastalıkların ortaya çıkması önlenmekte, yaşam süresi uzamakta ve kalitesi artmaktadır (Fincancı 2005).

HIV/AIDS enfeksiyonunda tedaviye bir kez başladıktan sonra hayat boyu devam etmek gerekir. Tedavi herhangi bir zamanda kesintiye uğrarsa o güne kadar elde edilmiş yararlar hızla kaybedilmeye başlar, ayrıca daha önce kullanılan ilaçlara direnç gelişme olasılığı artar (Afacan ve Menteş 2007).

HIV enfeksiyonlu her hastaya tanı konur konmaz tedavi önerilmez. Tedaviden elde edilecek yararların uzun süren ilaç kullanmanın zorluklarından daha fazla olması gerekir. Bu nedenle tedaviye başlamak için hastada HIV/AIDS' e ait klinik belirtilerin bulunup bulunmadığına, CD4 sayıları ile bağışıklık durumuna, HIV RNA düzeyine bakılarak karar verilir (Fincancı 2005; Eron 2005). HIV enfeksiyonu olan hastalarda tedaviye başlama kriterleri tablo 2-5'de gösterilmiştir.

Tablo 2-5: HIV enfeksiyonunda tedaviye başlama kriterleri

	CD4 T Hücre Sayısı	Plazma HIV RNA Düzeyi	Öneri
*AIDS göstergesi hastalık veya **ciddi semptomlar	Herhangi bir değer	Herhangi bir değer	Tedavi
Asemptomatik	CD4 T hücre <200/mm ³	Herhangi bir değer	Tedavi
Asemptomatik	CD4 T hücre 201-350/mm ³	Herhangi bir değer	Tedavi hastaya göre değerlendirilmelidir.
Asemptomatik	CD4 T hücre >350/mm ³	≥100.000 kopya/mL	Çoğu hekim tedavinin ertelenmesini önerirken, bazıları tedavi önermektedir.
Asemptomatik	CD4 T hücre>350/mm ³	<100.000 kopya/mL	Tedaviyi ertele

Kaynak: Neyzi, O., Özgülner, N., (2006). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tanı ve Tedavi Rehberi. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Yenilenmiş Üçüncü Basım, İstanbul: Aşama Matbaa, p.131.

*AİDS göstergesi hastalıklar 1993 CDC'nin yaptığı sınıflamaya göre

** Ciddi semptomlar; açıklanamayan ateş veya > 2-4 hafta diyare veya oral kandida enfeksiyonu veya > % 10 açıklanamayan kilo kaybı

HIV/AIDS tedavisinde kullanılan ilaçlara antiretroviral ilaçlar denir. HIV enfeksiyonunun tedavisinde 1996 yılından beri birden fazla antiretroviral ilacın birlikte kullanıldığı highly active antiretroviral therapy (HAART) olarak adlandırılan kombine tedavi kullanılmaktadır (Tünger, Çavuşoğlu ve Korkmaz 2005; Murphy ve ark 2009). Kombine rejimler en az üç ilacı içermelidir (Türker ve Örmən 2006).

Bugüne kadar yirmiden fazla antiretroviral ilaç ruhsat almıştır ve kullanılmaktadır. Bu ilaçlar nükleozid revers transkriptaz inhibitörleri (NRTI), non-nükleozid revers transkriptaz inhibitörleri (NNRTI), proteaz inhibitörleri (PI) ve füzyon inhibitörleri (FI) olmak üzere dört ana gruba aittirler (Eron 2005; Afacan ve Menteş 2007).

2.9. Damgalama (Stigmatizasyon) Tanımı

Stigma eski Yunanca bir sözcüktür: “yara, iz, işaret” anlamına gelir. Stigma ayrıca eski Yunanca’da dövme veya köleleri damgalama anlamında da kullanılmıştır (Adak 2010). Damga (stigma) bireyi toplumda normal insanlardan ayıran ve kabul edilemez olarak işaretleyen sıfat, özellik yada bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Duffy 2005; Adak 2010).

Damgalama (etiketleme veya stigmatizasyon) bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır alması, onları toplumdan dışlamasına kadar giden davranışlar bütünüdür. Birçok toplumda damgalama ilk olarak akıl hastalarına karşı geliştirilmiştir (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003). Damgalama kuramının öncüsü Amerikalı sosyolog Goffman (1963) damgalamayı, “damgalanan bireye daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi algılanmaması” olarak tanımlamıştır (Herek 1999; Holzemer ve Uys 2004; Holzemer ve ark 2007b). Goffman üç tür damgalama olduğunu belirtir: İlki fiziksel bozulmalar veya bedenden nefret etme, ikincisi kişilik özelliklerinin lekelenmesiyle ilgili damgalama ve üçüncüsü ise küçümşenen bir grubun üyeliğine veya din, ırk, ulusa ilişkin damgalamadır (Holzemer ve Uys 2004).

Damgalama ile damgalanan kişi yada grubun farklı olduğu vurgulanır ve bu farklılık nedeniyle de damgalanan kişilere bir çok olumsuz özellik yüklenir. Damgalamanın amacı ve sonucu ayırmak ve dışlamaktır. Damgalama etiketleme ile başlamakta, ayrımcılık ve dışlama ile sonlanmaktadır. Etiketleme olduğunda etiketlenen kişinin kimliği ve özellikleri artık çok da önemli değildir. Toplum etiketlenen bireyi gerçek kimliği ve davranışlarından bağımsız olarak algılar ve tutumlarını buna göre düzenler (Mahendra ve ark 2007; Kasapoğlu ve Kuş 2008).

Yeni bir fenomen olmayan damgalanın izleri, geçmiş zamanlarda da vardır. Herhangi bir hastalıktaki damgalamayı anlamının en kolay yolu, o hastalığın tarih boyunca nasıl algılandığına bakmaktır. İnsanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahip olan ve ilk damgalanan hastalıklardan olan cüzzam, tanrının insana verdiği bir kötülük olarak nitelendirilmiştir. 15. yüzyılda tüm Avrupa yakasını kasıp kavuran frengi, Orta Doğu’ya sıçramış, hastalığa yakalananlar tarih boyunca lanetlenmişlerdir. 18. yüzyılda adı konan tüberküloz tamamen aşağı sınıfın hastalığı olarak bilinmiştir. 1980’lerde ortaya çıkan ve önceleri homoseksüel hastalığı olarak bilinen AIDS hakkında “Allah’ın günahkarlara verdiği bir cezası” yorumları yapılmıştır (Oran ve Şenuzun 2008; Bilge ve Çam 2010).

HIV enfeksiyonuna yakalanmanın risk grupları olarak adlandırılan grupların bir üyesi olma ile ilgili olmadığı, riskli davranışları yapmanın bir sonucu olduğu kabul edilmelidir. Virüs temelde cinsel yolla bulaşmaktadır, bu nedenle cinsel davranışlarda değişiklik yapma bulaşı engelleyebilir. HIV/AIDS her düzeyde insan ilişkilerini etkilemekte ve insan ilişkilerinde kimi değişikliklere neden olmaktadır. Virüsün yayılma biçimleri, önyargı ve ayrımcı davranışları güçlendirmektedir. HIV/AIDS'in hemen hemen her ülkede yarattığı sosyal, ekonomik, yasal, siyasal, etik, kişisel, kültürel ve sağlıkla ilgili etkileri çok büyüktür (Duyan 2001; Duffy 2005; UNAIDS 2009).

2.10. HIV/AIDS'e İlişkin Damgalamaya Katkı Sağlayan Faktörler

HIV/AIDS'e ilişkin damga ve ayrımcılık çok boyutlu ve karmaşıktır. AIDS'in yaygın olduğu gruba bağlı olarak, AIDS'e ilişkin damgalama da değişir. AIDS Asya'nın çoğu ve Afrika'da heteroseksüeller arasında çok yaygındır. ABD'de ise homoseksüel ve biseksüel erkekler, uyuşturucu kullananlar, Haitili göçmenler, zenciler ve İspanyolları içeren marjinal gruplarda çok yaygındır. Buna bağlı olarak Afrika'da AIDS'le damgalananların çağrıştırdığı grup ile Amerika'daki grup çok farklıdır (Herek 1999; UNAIDS 2005).

HIV/AIDS'e ilişkin damgalamaya katkıda bulunan faktörler:

- HIV/AIDS yaşamı tehdit eden bir hastalıktır.
- HIV enfeksiyonları homoseksüellik, uyuşturucu kullanımı, seks işçiliği, rastgele cinsel ilişkiler gibi davranışlarla ilgilidir ki, bunlar pek çok toplumda damgalanmıştır.
- Pek çok insan cinsel yolla enfekte olur ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar daima damgalanmıştır.
- HIV/AIDS' in nasıl bulaştığına ilişkin pek çok yanlış bilgi mevcuttur.
- HIV enfeksiyonunun sıklıkla kişisel sorumsuzluk sonucu oluştuğu düşünülür.
- Dini veya ahlaki inançlar, bazı insanların HIV'le enfekte olanları ahlaki suçlarının bir sonucu olarak cezalandırılmayı hak edenler olarak düşünmelerine neden olur (Uys ve ark 2005; UNAIDS 2005).

Damgalamanın hayat bulduğu zemin önyargıdır. Damga, korkunun yanı sıra; AIDS'in seks, hastalık ve ölümlerle, yasadışı, yasak veya tabu olan tutumlarla ilişkilendirilmesinden doğmaktadır. AIDS'in sadece cinsel sapmalar ve sorumsuz cinsel davranışlar sonucu geliştiği önyargısı ise damgalamayı kolaylaştırmaktadır (Parker ve Aggleton 2003; Oran ve Şenuzun 2008).

2.11. HIV/AIDS Damgasının Hastadaki Etkileri

Hastalığın klinik seyrinin kötü oluşu, ölüm ve ölüm süreci ile ilgili kültürel tutumlar ve korkulara ölümcül hastalıklardan uzak durma eğilimi eşlik etmektedir. Dolayısı ile hastalığın toplumda önceden bir şekilde etiketlenmiş bireyler arasında yaygın olması ve yayılma biçimi; beraberinde mitleri, önyargı ve kaygılarla bağlantılı olarak toplumsal tepkileri de gündeme getirmektedir. Bu bağlamda HIV/AIDS'li bireylerin fiziksel ve nörolojik pek çok tıbbi rahatsızlığın yanı sıra iş, ev/konut sağlama, eğitim, hizmet alanı gibi karşı karşıya kaldığı toplumsal kayıplarla da başa çıkmaları gerekmektedir (Herek 1999; Duyan 2001; Terzioğlu 2004).

Desteğe en fazla ihtiyaç duyulan bir zamanda HIV/AIDS hastasının yaşamını trajediye çeviren kayıplar ve bunların olası nedenleri Tablo 2-6'da sunulmuştur

Tablo 2-6: HIV/AIDS'e bağlı kayıplar ve bunların nedenleri

Kayıplar	Kayıpların Nedenleri
İş	-Enfeksiyon -Hastalık sonucu ortaya çıkan sakatlıklar
Aile	-Korku -Damgalama -Baş edebilme becerisinin olamaması -AIDS'ten dolayı yakın çevresinden birinin ölmesi
Yakın çevre	-Korku -Damgalama -Baş edebilme becerisinin olamaması
Tıbbi bakım	-Sağlık/ Yaşam sigortasının yenilenmemesi -Mevcut sigortanın bakım masraflarını tam karşılamaması

Tablo 2-6'nın devamı

Kayıplar	Kayıpların Nedenleri
Maddi	-İş kaybı -Tıbbi bakım masraflarının artması
Sosyal destekler	-Korku -Damgalama -Baş edebilme becerisinin olamaması
Benlik saygısı ve gurur	-Kendini suçlama
Fiziksel ve duygusal temas	-Bulaş yolları hakkındaki gerçekçi olmayan korkular
Geleceğe ilişkin amaçlar ve arzular	-Kronik ve yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze gelmesi
Cinsel partner/eş	-Korku -Baş edebilme becerisinin olamaması
Ev hayvanları	-Patojenlerin olası taşıyıcı olma durumu
Yaşam tarzına ilişkin değişiklikler	-Günlük yaşamı etkileyecek düzeyde sağlık üzerine olumsuz etkilerinin olması

Kaynak: Duyan, V. HIV/AIDS hastalığının sosyal boyutu.

<http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/sosyal.shtml>

Birey, gizliliğini kaybetme korkusu yüzünden HIV olma olasılığını bilmemeyi tercih etmekte; işini kaybetme, damgalanma, ilişkilerini koparma, sosyal izolasyon ve hatta şiddet riskinden dolayı HIV olduğunu bilme yönünde çaba göstermemektedir. Bu durum da, HIV enfeksiyonlu bireyin, partnerlerine ve onunla ilişkili kişilere karşı koruma önlemlerini almasını engelleyebilmektedir (Herek 1999; Oran ve Şenuzun 2008).

Ayrıca damgalandığını ve ayrımcılık yapıldığını hisseden HIV/AIDS'li bireyler, önleme, teşhis ve tedaviye yönelik sağlık hizmetlerinden yararlanmada isteksiz davranabilmektedir. Damgalandığını hissetme ile ilgili utanç, bireylerin gönüllü olarak test, tedavi ve danışmanlık hizmetlerini almalarını engellemektedir. Çünkü HIV testi pozitif ise, sağlık personeli tarafından damgalanacağı korkusu ile bu hizmetlere ulaşamayacaklarını düşünebilirler. Bunun sonucunda birey HIV pozitif olduğunu bilse bile, bakımı geciktirebilir. Bu durumda hem hasta hem de sağlık bakım sistemi için maliyetin artması demektir (Cao ve ark 2006; Oran ve Şenuzun 2008; Kaplan 2008).

Baş döndürücü hızla ilerleyen tıbbın yetersiz kaldığı bu hastalığın meydana getirdiği fiziksel rahatsızlıklarla savaşmak zorunda olan hastalar; sosyal desteğin kaybedilmesi, izolasyon duygusu, dışlanma ve terk edilme korkusunun da tehdidi altındadır. Bu korkular ile hayatlarını sürdürmeye çalışan, hem yaşam denetimlerini hem de toplumsal statülerini önemli ölçüde yitiren hastalar, sorunlar karşısında yeni başa çıkma stratejileri geliştirirler. Sorunlarla başetmede sosyal desteğin önemi kaçınılmazdır. Ancak sosyal destekten yoksun kalan HIV/AIDS hastalarının çoğu kendilerini toplumsal yaşamdan izole etme yolunu tercih ederler ve bu durumda sorunlar/korkularla başa çıkmada saklanma ve soyutlanma yöntemlerini benimserler (Duyan 2001).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, HIV/AIDS Damgalama Ölçeğinin (HADÖ) Türk toplumda geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olup olmadığını belirlemek amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirildi.

Araştırmada yanıtlanması gereken sorular;

1. HIV/AIDS damgalama ölçeği Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?
2. HIV/AIDS damgalama ölçeği ile sosyodemografik özellikler ve hastalık özellikleri arasında anlamlı fark var mıdır?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Enfeksiyon Hastalıkları polikliniklerinde Ocak – Ekim 2010 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Enfeksiyon Hastalıkları polikliniklerine Ocak – Ekim 2010 tarihleri arasında başvuran tüm HIV/AIDS'li hastalar oluşturdu. Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında ölçek madde sayısının 5–10 katına ulaşılması gerekmektedir (Akgül 2003). Araştırmanın örneklem seçiminde 33 maddelik HIV/AIDS Damgalama Ölçeği için madde sayısının 5–10 katına (n=165–330) ulaşılması hedeflendi ancak çalışma 125 hasta ile tamamlandı.

Veri toplama aşamasında, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastaların olması, ülkemizde HIV/AIDS ile yaşayan hasta sayısının az olması nedeniyle yeterli örnekleme ulaşılamadı.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- a) Çalışmaya katılmaya istekli olan,
- b) İletişime ve işbirliğine açık olan,
- c) En az üç ay önceden HIV/AIDS tanısı alan,
- d) 18- 75 yaş arasında olan,
- e) Okur-yazar olan hastalar çalışmaya alındı.

Araştırmaya HIV/AIDS tanısını yeni alan ve okur-yazar olmayan hastalar alınmadı.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan ve hastaların tanıtıcı özelliklerini belirleyen Hasta Bilgi Formu (EK -1) ve HIV/AIDS Damgalama Ölçeği (HADÖ) (EK-2) kullanıldı.

İlk olarak Holzemer ve arkadaşları (2007a) tarafından geliştirilen HASI-P (EK7) (HIV/AIDS Stigma Instrument - Patient)'nin Türkçe'ye uyarlanması konusunda yazardan izin alındı (EK-5).

Veri toplamaya başlamadan önce İstanbul 1 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK-3), İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK-4) anabilim dalı başkanlarından ve klinik şeflerinden gerekli izinler alındı.

Araştırmaya katılan hastalara, araştırmanın amacı açıklanarak ve araştırmadan istedikleri zaman çekilebilecekleri söylenerek, araştırmaya katılanların sözlü onamı alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara verdikleri bilgilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtildi.

Veriler toplanırken poliklinikte bir odada, hastalarla yüz yüze görüşme yapıldı. Araştırma soruları hastaya okundu ve katıldığı madde işaretlendi. Görüşme 15-20

dakika sürdü. 15- 30 gün sonra, 30 hastaya test – tekrar test güvenilirliği için ölçek yeniden uygulandı.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Hasta Bilgi Formu

Hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren ve 11 sorudan oluşan hasta bilgi formu araştırmacı tarafından ilgili literatür bilgisi doğrultusunda geliştirildi. Hastaların demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve sosyal güvencesini) ve hastalığına ilişkin (kaç yılında HIV tanısı aldığı, tedavi alma durumu ve HIV pozitif olduğunu öğrendiğinde birisi ile paylaşma durumu gibi) değişkenleri içermektedir.

3.5.2. HIV/AIDS Damgalama Ölçeği (HADÖ)

Ölçek 2003-2006 yılları arasında Holzemer ve arkadaşları tarafından geliştirildi (2007a).

HIV/AIDS Damgalama Ölçeği 33 ifadeden oluşup hastaların son üç ay içinde deneyimlediği / yaşadığı olayları içeren üç bölümden oluşmaktadır.

- Birinci bölüm 21 ifadeden oluşup hastaların yaşadığı olayları,
- İkinci bölüm 7 ifadeden oluşup hastaların hastane ya da klinikte yaşanan deneyimlerine ait ifadeleri,
- Üçüncü bölüm ise 5 ifadeden oluşup hastaların duygu ve düşüncelerine ait ifadeler yer almaktadır (Holzemer ve ark 2007a).

Ölçeğin faktör yapısı altı alt boyutta dağılım göstermiştir. Bu alt boyutlar şunlardır: 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). Dörtlü likert tipi olan ölçekte, hiçbir zaman yanıtına 0 puan, bir ya da iki kez yanıtına 1 puan, birkaç kez yanıtına 2 puan ve çoğu zaman yanıtına 3 puan verilmiştir. Ölçek puanı; her bir alt boyuttaki maddelerin puan değeri toplanarak, o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi yoluyla hesaplanmıştır. Alınan yüksek puan algılanan damgalamanın fazla olduğunu göstermektedir.

3.6. HADÖ Türkçe Formu'nun Geçerlik ve Güvenilirliği

HADÖ Türkçe Formu'nun geçerlik ve güvenilirliği konuya ilişkin literatürler ve bu konuda uzman kişilerin görüşleri doğrultusunda yapıldı.

3.6.1 Dil Geçerliği

HADÖ'nün dil geçerliğine ilişkin yapılan çalışmada ilk olarak ölçek iki tıp doktoru, bir araştırma görevlisi ve her iki dili iyi bilen bir İngilizce dil bilimci tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrildi. Bu çevirilerden en uygun ifadeler seçilerek ölçeğe son şekli verildi. Daha sonra her iki dili iyi bilen bir İngilizce dil bilimci tarafından ölçeğin Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi yapıldı. Ölçeğin İngilizce ve Türkçe'si 7 uzman tarafından incelendi. Uzmanlardan her bir ölçek maddesinin uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini kapsam geçerlik indeksine (KGI) göre 1-4 puan arasında ["4 puan: Çok uygun", "3 puan: Oldukça uygun ancak ufak değişiklik gerekir", "2 puan: Biraz uygun/ifadenin revizyonu gerekir", "1 puan: Uygun değil" şeklinde] değerlendirmeleri istendi. Değerlendirmelerde ölçek maddelerinin % 80'inin 3 ve üzerinde puan alması beklendi, 3 puandan daha düşük puan alan maddeler tekrar gözden geçirilerek değişiklikler yapıldı. Ölçeğin KGI'si 0,96 bulundu. Alınan uzman görüşleri doğrultusunda ölçeğin dil geçerliği onaylandı. Ön uygulama yapılan hasta grubunda ölçekteki ifadelerin anlaşılır olduğu gözlemlendi. Uzmanların önerileri ve ön uygulama sonucunda ölçek son halini aldı (EK-2).

3.6.2. Test-Tekrar Test (Zamana Göre Değişmezlik)

Araştırmada ölçeğin ilk uygulamasına 125 hasta dahil edildi. Bu hastaların 30'una test-tekrar test yapıldı. İlk uygulamadan sonra test-tekrar test için hastaların telefon numaraları alındı ve tekrar test 15-30 gün sonra yapıldı. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğini sınamak için, iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon Pearson Momentler Çarpımı tekniği kullanılarak analiz edildi (Gözüm ve Aksayan 2003).

3.6.3. İç Tutarlık

Ölçeğin iç tutarlılık denetiminde Cronbach alfa kat sayısı ve toplam madde korelasyon analizleri uygulandı. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ne kadar yüksek olursa ($>0,60$) ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı olduğunu ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğunu gösterir. Literatürde toplam madde korelasyon puanlarının 0,25'in üzerinde olması, Cronbach alfa güvenilirlik

değerlerinin ise 0.50'den büyük olması ölçeklerin iç tutarlığının onaylanması için beklenen sınırlar olarak belirlenmiştir (Gözüm ve Aksayan 2003).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında kodlandı ve değerlendirilmesi uzman bir istatistikçi ile yapıldı. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizi için Cronbach alfa çözümlenmesi, toplam madde korelasyonu, test-tekrar test güvenilirlik ölçümleri, doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizinden yararlandı. Olguların tanımlayıcı özellikleri ile ilgili veriler sayı, yüzde, ortalama ile gösterildi. Karşılaştırmalı analizlerde t testi ve ANOVA kullanıldı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı kurumlarda HIV/AIDS polikliniğinin olmaması, hastaların takiplerine düzenli olarak devam etmemeleri ve birden çok kurumun olması veri toplama süresinin uzamasına neden oldu.

Ülkemizde HIV/AIDS'li hasta sayısının az olması, hasta kontrollerinin 3 veya 6 ayda bir yapılması, yeni tanımlı hastaların örnekleme alınamaması nedeniyle araştırma verilerinin toplandığı hastaneler ve tarihler arasında bu örnekleme oluşturan hastalar ile sınırlıdır.

Ülkemizde HIV/AIDS'e ilişkin damgalama ile ilgili çok az sayıda çalışma vardır. Bu durum verilerin tartışılmasını sınırlamaktadır.

4. BULGULAR

Araştırma, HIV/AIDS Damgalama Ölçeğinin (HADÖ) Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacı ile İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakóltesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Enfeksiyon Hastalıkları polikliniklerinde takipli olan 125 hasta ile gerçekleştirildi.

Araştırmada elde edilen bulgular;

1. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalığına ilişkin bulgular,
2. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin bulgular,
3. Hastaların sosyodemografik ve hastalığına ilişkin özellikleri ile HADÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular olmak üzere üç bölümde incelendi.

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalığına İlişkin Bulguları

Bu bölümde hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalığına ilişkin bulgularına yer verildi.

Tablo 4-1: Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=125)

Sosyodemografik Özellikler	n	%	
Yaş Grupları	20-29 yaş	13	10,4
	30-39 yaş	41	32,8
	40-49 yaş	40	32,0
	50-59 yaş	17	13,6
	60-70 yaş	14	11,2
Cinsiyet	Kadın	37	29,6
	Erkek	88	70,4
Medeni Durum	Evli	77	61,6
	Bekar	40	32,0
	Diğer (Dul, boşanmış)	8	6,4
Meslek	İşçi	25	20,0
	Serbest meslek	39	31,2
	Emekli	15	12,0
	Ev hanımı	27	21,6
	Diğer (Memur, yönetici, çalışmayan)	19	15,2
Eğitim Durumu	İlkokul	33	26,4
	Ortaokul	20	16,0
	Lise	36	28,8
	Üniversite	34	27,2
	Diğer (Yüksek lisans)	2	1,6
Sosyal Güvence	SSK	78	62,4
	Bağ-kur	21	16,8
	Emekli Sandığı	13	10,4
	Yeşil kart	12	9,6
	Diğer (Özel Sigorta)	1	0,8

Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması $42,14 \pm 1,01$ (range: 21–70)'tür. Hastaların % 32,8'i (n=41) 30–39 yaş aralığında, % 32'si (n=40) 40–49 yaş aralığında, % 13,6'sı (n=17) 50–59 yaş aralığında, % 11,2'si (n=14) 60–70 yaş aralığında ve % 10,4'ü (n=13) de 20–29 yaş aralığında saptandı (Tablo 4-1).

Hastaların % 70,4 (n=88) oranında çoğunluğunu erkeklerin, % 29,6'sını (n=37) da kadınların oluşturduğu, % 61,6'sının (n=77) evli olduğu, % 31,2'sinin (n=39) serbest

meslekle uğraştığı, % 28,8'inin (n=36) lise mezunu olduğu, % 62,4'ünün sosyal güvencesinin SSK olduğu saptandı.

Tablo 4-2: Hastaların hastalığı ile ilgili özellikleri (n=125)

Özellikler		n	%
HIV Tanı Yılı	1988-2005 yılları arası	35	28,0
	2006-2010 yılları arası	90	72,0
ART* Başlanma Durumu	Evet	90	72,0
	Hayır	35	28,0
Düzenli ART Kullanma	Evet	85	94,4
	Hayır	5	5,6
HIV Pozitif Olduğunu Paylaşma Durumu	Evet	111	88,8
	Hayır	14	11,2
Paylaşılan Kişi	Aile	73	58,4
	Eş	58	46,4
	Kardeş	33	26,4
	Arkadaş	26	20,8
	Diğer (Akraba, İş arkadaşı, PYD, Sevgili)	11	8,8

*ART: Antiretroviral Tedavi

Tablo 4-2'de hastaların hastalık ile ilgili özellikleri incelenmektedir. Hastaların % 72'sinin (n=90) 2006 yılı ve sonrasında, % 28'inin (n=35) 2005 yılı ve öncesinde HIV pozitif tanısını aldığı saptandı.

Hastaların % 72'sine (n=90) antiretroviral tedavinin başlandığı, ancak bu hastaların (90 kişinin) % 94,4'ünün (n=85) düzenli olarak tedavisini kullandığı saptandı.

Hastaların % 88,8'inin (n=111) HIV pozitif olduğunu öğrendiğinde bunu birisi ile paylaştığı ve paylaşan kişilerin % 58,4'ünün (n=73) ailesiyle, % 46,4'ünün (n=58) eşiyle, % 26,4'ünün (n=33) kardeşiyle, % 20,8'inin (n=26) arkadaşıyla ve % 8,8'inin (n=11) de diğer kişilerle paylaştığı saptandı.

4.2. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

4.2.1. Geçerlik Analizleri

a)Kapsam Geçerliği

Ölçek maddeleri, kapsam geçerliği açısından uzman görüşlerine sunuldu, her bir maddenin kapsam geçerlik indeksi hesaplandı. Puanlamada ölçek maddelerinin kapsam geçerlik indekslerinin 0,80'nin üzerinde olması istendi. Ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi 0,96 bulundu.

b) Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliği için doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizi yapıldı.

Ölçeğin faktör analizleri yapılmadan önce madde analizi yapıldı. HIV/AIDS Damgalama Ölçeği'ndeki her bir maddenin, ölçeğin madde toplam puanı ile korelasyonları Tablo 4-3'te verildi.

Tekin (1991)'e göre; madde ayırt etme katsayısı (madde toplam puan korelasyonu) 0,40 ve daha büyük olan maddeler çok ayırt edici, 0,30-0,39 aralığında bulunan maddeler oldukça ayırt edici, 0,20-0,29 aralığındaki maddeler düzeltilip kullanılabilir düzeyde düşük ayırt edici, 0,19 ve daha küçük maddeler testten çıkarılması düşünülmeli gereken çok düşük ayırt edici maddelerdir.

Tablo 4-3: HADÖ madde toplam puan analizi (n=125)

Ölçekteki İfadeler	r	p
1. Kendi yemek takımımı kullanmam söylendi.	0,57	0,000
2. Birisinin çocuğuna dokunmamam söylendi.	0,67	0,000
3. Bir kaptan en son içmem istendi.	0,47	0,000
4. Ben yanından geçerken birisi benimle dalga geçti.	0,64	0,000
5. Diğer insanlarla birlikte yemek yemeyi bıraktım.	0,58	0,000
6. Öksürdüğüm için bulunduğum yeri terk etmem istendi.	0,44	0,000
7. Birisi benimle arkadaşlığımı bıraktı.	0,53	0,000
8. Bir arkadaşım benimle sohbet etmez oldu.	0,52	0,000
9. Kötü isimlerle çağırıldım.	0,64	0,000
10. İnsanlar ben yanlarından geçerken kırıcı şarkılar söyledi.	-0,02	0,829
11. Bana bir geleceğimin olmadığı söylendi.	0,74	0,000
12. Birisi beni azarladı.	0,74	0,000
13. Tanrının beni cezalandırdığı söylendi.	0,74	0,000
14. Yalnız yemek yemek zorunda bırakıldım.	0,55	0,000
15. Birisi beni aşağıladı.	0,57	0,000
16. İnsanlar benden uzak durdu.	0,73	0,000
17. İnsanlar beni ziyaret etmeyi bıraktı.	0,59	0,000
18. İnsanlar benimle olan ilişkilerini bitirdiler.	0,56	0,000
19. HIV durumum nedeniyle suçlandım.	0,71	0,000
20. Birisi beni işimden kovdurmaya çalıştı.	0,35	0,000
21. İşverenim beni fırsatlardan yoksun bıraktı.	0,38	0,000
22. Sağlık bakımı/tedavi almayı reddettim.	0,56	0,000
23. Bir şekilde öleceğim söylendiği için tedaviyi reddettim.	0,63	0,000
24. Bakıma ihtiyacım olduğu halde hastaneden taburcu edildim.	0,69	0,000
25. Bir hemşireden yardım alabilmek için çok uğraştım.	0,65	0,000
26. Hastanede ya da klinikte en sona bırakıldım.	0,60	0,000
27. Hastanede kirli bir yatakta bırakıldım.	0,68	0,000
28. Hastanede ya da klinikte ağrım önemsenmedi.	0,58	0,000
29. Yaşamayı hak etmediğimi hissettim.	0,61	0,000
30. Bu hastalığa sahip olduğum için utandım.	0,52	0,000
31. Kendimi tamamen değersiz hissettim.	0,63	0,000
32. Aileme çok fazla sıkıntı verdiğimi hissettim.	0,53	0,000
33. Artık bir birey olmadığımı hissettim.	0,59	0,000

p<0,05

Ölçekte madde ayırt etme katsayısı (madde toplam puan korelasyonu) 0,19 ve altında olan (-0,02) tek bir madde bulunmaktadır: 10 no'lu madde “İnsanlar ben yanlarından geçerken kırıcı şarkılar söyledi”. Bu maddenin ölçekten çıkarılması düşünülebilir. Bu maddeye ait madde toplam puan korelasyonunun oldukça düşük hatta negatif olması, bu maddeyi ölçekten çıkarmamıza sebep oldu.

Ölçekte en yüksek madde toplam puan korelasyonuna sahip olan maddeler ise 0,74 ile 11, 12 ve 13. maddelerdir.

Madde toplam puan korelasyon katsayısı düşük olan 10. madde ölçekten çıkarıldıktan sonra geriye kalan 32 madde için doğrulayıcı faktör analizi yapılarak HADÖ'nün Türkiye örneklemini için doğruluğu ortaya konmaya çalışıldı.

Ölçeğe faktör analizi uygulanabilmesi için gerekli şartlar olan KMO katsayısının (Kaiser-Meyer-Olkin Measure) 0,50'den büyük olması (KMO=0,833) ve Barlett katsayısının anlamlı olması ($\chi^2=3865,59$: $p=0,000<0,05$) şartlarının sağlandığı doğrulandıktan sonra faktör analizi uygulandı.

HIV/AIDS Damgalama Ölçeği'nin İngilizce orijinal halinde maddeler 6 faktör altında toplanmıştır:

1. Sözlü Saldırı (8 Madde): 12, 15, 19, 11, 13, 9, 4, 10
2. Olumsuz Benlik Algısı (5 Madde): 31, 30, 33, 32, 29
3. Sağlık Bakım İhmali (7 Madde): 24, 25, 28, 23, 27, 22, 26
4. Sosyal İzolasyon (5 Madde): 17, 18, 8, 7, 16
5. Bulaşma Korkusu (6 Madde): 1, 3, 5, 6, 14, 2
6. İşyeri Damgası (2 Madde): 20, 21

Bu çerçevede; orijinal ölçekte yer alan madde faktör yapısı birebir alındı ve aşağıdaki yük değerleri bulundu.

Tablo 4-4: HADÖ doğrulayıcı faktör analizi (n=125)

Orijinal Faktör	Madde	Yük değeri	t değeri
Sözlü saldırı	M12	0,74	9,52
	M15	0,74	9,51
	M19	0,78	10,26
	M11	0,01	0,06
	M13	0,84	11,60
	M09	0,86	12,00
	M04	0,80	10,77
Olumsuz benlik algısı	M29	0,27	2,87
	M30	0,78	10,07
	M31	0,83	10,90
	M32	0,92	12,79
	M33	0,64	7,73
Sağlık bakım ihmali	M22	0,33	3,73
	M23	0,50	5,85
	M24	0,66	8,13
	M25	0,88	12,24
	M26	0,74	11,46
	M27	0,74	9,52
	M28	0,94	13,65
Sosyal izolasyon	M07	0,70	8,75
	M08	0,66	8,10
	M16	0,88	12,25
	M17	0,81	10,82
	M18	0,77	10,03
Bulaşma korkusu	M01	0,65	7,78
	M02	0,71	8,81
	M03	0,57	6,59
	M05	0,56	6,45
	M06	0,44	4,96
	M14	0,76	9,54
İşyeri damgası	M20	0,88	7,96
	M21	0,35	3,75

Standardize yük değerleri incelendiğinde; ölçeğin 11. ve 29. maddesinin % 30'nin altında yük değeri aldığı görülmektedir. t değerleri incelendiğinde; ölçeğin 11. maddesinin, sözlü saldırı faktörünü açıklamada anlamsız olduğu görülmektedir.

Tablo 4-5: HADÖ uyum iyiliği kriterleri

Uyum İyiliği Kriterleri			
Uyum Kriteri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Sınır	Model Sonucu
Ki-kare	$0 < \text{Ki-kare} < 2sd$	$2sd < \text{Ki-kare} < 3sd$	$1741.79 > 3sd = 1347$
p** değeri	$0.05 < p < 1.00$	$0.01 < p < 0.05$	0.000
RMSEA*	$0 < \text{RMSEA} < 0.05$	$0.05 < \text{RMSEA} < 0.08$	0.15
p değeri	$0.10 < p < 1.00$	$0.05 < p < 1.00$	0,000
NFI ^a	$0.95 < \text{NFI} < 1.00$	$0.90 < \text{NFI} < 0.95$	0.53
NNFI ^b	$0.97 < \text{NNFI} < 1.00$	$0.95 < \text{NNFI} < 0.97$	0.54
CFI ^c	$0.97 < \text{CFI} < 1.00$	$0.95 < \text{CFI} < 0.97$	0.59
GFI ^d	$0.95 < \text{GFI} < 1.00$	$0.90 < \text{GFI} < 0.95$	0.53
AGFI ^e	$0.90 < \text{AGFI} < 1.00$	$0.85 < \text{AGFI} < 0.90$	0.48

* RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Tahmini Ortalama Karekök Hatası)

** p: İstatistiksel anlamlılık düzeyi

^a NFI: Normed Fit İndex (Biçimlendirilmiş Uyum İndeksi)

^b NNFI: Non-Normed Fit İndex (Biçimlendirilmemiş Uyum İndeksi)

^c CFI: Comparative Fit İndex (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)

^d GFI: Goodness of Fit İndex (Uyum İyiliği İndeksi)

^e AGFI: Adjusted Goodness of Fit İndex (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi)

Uyum İyiliği İstatistikleri incelendiğinde, uyum iyiliğinin sağlanamadığı görülmektedir. Bu çerçevede; HIV/AIDS Damgalama Ölçeği için Türkiye örnekleminin, orijinal faktör yapısına bire bir uymadığı ve farklılıklar gösterdiği ortaya çıktı. Türkiye örnekleminin yapı geçerliliğini incelemek için açıklayıcı faktör analizi ile faktör yapısı ortaya konmaya çalışıldı.

Tablo 4-6: HADÖ açıklayıcı faktör analizi (n=125)

Boyut	Madde	Faktör Yüğü	Varyans açıklama oranı	Cronbach's Alfa
Sosyal izolasyon	m18 - İnsanlar benimle olan ilişkilerini bitirdiler.	0,87	19,91	0,93
	m7 - Birisi benimle arkadaşlığımı bıraktı.	0,83		
	m14 - Yalnız yemek yemek zorunda bırakıldım.	0,79		
	m15 - Birisi beni aşağıladı.	0,76		
	m4 - Ben yanından geçerken birisi benimle dalga geçti.	0,72		
	m17 - İnsanlar beni ziyaret etmeyi bıraktı.	0,72		
	m8 - Bir arkadaşım benimle sohbet etmez oldu.	0,70		
	m9 - Kötü isimlerle çağırıldım.	0,66		
	m3 - Bir kaptan en son içmem istendi.	0,64		
Sağlık bakım ihmali	m27 - Hastanede kirli bir yatakta bırakıldım.	0,87	16,57	0,91
	m25 - Bir hemşireden yardım alabilmek için çok uğraştım.	0,81		
	m24 - Bakıma ihtiyacım olduğu halde hastaneden taburcu edildim.	0,80		
	m28 - Hastanede yada klinikte ağrım önemsenmedi.	0,79		
	m26 - Hastanede yada klinikte en sona bırakıldım.	0,75		
	m13 - Tanrının beni cezalandırdığı söylendi.	0,65		
	m23 - Bir şekilde öleceğim söylendiği için tedaviyi reddettim.	0,63		
Olumsuz benlik algısı	m31 - Kendimi tamamen değersiz hissettim.	0,89	12,79	0,89
	m33 - Artık bir birey olmadığımı hissettim.	0,85		
	m30 - Bu hastalığa sahip olduğum için utandım.	0,84		
	m29 - Yaşamayı hak etmediğimi hissettim.	0,79		
	m32 - Aileme çok fazla sıkıntı verdiğimi hissettim.	0,68		
	m22 - Sağlık bakımı/tedavi almayı reddettim.	0,47		
Sözlü saldırı	m11 - Bana bir geleceğimin olmadığı söylendi.	0,75	10,49	0,89
	m12 - Birisi beni azarladı.	0,69		
	m19 - HIV durumum nedeniyle suçlandım.	0,62		
	m16 - İnsanlar benden uzak durdu.	0,61		
	m1 - Kendi yemek takımımı kullanmam söylendi.	0,52		
Bulaşma korkusu	m6 - Öksürdüğüm için bulunduğum yeri terk etmem istendi.	0,79	7,93	0,73
	m5 - Diğer insanlarla birlikte yemek yemeyi bıraktım.	0,69		
	m2 - Birisinin çocuğuna dokunmamam söylendi.	0,45		
İşyeri damgası	m20 - Birisi beni işimden kovdurmaya çalıştı.	0,83	5,87	0,75
	m21 - İşverenim beni fırsatlardan yoksun bıraktı.	0,82		

HIV/AIDS Damgalama Ölçeğindeki 32 maddenin genel güvenilirliği 0,93 olarak bulundu. Faktör analizi sonucunda toplam varyansı % 73,55 olan 6 faktör oluştu.

Sosyal izolasyon alt boyutunu oluşturan 9 maddenin güvenilirliği 0,93 olarak bulundu. Faktör analizi yapıldığında % 19,91 varyans oranı ile tek faktör olduğu görüldü.

Sağlık bakım ihmal alt boyutunu oluşturan 7 maddenin güvenilirliği 0,91 olarak bulundu. Faktör analizi yapıldığında % 16,57 varyans oranı ile tek faktör olduğu görüldü.

Olumsuz benlik algısı alt boyutunu oluşturan 6 maddenin güvenilirliği 0,89 olarak bulundu. Faktör analizi yapıldığında %12,79 varyans oranı ile tek faktör olduğu görüldü.

Sözlü saldırı alt boyutunu oluşturan 5 maddenin güvenilirliği 0,89 olarak bulundu. Faktör analizi yapıldığında %10,49 varyans oranı ile tek faktör olduğu görüldü.

Bulaşma korkusu alt boyutunu oluşturan 3 maddenin güvenilirliği 0,73 olarak bulundu. Faktör analizi yapıldığında % 7,93 varyans oranı ile tek faktör olduğu görüldü.

İşyeri damgası boyutunu oluşturan 2 maddenin güvenilirliği 0,75 olarak bulundu. Faktör analizi yapıldığında %5,87 varyans oranı ile tek faktör olduğu görüldü.

4.2.2. Güvenilirlik Analizleri

a) Zamana Göre Değişmezlik

30 kişilik örneklem grubu üzerinden yapılan test-tekrar test güvenilirliği için uygulanacak Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayıları, ölçekteki her bir ifadeye ilk testte verilen cevaplar ile aynı ifadeye tekrar testte verilen cevaplar arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Bu cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı biçimde ilişki olması, ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunun göstergesidir.

Tablo 4-7'de her bir ifadeye ilk testte verilen cevaplar ile tekrar testte verilen cevaplar arasındaki ilişkiler gösterilmektedir.

Tablo 4-7: HADÖ'nün test-tekrar test puanlarının korelasyon analizi (n=125)

Ölçekteki İfadeler	r	p
1. Kendi yemek takımımı kullanmam söylendi.	0,64	0,000
2. Birisinin çocuğuna dokunmamam söylendi.	1,00	0,000
3. Bir kaptan en son içmem istendi.*	.	.
4. Ben yanımdan geçerken birisi benimle dalga geçti.*	.	.
5. Diğer insanlarla birlikte yemek yemeyi bıraktım.	0,99	0,000
6. Öksürdüğüm için bulunduğum yeri terk etmem istendi.*	.	.
7. Birisi benimle arkadaşlığımı bıraktı.	1,00	0,000
8. Bir arkadaşım benimle sohbet etmez oldu.	0,91	0,000
9. Kötü isimlerle çağırıldım.	1,00	0,000
10. İnsanlar ben yanlarından geçerken kırıcı şarkılar söyledi.*	.	.
11. Bana bir geleceğimin olmadığı söylendi.	0,52	0,003
12. Birisi beni azarladı.	1,00	0,000
13. Tanrının beni cezalandırdığı söylendi.	1,00	0,000
14. Yalnız yemek yemek zorunda bırakıldım.*	.	.
15. Birisi beni aşağıladı.*	.	.
16. İnsanlar benden uzak durdu.	0,89	0,000
17. İnsanlar beni ziyaret etmeyi bıraktı.	1,00	0,000
18. İnsanlar benimle olan ilişkilerini bitirdiler.	0,70	0,000
19. HIV durumum nedeniyle suçlandım.	0,93	0,000
20. Birisi beni işimden kovdurmaya çalıştı.*	.	.
21. İşverenim beni fırsatlardan yoksun bıraktı.	1,00	0,000
22. Sağlık bakımı/tedavi almayı reddettim.	0,90	0,000
23. Bir şekilde öleceğim söylendiği için tedaviyi reddettim.	1,00	0,000
24. Bakıma ihtiyacım olduğu halde hastaneden taburcu edildim.	1,00	0,000
25. Bir hemşireden yardım alabilmek için çok uğraşım.	0,82	0,000
26. Hastanede ya da klinikte en sona bırakıldım.	0,90	0,000
27. Hastanede kirli bir yatakta bırakıldım.	1,00	0,000
28. Hastanede ya da klinikte ağrım önemsenmedi.	0,89	0,000
29. Yaşamayı hak etmediğimi hissettim.	0,97	0,000
30. Bu hastalığa sahip olduğum için utandım.	0,84	0,000
31. Kendimi tamamen değersiz hissettim.	0,92	0,000
32. Aileme çok fazla sıkıntı verdiğimi hissettim.	0,81	0,000
33. Artık bir birey olmadığımı hissettim.	0,67	0,000

* Bu önermelere verilen cevaplar ilk test ile tekrar testte birebir aynı olduğu için korelasyon hesaplanamadı. Bu önermelerin otomatik olarak zamana karşı değişmezlik şartını sağlamakta oldukları kabul edildi.

İfadelere verilen cevaplar ilk test ile tekrar testte bire bir aynı olmayan ifadeler için bu iki testteki cevaplar arasındaki ilişkilere ait Pearson korelasyon katsayıları 0,52 ile 1,00 arasında değişmektedir ve ilişkilerin hepsi istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Bu durum aynı önermelere belirli süreler sonunda verilen cevaplar ile ilk testte verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunduğunu ve ölçeğin zamana karşı değişmezlik özelliği olduğunu desteklemektedir.

b) İç Tutarlılık

Ölçekteki ifadelere verilen cevaplardan elde edilen veriler ile hesaplanan alfa korelasyonları ile saptanan homojenlik katsayısı 0,93 olarak belirlendi ve yüksek güvenilir ($1,00 > \alpha > 0,80$) kategorisindedir. 10. madde ölçekten çıkarıldıktan sonra kalan maddelere ait madde toplam puan istatistikleri (madde silindiğinde ölçek ortalaması, madde silindiğinde ölçek varyansı, madde toplam puan korelasyonu, madde silindiğinde Cronbach's alfa homojenlik katsayısı) Tablo 4-8'de verilmektedir.

Tablo 4-8: HADÖ madde toplam puan analizleri (n=125)

	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach's Alfa Homojenlik Katsayısı
1 - Kendi yemek takımımı kullanmam söylendi.	9,91	153,95	0,59	0,93
2 - Birisinin çocuğuna dokunmamam söylendi.	10,05	155,47	0,62	0,93
3 - Bir kaptan en son içmem istendi.	10,13	160,02	0,47	0,93
4 - Ben yanından geçerken birisi benimle dalga geçti.	10,10	157,56	0,62	0,93
5 - Diğer insanlarla birlikte yemek yemeyi bıraktım.	10,05	157,35	0,49	0,93
6 - Öksürdüğüm için bulunduğum yeri terk etmem istendi.	10,14	160,70	0,35	0,93
7 - Birisi benimle arkadaşlığını bıraktı.	10,00	156,44	0,52	0,93
8 - Bir arkadaşım benimle sohbet etmez oldu.	10,06	158,42	0,53	0,93
9 - Kötü isimlerle çağırıldım.	10,08	156,03	0,62	0,93
10 - Bana bir geleceğimin olmadığı söylendi.	9,93	151,55	0,72	0,93
11 - Birisi beni azarladı.	10,06	155,03	0,72	0,93
12 - Tanrının beni cezalandırdığı söylendi.	10,02	153,87	0,71	0,93
13 - Yalnız yemek yemek zorunda bırakıldım.	10,16	160,18	0,58	0,93
14-Birisi beni aşağıladı.	10,07	156,16	0,57	0,93
15 - İnsanlar benden uzak durdu.	9,93	152,10	0,70	0,93
16 - İnsanlar beni ziyaret etmeyi bıraktı.	10,03	156,19	0,60	0,93
17 - İnsanlar benimle olan ilişkilerini bitirdiler.	10,03	156,98	0,58	0,93
18 - HIV durumum nedeniyle suçlandım.	9,89	151,92	0,68	0,93
19 - Birisi beni işimden kovdurmaya çalıştı.	10,17	163,04	0,26	0,93
20 - İşverenim beni fırsatlardan yoksun bıraktı.	10,14	161,70	0,27	0,93
21 - Sağlık bakımı/tedavi almayı reddettim.	9,90	154,80	0,52	0,93
22 - Bir şekilde öleceğim söylendiği için tedaviyi reddettim.	10,01	155,22	0,61	0,93
23 -Bakıma ihtiyacım olduğu halde hastaneden taburcu edildim.	10,13	158,02	0,67	0,93

Tablo 4-8'in devamı

	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach's Alfa Homojenlik Katsayısı
24- Bir hemşireden yardım alabilmek için çok uğraştım.	9,90	153,38	0,64	0,93
25 - Hastanede ya da klinikte en sona bırakıldım.	9,74	151,97	0,57	0,93
26- Hastanede kirli bir yatakta bırakıldım.	10,07	155,71	0,67	0,93
27 - Hastanede ya da klinikte ağrım önemsenmedi.	9,98	154,93	0,56	0,93
28 - Yaşamayı hak etmediğimi hissettim.	9,50	149,37	0,57	0,93
29- Bu hastalığa sahip olduğum için utandım.	9,05	150,09	0,46	0,93
30 - Kendimi tamamen değersiz hissettim.	9,28	147,72	0,58	0,93
31 - Aileme çok fazla sıkıntı verdiğimi hissettim.	8,74	149,43	0,47	0,93
32 - Artık bir birey olmadığımı hissettim.	9,46	149,02	0,56	0,93

Ölçeğin Türkçe halinde oluşan 6 faktör için her bir faktör altındaki maddelerin ortalaması hesaplanarak faktör puanları hesaplandı. Bu faktör puanlarına ait istatistikler Tablo 4-9'da verildi.

Tablo 4-9: Ölçeğin faktör puanlarına ait tanımlayıcı analizler

	n	Ortalama	Ortalamanın Standart Hatası	Minimum	Maksimum
Sosyal izolasyon	125	0,14	0,04	0	3
Sağlık bakım ihmali	125	0,24	0,05	0	3
Olumsuz benlik algısı	125	0,90	0,08	0	3
Sözlü saldırı	125	0,27	0,05	0	3
Bulaşma korkusu	125	0,14	0,04	0	3
İşyeri damgası	125	0,06	0,03	0	2

Olumsuz olaylarla karşılaşma sıklığına ilişkin olarak 0: Hiçbir zaman, 1: Bir ya da iki kez, 2: Birkaç kez, 3: Çoğu zaman şeklinde kodlama yapıldığı için ortalamanın yüksek olması, ilgili faktör bazında damgalanma düzeyi algısının daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

Tüm faktörlerde puanların minimum değerinin 0 olması, tüm faktörler bazında HIV pozitif hastalar arasında damgalanma düzeylerinin çok düşük olduğunu düşünen hastaların bulunduğunu göstermektedir. Aksine puanların maksimum değerlerinin 2 ya da 3 olması ise damgalanma düzeylerinin oldukça yüksek olduğunu düşünen hastaların da bulunduğunu göstermektedir. Damgalanma düzeyi puan ortalamalarına göre en olumludan en olumsuz doğru faktörlerin: işyeri damgası ($\bar{x}=0,06\pm0,03$), bulaşma korkusu ($\bar{x}=0,14\pm0,04$), sosyal izolasyon ($\bar{x}=0,14\pm0,04$), sağlık bakım ihmali ($\bar{x}=0,24\pm0,05$), sözlü saldırı ($\bar{x}=0,27\pm0,05$) ve olumsuz benlik algısı ($\bar{x}=0,90\pm0,08$) şeklinde sıralandığı belirlendi.

Buna göre HIV pozitif hastaların kendi damgalanma düzeylerini en olumsuz değerlendirdikleri alt boyutun kendini olumsuz algılama alt boyutu olduğu aksine kendi damgalanma düzeylerini en olumlu değerlendirdikleri alt boyutun ise işyeri damgası olduğu belirlendi. Ölçeğe ait faktör puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla yapılan korelasyon analizlerinin sonuçları Tablo 4-10'da verildi.

Tablo 4-10: Ölçeğin Türkçe halinde faktörler arasındaki ilişkiler

		Sosyal izolasyon	Sağlık bakım ihmali	Olumsuz benlik algısı	Sözlü saldırı	Bulaşma korkusu	İşyeri damgası
Sosyal izolasyon	r	1,00	0,44*	0,23*	0,72*	0,50*	0,25*
	p	0,000	0,000	0,009	0,000	0,000	0,005
Sağlık bakım ihmali	r		1,00	0,48*	0,57*	0,45*	0,31*
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Olumsuz benlik algısı	r			1,00	0,37*	0,33*	0,06
	p			0,000	0,000	0,000	0,517
Sözlü saldırı	r				1,00	0,58*	0,24*
	p				0,000	0,000	0,006
Bulaşma korkusu	r					1,00	0,24*
	p					0,000	0,007
İşyeri damgası	r						1,00
	p						0,000

* İki faktör arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere ölçeğin Türkçe halinde faktörlerin hemen hepsinin kendi aralarında ikili ikili olarak pozitif yönlü ($r > 0$) ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler ($p < 0,05$) bulunmaktadır. Bu duruma olumsuz benlik algısı ile işyeri damgası arasındaki ilişki uymamaktadır. Bu ilişkiler de pozitif yönlüdür ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Yani işyeri damgası faktörü, olumsuz benlik algısı faktörü ile anlamlı biçimde ilişkili değildir.

4.3. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile HADÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4-11: Yaş gruplarına göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125)

	Yaş grubu	n	Ort	SS	F	p
Sosyal izolasyon	20-29 Yaş Arası	13	0,03	0,05	1,294	0,276
	30-39 Yaş Arası	41	0,25	0,62		
	40-49 Yaş Arası	40	0,12	0,29		
	50-59 Yaş Arası	17	0,09	0,21		
	60-70 Yaş Arası	14	0,06	0,14		
Sağlık bakım ihmalı	20-29 Yaş Arası	13	0,31	0,82	0,868	0,486
	30-39 Yaş Arası	41	0,34	0,66		
	40-49 Yaş Arası	40	0,20	0,39		
	50-59 Yaş Arası	17	0,14	0,26		
	60-70 Yaş Arası	14	0,11	0,17		
Olumsuz benlik algısı	20-29 Yaş Arası	13	0,51	0,80	1,962	0,105
	30-39 Yaş Arası	41	1,13	0,95		
	40-49 Yaş Arası	40	0,93	0,85		
	50-59 Yaş Arası	17	0,76	0,68		
	60-70 Yaş Arası	14	0,62	0,75		
Sözlü saldırı	20-29 Yaş Arası	13	0,20	0,61	2,041	0,093
	30-39 Yaş Arası	41	0,48	0,81		
	40-49 Yaş Arası	40	0,19	0,46		
	50-59 Yaş Arası	17	0,12	0,25		
	60-70 Yaş Arası	14	0,16	0,32		
Bulaşma korkusu	20-29 Yaş Arası	13	0,33	0,84	1,254	0,292
	30-39 Yaş Arası	41	0,17	0,41		
	40-49 Yaş Arası	40	0,13	0,45		
	50-59 Yaş Arası	17	0,04	0,11		
	60-70 Yaş Arası	14	0,00	0,00		
İşyeri damgası	20-29 Yaş Arası	13	0,00	0,00	1,037	0,391
	30-39 Yaş Arası	41	0,13	0,49		
	40-49 Yaş Arası	40	0,01	0,08		
	50-59 Yaş Arası	17	0,12	0,49		
	60-70 Yaş Arası	14	0,00	0,00		

Hastaların sosyal izolasyon puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($F=1,294$; $p=0,276>0,05$).

Hastaların sağlık bakım ihmali puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($F=0,868$; $p=0,486>0,05$).

Hastaların olumsuz benlik algısı puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($F=1,962$; $p=0,105>0,05$).

Hastaların sözlü saldırı puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($F=2,041$; $p=0,093>0,05$).

Hastaların bulaşma korkusu puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($F=1,254$; $p=0,292>0,05$).

Hastaların işyeri damgası puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($F=1,037$; $p=0,391>0,05$).

Tablo 4-12: Medeni duruma göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125)

	Medeni durum	n	Ort	SS	F	p
Sosyal izolasyon	Evli	77	0,10	0,25	2,891	0,059
	Bekar	40	0,15	0,42		
	Diğer (dul, boşanmış)	8	0,46	1,05		
Sağlık bakım ihmali	Evli	77	0,22	0,51	1,230	0,296
	Bekar	40	0,22	0,47		
	Diğer (dul, boşanmış)	8	0,52	0,80		
Olumsuz benlik algısı	Evli	77	0,96	0,87	0,916	0,403
	Bekar	40	0,75	0,77		
	Diğer (dul, boşanmış)	8	1,04	1,13		
Sözlü saldırı	Evli	77	0,23	0,49	0,831	0,438
	Bekar	40	0,31	0,66		
	Diğer (dul, boşanmış)	8	0,50	1,05		
Bulaşma korkusu	Evli	77	0,15	0,49	0,113	0,894
	Bekar	40	0,13	0,37		
	Diğer (dul, boşanmış)	8	0,08	0,24		
İşyeri damgası	Evli	77	0,03	0,18	1,981	0,142
	Bekar	40	0,15	0,53		
	Diğer (dul, boşanmış)	8	0,00	0,00		

Hastaların sosyal izolasyon puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($F=2,891$; $p=0,059>0,05$).

Hastaların sağlık bakım ihmal puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. ($F=1,230$; $p=0,296>0,05$).

Hastaların olumsuz benlik algısı puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($F=0,916$; $p=0,403>0,05$).

Hastaların sözlü saldırı puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($F=0,831$; $p=0,438>0,05$).

Hastaların bulaşma korkusu puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($F=0,113$; $p=0,894>0,05$).

Hastaların işyeri damgası puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. ($F=1,981$; $p=0,142>0,05$).

Tablo 4-13: Cinsiyete göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125)

	Cinsiyet	n	Ort	SS	t	p
Sosyal izolasyon	Kadın	37	0,10	0,28	-0,806	0,422
	Erkek	88	0,16	0,45		
Sağlık bakım ihmali	Kadın	37	0,21	0,51	-0,421	0,674
	Erkek	88	0,25	0,53		
Olumsuz benlik algısı	Kadın	37	1,00	0,83	0,850	0,397
	Erkek	88	0,85	0,87		
Sözlü saldırı	Kadın	37	0,20	0,41	-1,130	0,261
	Erkek	88	0,31	0,66		
Bulaşma korkusu	Kadın	37	0,16	0,55	0,384	0,702
	Erkek	88	0,13	0,39		
İşyeri damgası	Kadın	37	0,07	0,34	0,077	0,939
	Erkek	88	0,06	0,34		

Hastaların sosyal izolasyon puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,806$; $p=0,422>0,05$).

Hastaların sağlık bakım ihmali puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,421$; $p=0,674>0,05$).

Hastaların olumsuz benlik algısı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,850$; $p=0,397>0,05$).

Hastaların sözlü saldırı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-1,130$; $p=0,261>0,05$).

Hastaların bulaşma korkusu puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. ($t=0,384$; $p=0,702>0,05$).

Hastaların işyeri damgası puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,077$; $p=0,939>0,05$).

Tablo 4-14: HIV tanısı alma yılına göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125)

	HIV Tanısı Alma Yılı	n	Ort	SS	t	p
Sosyal izolasyon	1988-2005 Yılları Arası	35	0,17	0,40	0,461	0,646
	2006-2010 Yılları Arası	90	0,13	0,41		
Sağlık bakım ihmali	1988-2005 Yılları Arası	35	0,40	0,78	1,679	0,101
	2006-2010 Yılları Arası	90	0,18	0,37		
Olumsuz benlik algısı	1988-2005 Yılları Arası	35	1,07	0,94	1,401	0,164
	2006-2010 Yılları Arası	90	0,83	0,82		
Sözlü saldırı	1988-2005 Yılları Arası	35	0,32	0,60	0,562	0,575
	2006-2010 Yılları Arası	90	0,25	0,59		
Bulaşma korkusu	1988-2005 Yılları Arası	35	0,21	0,58	0,927	0,359
	2006-2010 Yılları Arası	90	0,11	0,37		
İşyeri damgası	1988-2005 Yılları Arası	35	0,17	0,53	1,623	0,113
	2006-2010 Yılları Arası	90	0,02	0,21		

Hastaların sosyal izolasyon puanları ortalamalarının HIV tanısı alma yılı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,461$; $p=0,646>0,05$).

Hastaların sağlık bakım ihmali puanları ortalamalarının HIV tanısı alma yılı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=1,679$; $p=0,101>0,05$).

Hastaların olumsuz benlik algısı puanları ortalamalarının HIV tanısı alma yılı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=1,401$; $p=0,164>0,05$).

Hastaların sözlü saldırı puanları ortalamalarının HIV tanısı alma yılı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,562$; $p=0,575>0,05$).

Hastaların bulaşma korkusu puanları ortalamalarının HIV tanısı alma yılı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,927$; $p=0,359>0,05$).

Hastaların işyeri damgası puanları ortalamalarının HIV tanısı alma yılı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. ($t=1,623$; $p=0,113>0,05$).

Tablo 4-15: ART başlanma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi
(n=125)

	ART başlanma durumu	N	Ort	SS	t	p
Sosyal izolasyon	Evet	90	0,18	0,47	2,967	0,004*
	Hayır	35	0,03	0,08		
Sağlık bakım ihmali	Evet	90	0,25	0,52	0,518	0,605
	Hayır	35	0,20	0,53		
Olumsuz benlik algısı	Evet	90	0,90	0,85	0,072	0,942
	Hayır	35	0,89	0,90		
Sözlü saldırı	Evet	90	0,30	0,60	0,710	0,479
	Hayır	35	0,21	0,58		
Bulaşma korkusu	Evet	90	0,13	0,41	-0,215	0,830
	Hayır	35	0,15	0,53		
İşyeri damgası	evet	90	0,09	0,39	2,142	0,035**
	hayır	35	0,00	0,00		

*p< 0,01

**p< 0,05

ART: Antiretroviral Tedavi

Hastaların sosyal izolasyon puanları ortalamalarının ART başlanma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. (t=2,97; p=0,004<0,01). ART başlanan hastaların sosyal izolasyon puanları, ART başlanmayan hastaların sosyal izolasyon puanlarından yüksek bulundu.

Hastaların sağlık bakım ihmali puanları ortalamalarının ART başlanma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (t=0,518; p=0,605>0,05).

Hastaların olumsuz benlik algısı puanları ortalamalarının ART başlanma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,072$; $p=0,942>0,05$).

Hastaların sözlü saldırı puanları ortalamalarının ART başlanma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,710$; $p=0,479>0,05$).

Hastaların bulaşma korkusu puanları ortalamalarının ART başlanma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,215$; $p=0,830>0,05$).

Hastaların işyeri damgası puanları ortalamalarının ART başlanma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=2,14$; $p=0,035<0,05$). ART başlanan hastaların işyeri damgası puanları, ART başlanmayan hastaların işyeri damgası puanlarından yüksek bulundu.

Tablo 4-16: HIV pozitif olduğunu paylaşma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125)

	HIV Pozitif Olduğunu Paylaşma Durumu	n	Ort	SS	t	p
Sosyal izolasyon	Evet	111	0,15	0,42	0,604	0,547
	Hayır	14	0,08	0,27		
Sağlık bakım ihmali	Evet	111	0,21	0,44	-0,872	0,398
	Hayır	14	0,44	0,95		
Olumsuz benlik algısı	Evet	111	0,91	0,87	0,612	0,542
	Hayır	14	0,76	0,83		
Sözlü saldırı	Evet	111	0,26	0,55	-0,472	0,637
	Hayır	14	0,34	0,88		
Bulaşma korkusu	Evet	111	0,12	0,38	-0,634	0,536
	Hayır	14	0,26	0,81		
İşyeri damgası	Evet	111	0,04	0,24	-1,278	0,223
	Hayır	14	0,29	0,73		

Hastaların sosyal izolasyon puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu paylaşma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,604$; $p=0,547>0,05$).

Hastaların sağlık bakım ihmali puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu paylaşma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,872$; $p=0,398>0,05$).

Hastaların olumsuz benlik algısı puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu paylaşma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,612$; $p=0,542>0,05$).

Hastaların sözlü saldırı puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu paylaşma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,472$; $p=0,637>0,05$).

Hastaların bulaşma korkusu puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu paylaşma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,634$; $p=0,536>0,05$).

Hastaların işyeri damgası puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu paylaşma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-1,278$; $p=0,223>0,05$).

Tablo 4-17: Aile ile paylaşma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125)

	Aile ile Paylaşma	n	Ort	SS	t	p
Sosyal izolasyon	Evet	73	0,15	0,38	0,304	0,762
	Hayır	52	0,13	0,44		
Sağlık bakım ihmali	Evet	73	0,24	0,45	-0,052	0,958
	Hayır	52	0,24	0,61		
Olumsuz benlik algısı	Evet	73	0,86	0,84	-0,522	0,603
	Hayır	52	0,94	0,89		
Sözlü saldırı	Evet	73	0,28	0,57	0,166	0,869
	Hayır	52	0,26	0,63		
Bulaşma korkusu	Evet	73	0,14	0,44	0,086	0,932
	Hayır	52	0,14	0,45		
İşyeri damgası	Evet	73	0,06	0,30	-0,362	0,718
	Hayır	52	0,08	0,39		

Hastaların sosyal izolasyon puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu ailesi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,304$; $p=0,762>0,05$).

Hastaların sağlık bakım ihmali puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu ailesi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,052$; $p=0,958>0,05$).

Hastaların olumsuz benlik algısı puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu ailesi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,522$; $p=0,603>0,05$).

Hastaların sözlü saldırı puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu ailesi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,166$; $p=0,869>0,05$).

Hastaların bulaşma korkusu puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu ailesi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,086$; $p=0,932>0,05$).

Hastaların işyeri damgası puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu ailesi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,362$; $p=0,718>0,05$).

Tablo 4-18: Eşi ile paylaşma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125)

	Eşi ile Paylaşma	n	Ort	SS	t	p
Sosyal izolasyon	Evet	58	0,09	0,25	-1,375	0,172
	Hayır	67	0,19	0,50		
Sağlık bakım ihmali	Evet	58	0,20	0,39	-0,686	0,494
	Hayır	67	0,27	0,61		
Olumsuz benlik algısı	Evet	58	0,95	0,86	0,647	0,519
	Hayır	67	0,85	0,86		
Sözlü saldırı	Evet	58	0,22	0,49	-0,959	0,339
	Hayır	67	0,32	0,67		
Bulaşma korkusu	Evet	58	0,09	0,27	-1,292	0,199
	Hayır	67	0,18	0,55		
İşyeri damgası	Evet	58	0,06	0,33	-0,113	0,910
	Hayır	67	0,07	0,35		

Hastaların sosyal izolasyon puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu eşi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-1,375$; $p=0,172>0,05$).

Hastaların sağlık bakım ihmali puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu eşi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,686$; $p=0,494>0,05$).

Hastaların olumsuz benlik algısı puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu eşi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,647$; $p=0,519>0,05$).

Hastaların sözlü saldırı puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu eşi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,959$; $p=0,339>0,05$).

Hastaların bulaşma korkusu puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu eşi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-1,292$; $p=0,199>0,05$).

Hastaların işyeri damgası puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu eşi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,113$; $p=0,910>0,05$).

Tablo 4-19: Kardeşi ile paylaşma durumuna göre HADÖ Alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125)

	Kardeşi ile Paylaşma	n	Ort	SS	t	p
Sosyal izolasyon	Evet	33	0,34	0,70	2,218	0,033*
	Hayır	92	0,07	0,18		
Sağlık bakım ihmalı	Evet	33	0,32	0,69	0,856	0,397
	Hayır	92	0,21	0,44		
Olumsuz benlik algısı	Evet	33	0,89	0,97	-0,045	0,964
	Hayır	92	0,90	0,82		
Sözlü saldırı	Evet	33	0,47	0,79	1,802	0,079
	Hayır	92	0,20	0,49		
Bulaşma korkusu	Evet	33	0,25	0,45	1,712	0,093
	Hayır	92	0,10	0,44		
İşyeri damgası	Evet	33	0,11	0,43	0,838	0,404
	Hayır	92	0,05	0,30		

* $p<0,05$

Hastaların sosyal izolasyon puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu kardeşi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=2,22$; $p=0,033<0,05$). HIV pozitif olduğunu kardeşi ile paylaşan hastaların sosyal izolasyon puanları, HIV pozitif olduğunu kardeşi ile paylaşmayan hastaların sosyal izolasyon puanlarından yüksek bulundu.

Hastaların sağlık bakım ihmali puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu kardeşi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,856$; $p=0,397>0,05$).

Hastaların olumsuz benlik algısı puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu kardeşi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,045$; $p=0,964>0,05$).

Hastaların sözlü saldırı puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu kardeşi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=1,802$; $p=0,079>0,05$).

Hastaların bulaşma korkusu puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu kardeşi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=1,712$; $p=0,093>0,05$).

Hastaların işyeri damgası puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu kardeşi ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,838$; $p=0,404>0,05$).

Tablo 4-20: Arkadaşı ile paylaşma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125)

	Arkadaşı ile Paylaşma	n	Ort	SS	t	p
Sosyal izolasyon	Evet	26	0,10	0,21	-0,545	0,586
	Hayır	99	0,15	0,44		
Sağlık bakım ihmali	Evet	26	0,13	0,17	-2,117	0,036*
	Hayır	99	0,27	0,58		
Olumsuz benlik algısı	Evet	26	0,82	0,79	-0,493	0,623
	Hayır	99	0,91	0,88		
Sözlü saldırı	Evet	26	0,15	0,23	-1,994	0,049*
	Hayır	99	0,31	0,65		
Bulaşma korkusu	Evet	26	0,05	0,16	-1,911	0,058
	Hayır	99	0,16	0,49		
İşyeri damgası	Evet	26	0,00	0,00	-2,138	0,035*
	Hayır	99	0,08	0,38		

p<0,05

Hastaların sosyal izolasyon puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu arkadaşları ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (t=-0,545; p=0,586>0,05).

Hastaların sağlık bakım ihmali puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu arkadaşları ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (t=-2,12; p=0,036<0,05). HIV pozitif olduğunu arkadaşları ile paylaşmayan hastaların sağlık bakım ihmali puanları, HIV pozitif olduğunu arkadaşları ile paylaşan hastaların sağlık bakım ihmali puanlarından yüksek bulundu.

Hastaların olumsuz benlik algısı puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu arkadaşları ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (t=-0,493; p=0,623>0,05).

Hastaların sözlü saldırı puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu arkadaşları ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (t=-1,99; p=0,049<0,05). HIV pozitif olduğunu arkadaşları ile

paylaşmayan hastaların sözlü saldırı puanları, HIV pozitif olduğunu arkadaşı ile paylaşan hastaların sözlü saldırı puanlarından yüksek bulundu

Hastaların bulaşma korkusu puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu arkadaşı ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-1,911$; $p=0,058>0,05$).

Hastaların işyeri damgası puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu arkadaşı ile paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-2,14$; $p=0,035<0,05$). HIV pozitif olduğunu arkadaşı ile paylaşmayan hastaların işyeri damgası puanları, HIV pozitif olduğunu arkadaşı ile paylaşan hastaların işyeri damgası puanlarından yüksek bulundu.

Tablo 4-21: Diğer kişilerle paylaşma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları ilişkisi (n=125)

	Diğer Kişilerle Paylaşma	n	Ort	SS	t	p
Sosyal izolasyon	Evet	11	0,11	0,19	-0,257	0,797
	Hayır	114	0,14	0,42		
Sağlık bakım ihmali	Evet	11	0,23	0,33	-0,034	0,973
	Hayır	114	0,24	0,54		
Olumsuz benlik algısı	Evet	11	0,68	0,77	-0,859	0,392
	Hayır	114	0,92	0,87		
Sözlü saldırı	Evet	11	0,35	0,78	0,428	0,669
	Hayır	114	0,27	0,58		
Bulaşma korkusu	Evet	11	0,09	0,22	-0,374	0,709
	Hayır	114	0,14	0,46		
İşyeri damgası	Evet	11	0,00	0,00	-0,660	0,510
	Hayır	114	0,07	0,35		

Hastaların sosyal izolasyon puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu diğer kişilerle paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,257$; $p=0,797>0,05$).

Hastaların sağlık bakım ihmali puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu diğer kişilerle paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,034$; $p=0,973>0,05$).

Hastaların olumsuz benlik algısı puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu diğer kişilerle paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,859$; $p=0,392>0,05$).

Hastaların sözlü saldırı puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu diğer kişilerle paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,428$; $p=0,669>0,05$).

Hastaların bulaşma korkusu puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu diğer kişilerlempaylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,374$; $p=0,709>0,05$).

Hastaların işyeri damgası puanları ortalamalarının HIV pozitif olduğunu diğer kişilerle paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,660$; $p=0,510>0,05$).

5. TARTIŞMA

HIV enfeksiyonu ve AIDS tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Otuz yıl önce tanımlanan ilk olgulardan sonra HIV enfeksiyonu, bugün dünya genelinde salgın düzeyine ulaşmış olup, otuz milyondan fazla kişi bu hastalıktan etkilenmiş durumdadır.

HIV/AIDS sadece tıbbi bir hastalık değil, aynı zamanda ekonomik, kültürel psikolojik ve sosyal boyutları olan bir sorundur (Duyan 2001; Adak 2010). Damgalama, hastanın tedaviye başvurmasını ve rehabilitasyon programlarına katılmasını engellemekte dolayısıyla da onların toplum dışında kalmalarına yol açabilmektedir (Kocabaşoğlu ve Aliustaoglu 2003).

Bu bölümde “Ölçeğin Geçerliliğine İlişkin Bulgular”, “Ölçeğin Güvenilirliğine İlişkin Bulgular” ve “HADÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları İle Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular” tartışılmıştır.

5.1. Ölçeğin Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçülmek üzere hazırlandığı amacı, değişkeni ölçme derecesidir. Bir ölçeğin “neyi”, ne denli “isabetli/doğru” olarak ölçtüğüyle ilgili bir kavramdır (Erefe 2002; Gözüm ve Aksayan 2003; Aker, Dündar ve Pekşen 2005).

Bu çalışmada ölçeğin geçerliğini sınamak amacıyla içerik-kapsam geçerliği ve yapı geçerliğine bakıldı.

İçerik-kapsam geçerlik sınavının amacı, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini bir uzman gruba inceleyerek, anlamlı maddelerden oluşan bütünü oluşturmaktır. Uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek yeniden yapılandırılır (Erefe 2002; Gözüm ve Aksayan 2003).

33 maddelik likert tipi bir ölçek olan HADÖ'nün İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi yapıldı. Ölçek maddelerinden en uygun ifadeler seçildikten sonra, her iki dili iyi bilen bir İngilizce dil bilimci tarafından Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi yapıldı ve ölçeğin ifadelerinde anlam değişikliği olmadığı görüldü.

Ölçek kapsam geçerliği yönünden değerlendirilmesi için alanında uzman 7 kişinin görüşüne sunuldu. Uzman cevaplarının değerlendirilmesinde kapsam geçerlik indeksi kullanıldı. Değerlendirme sonucunda ölçeğin 25. maddesi (I was shuttled around instead of being helped by a nurse) ilk olarak “Bir hemşireden yardım alabilmek için mekik dokudum” şeklinde çevrilmişti, uzmanların önerisi ile “Bir hemşireden yardım alabilmek için çok uğraştım.” şeklinde düzeltildi. Uzman kişilerin önerileri doğrultusunda uygun olmayan ifadelerde gerekli düzeltmeler yapılarak ölçeğe son hali verildi ve içerik-kapsam geçerliği sağlandı.

Bir ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek üzere en fazla kullanılan yaklaşımlardan biri faktör analizidir (Aker ve ark 2005). Faktör analizi ölçme aracındaki maddelerin farklı faktörler altında toplanıp toplanamayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir. Faktör analizi açıklayıcı ya da doğrulayıcı olabilir (Gözüm ve Aksayan 2003; Aker ve ark 2005). Açıklayıcı faktör analizinde; bilinmeyen bir kuramsal yapıyı ölçmek için oluşturulan ölçme aracından elde edilen sonuçlara dayanarak, söz konusu yapının nasıl olduğu açıklanmaya çalışılır. Doğrulayıcı faktör analizinde ise; varolan bir kuramsal yapıya dayanarak geliştirilen ölçme aracından elde edilen verilerle söz konusu kuramsal yapının doğrulanıp doğrulanmadığı test edilmeye çalışılır (Aker ve ark 2005).

Verilerin faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett testiyle incelenir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indekstir. KMO katsayısı 0.90 - 1.00 olduğunda mükemmel, 0.80 - 0.89 arasında olduğunda çok iyi, 0.70 - 0.79 arasında olduğunda iyi, 0.60 - 0.69 arasında olduğunda orta, 0.50 - 0.59 arasında olduğunda zayıf ve 0.50'nin altında olduğunda ise kabul edilemez.

Ölçeğin KMO katsayısı ve Barlett test sonucu anlamlı bulundu. KMO testi sonucu bulunan değer örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğunu ve Barlett test sonucu da ölçeğin faktör analizi için uygun olduğunu gösterdi.

Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek amacıyla doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizi yapıldı.

HADÖ'nün her bir alt boyutu için uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde; faktör yükleri 0,30'dan küçük olan 2 madde (11. ve 29. maddeler) ölçeğin uyum istatistiğinin sağlanamamasından ötürü açıklayıcı faktör analizinin sonucuna göre ölçekten çıkarılmasına karar verildi. 11. maddenin (0,75) ve 29. maddenin (0,79) faktör yükü yüksek olduğu için maddeler ölçekten çıkarılmadı.

Doğrulayıcı faktör analizinde uyum iyiliği istatistikleri incelendiğinde, uyum iyiliğinin sağlanamadığı görüldü. Orijinal ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi yapılmadığı için uyum iyiliği istatistikleri karşılaştırılmadı.

Ölçeğin açıklayıcı faktör yapısı incelendiğinde altı faktör elde edildi. Altı faktörün açıkladığı toplam varyans % 73,55 olarak bulundu. Yapılan analizlerde ölçeğin 31. maddesine ait faktör yükünün 0,89; 2. maddeye ait faktör yükünün ise 0,45 olduğu ve diğer maddelerin faktör yüklerinin bu değerler arasında olduğu görüldü. Bu bulgular Holzemer ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyum göstermektedir.

5.2. Ölçeğin Güvenilirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Güvenilirlik, bir ölçme aracında yer alan bütün soruların birbiriyle tutarlılığı, ele alınan sorunu ölçmede homojenliğini ortaya koyan bir kavramdır (Erefe 2002).

HADÖ'nün güvenilirliğini ölçmek için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Cronbach alfa katsayısı 0,40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değildir; 0,40- 0,59 arası düşük güvenilirlikte; 0,60 – 0,79 arası oldukça güvenilir; 0,80 – 1,00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (Akgül 2003).

HADÖ'nün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,93 bulundu. Bu bulgu ölçeğin iç tutarlığa sahip yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin sosyal izolasyon ($\alpha=0,93$), sağlık bakım ihmali ($\alpha=0,91$), olumsuz benlik algısı ($\alpha=0,89$), sözlü saldırı ($\alpha=0,89$), bulaşma korkusu ($\alpha=0,73$) ve işyeri damgası ($\alpha=0,75$) alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı oldukça güvenilir bulundu. Holzemer ve arkadaşları (2007) çalışmalarında ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayılarını [sosyal izolasyon ($\alpha=0,89$), sağlık bakım ihmali ($\alpha=0,83$), olumsuz benlik algısı ($\alpha=0,91$), sözlü saldırı ($\alpha=0,89$), bulaşma korkusu ($\alpha=0,80$) ve işyeri damgası ($\alpha=0,76$)] olarak bulmuşlardır. HADÖ'de sosyal izolasyon ve sağlık bakım ihmali alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları orijinal ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayılarına göre daha yüksek olduğu; olumsuz benlik algısı ve bulaşma korkusu alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları orijinal ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayılarına göre daha düşük olduğu; sözlü saldırı ve işyeri damgası alt boyutlarının sonuçlarının ise iki ölçekte benzer olduğu görüldü.

Madde analizi ölçme aracındaki her maddenin aldığı değer ile ölçme aracının tümünde alınan toplam değer arasındaki ilişkiyi ifade eder. Akgül (2003)'e göre madde toplam korelasyon katsayısı 0.25'in altına düştüğünde güvenilirliğin yetersizliğinden söz edilmelidir. Bu araştırmada madde toplam korelasyon puanları 1 madde hariç (10. madde) 0,25'in üzerinde bulundu. Ölçekteki 10. maddenin toplam puan korelasyon katsayısı 0.25'in altındadır; bu yüzden madde ölçekten çıkarıldı. 10. maddeye sadece 1 kişinin "bir yada iki kez" yanıtını verdiği diğer tüm kişilerin "hiçbir zaman" yanıtını verdiği görüldü.

HADÖ'nün güvenilirliğini belirlemek için yapılan bir diğer analiz ise test-tekrar test uygulamasıdır. Bu uygulama ölçümün zamana karşı değişmezliğini ortaya çıkarır (Erefe 2002). Test-tekrar test uygulaması 30 kişilik örneklem grubuna 15-30 gün arayla tekrar uygulandı. Test-tekrar test sonucunda iki uygulamanın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı.

5.3. HADÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları İle Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalığı ile ilgili özellikleri incelendiğinde araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının $42,14 \pm 1,01$, olduğu ve çoğunluğunun erkek olduğu görüldü. Holzemer ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu çalışmada ise olguların çoğunluğu kadın ve yaş ortalamasının 36 olduğu görüldü. Türkiye örneklemin yaş ortalaması ve kadın erkek oranı Sağlık Bakanlığı'nın açıkladığı HIV/AIDS surveyans verileri ile benzerlik göstermektedir. Holzemer ve arkadaşları çalışmalarını Afrika ülkelerinde yapmıştı. UNAIDS (2010) verilerine göre dünyada HIV enfekte kadın oranı (%76) en çok göre Sahra altı Afrika'dadır.

Olguların büyük çoğunluğunun evli olduğu, serbest meslek sahibi olduğu, lise mezunu olduğu ve sosyal güvencesinin SSK olduğu görüldü.

Hastaların büyük çoğunluğunu 2006 yılı ve sonrasında, HIV pozitif tanısı almıştır. Ülkemizde 1992 yılına kadar HIV/AIDS vaka ve taşıyıcı sayılarında bir önceki yıla göre fazla artış saptanmazken, 1992 yılından sonra vaka sayıları giderek artmıştır. 2006 yılı ve sonrasında HIV pozitif tanısı alan kişi sayısının artması literatür verileri ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların çoğunluğunun antiretroviral tedavi kullandığı, ancak bu hastalarında % 94,4'ünün düzenli olarak tedavisini kullandığı saptandı. Düzenli olarak ilacını kullanmayan hastalarda unutkanlık, seyahat, ilaç temininde sorun yaşama gibi sebepler etkili olmaktadır.

Hastaların büyük çoğunluğu HIV pozitif olduğunu öğrendiğinde bunu birisi ile paylaştığı ve paylaşan kişilerin çoğunlukla ailesiyle, eşiyle, sonra sırasıyla kardeşiyle, arkadaşıyla ve diğer kişilerle paylaştığı saptandı. HIV pozitif olduğunu öğrenen kişiler öncelikle birinci derece yakınları ile hastalıklarını paylaşmaktadırlar. HIV pozitif olduklarının duyulması halinde toplumdan dışlanacakları ve ayrımcılığa maruz kalacakları korkusu ile başka kişilerle paylaşma sınırlı olmaktadır.

Hastaların yaş gruplarına göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görüldü, dolayısıyla yaş faktörünün alt boyutlarda damgalamayı etkilemediği söylenebilir.

Hastaların medeni durumlarına göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görüldü.

Hastaların cinsiyete göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görüldü.

Hastaların HIV tanısı alma yılına göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görüldü.

Hastaların antiretroviral tedavi başlanma durumlarına göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sadece sosyal izolasyon ve işyeri damgası alt boyutunda anlamlı fark olduğu görüldü. Bu durumun tedavi başlanan hastalarda kullanılan ilaçların insanların HIV pozitif olduklarının anlaşılmasına sebep olacağı korkusundan ötürü algılanan damgalamayı arttırdığı düşünülmektedir.

Hastaların HIV pozitif olduklarını paylaşma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görüldü.

Hastaların ailesi, eşi ve diğer kişilerle HIV pozitif olduğu paylaşma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görüldü.

Hastaların arkadaşı ile HIV pozitif olduğu paylaşma durumuna göre HADÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sadece sağlık bakım ihmali, sözlü saldırı ve işyeri damgası alt boyutunda anlamlı fark olduğu görüldü. Hastalar HIV pozitif olduklarını paylaştıkları zaman daha fazla ayrımcılığa ve damgalanmaya maruz kalmaktadır.

5.4. Sonuç ve Öneriler

HIV/AIDS damgalama ölçeğinin Türk toplumunda geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edildi.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $42,14 \pm 1,01$ olup, çoğunluğunun erkek (% 70,4), evli (% 61,6), serbest meslek sahibi (% 31,2), lise mezunu (% 62,4) ve sosyal güvencesinin SSK olduğu saptandı.

Hastaların % 72'sinin 2006 yılı ve sonrasında HIV pozitif tanısını aldığı, % 72'sine antiretroviral tedavi başlandığı, % 94,4'ünün düzenli olarak tedavisini kullandığı saptandı. Hastaların % 88,8'inin HIV pozitif olduğunu öğrendiğinde bunu birisi ile paylaştığı ve paylaşan kişilerin % 58,4'ünün ailesiyle paylaştığı saptandı.

HIV/AIDS damgalama ölçeğinin yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda, geçerli ve güvenilir olduğu saptandı ve Türk toplumunda HIV/AIDS'e yönelik damgalamayı ölçmek amacıyla kullanılabilir bir ölçek olduğu belirlendi. Elde edilen analiz sonuçlarına göre;

- HADÖ altı alt boyut ve 32 maddeden oluşmaktadır.
- Ölçek maddelerine ait faktör yükleri 0,45 ile 0,89 arasında değerler almaktadır.
- Madde toplam puan korelasyonları 0,26 ile 0,72 arasındadır.
- Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,93 olarak bulundu.
- Yapılan test-tekrar test güvenilirliği sonucunda iki ölçüm arasında korelasyon katsayıları 0,52 ile 1,00 arasında bulundu, iki ölçüm arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı.

Sonuç olarak HADÖ'nün yeterli geçerlik ve güvenilirlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu saptandı.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği gerçekleştirilen HADÖ'nün daha büyük örneklem gruplarına uygulanarak geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin çalışmaların tekrar kontrol edilmesi,
- HIV enfeksiyonunun olası bulaşma yolları ve korunma yöntemleri konusunda eğitim programlarının oluşturulması,
- Test öncesi ve sonrası danışmanlığın yaygınlaştırılması,
- HIV/AIDS'e bağlı damgalama ve ayrımcılık için mücadele stratejilerinin oluşturulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Adak, N. (2010). Çağın vebası AIDS: HIV/AIDS'e ilişkin damgalama ve ayrımcılık. *ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar*, 3(2), 1-13.
- Afacan, Y., Menteş, T.U. (2007). AIDS tedavisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(28), 85-92.
- Aker, S., Dündar, C., Pekşen, Y. (2005). Ölçme araçlarında iki yaşamsal kavram: Geçerlik ve güvenilirlik. *OMÜ Tıp Dergisi*, 22(1), 50-60.
- Akgül A. (2003). İstatistiksel Analiz Teknikleri, Ankara: Emek Ofset Ltd.Şti.
- Aslantekin, F., Şenol, S. (2007). Gebelikte AIDS danışmanlığı ve vertikal HIV bulaşımın önlenmesinde ebenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 2-12.
- Ay, P., Karabey, S. (2006). Is there a “hidden HIV/AIDS epidemic” in Turkey?: The gap between the numbers and the facts. *Marmara Medical Journal*, 19(2), 90-97.
- Babayiğit, M.A., Bakır B. (2004). HIV enfeksiyonu ve AIDS: Epidemiyoloji ve korunma. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(11), 208-290.
- Badur, S. (2007). 2007 yılında AIDS: Nereden nereye geldik? *Ankem Dergisi*, 21(Ek 2), 1-6.
- Baykam, N. (2000) HIV enfeksiyonundan korunma. Modern Tıp Seminerleri Dizisi, Sayı 10: AIDS, Ankara: Güneş Kitabevi, 54-63.
- Bilge, A., Çam, O. (2010). Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 71-78.
- Bulduk, S., Esin, M. N., Umut, N. (2006). Adölesanların HIV/AIDS bilgi düzeyleri ve hastalığa karşı sosyal önyargıları. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 15(8), 139-142.

Cao, X., Sullivan, S.G., Xu, J., Wu, Z. (2006). Understanding HIV-related stigma and discrimination in a “blameless” population. *AIDS Education and Prevention*, 18(6), 518–528.

Cock, K.M., Weiss, H.A. (2000). The global epidemiology of HIV/AIDS. *Tropical Medicine and International Health*, 5(7), 3-9.

Çağatay, A. (2007). Edinsel immun yetersizlik sendromu. Büyüköztürk, K. (Editör). İç Hastalıkları. Cilt 1, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1357-1375.

Dokuzoğuz, B. (2005). HIV/AIDS bulaşma yolları ve epidemiyoloji. Şimşek, Ş.A., Badur, S. (Editörler). AIDS ve Cinsel Sağlık. İstanbul: Promat Basın Yayın, 5-15.

Duffy, L. (2005). Suffering, shame and silence: The stigma of HIV/AIDS. *Journal of The Association of Nurses in Aids Care*, 16(1), 13-20.

Duyan, V. (2001). HIV/AIDS’e ilişkin damgalama ve sosyal destek. *Sağlık ve Toplum*, 11(1), 3-11.

Duyan, V. HIV/AIDS hastalığının sosyal boyutu.

<http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/sosyal.shtml> 05.04.2010.

Erdem, İ. (2007). HIV ve gebelik. XIII. Türk Klinik Mikrobiyoloji Kongresi, 199-200.

Erefe, İ. (2002). Veri toplama araçlarının niteliği. Erefe, İ. (Editör). Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri. HEMAR-GE Yayın No 1, İstanbul: Odak Ofset, 169-188.

Eron, J.J. (2005). Novel antiretroviral agents. Phair, J., Heiner, D.M., King, E.(Edited). HIV/AIDS Annual Update, Clinical Care Options. 53- 99.

Fincancı, M. (2000). Antiretroviral tedavi: Ne zaman? Nasıl? Eraksoy, H., Yenen, O.Ş. (Editörler). İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji. Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Yayınları No 19, İstanbul, 217-223.

Fincancı, M. (2005). HIV / AIDS'in tedavisi / profilaksi / yan etkiler. Şimşek, Ş.A., Badur, S. (Editörler). AIDS ve Cinsel Sağlık. İstanbul: Promat Basın Yayın, 92-100.

Gözüm, S., Aksayan S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1), 3-14.

Goffman, E. (1963) Stigma: Notes On The Management Of Spoiled Identity, New York: Simon & Schuster Inc.

Herek, G. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientist*, 42(7), 1106-1116.

Holzemer W.L., Uys L. (2004). Managing AIDS stigma. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 1(3), 165–175.

Holzemer, W.L., Uys, L., Chirwa, M., Greeff, M., Makoae, L., Kohi, T.W., Dlamini, P., Stewart, A., Mullan, J., Phetlhu, R., Wantland, D., Durrheim, K. (2007a). Validation of the HIV/AIDS stigma instrument-PLWA (HASI-P). *AIDS Care*, 19(8), 1002- 1012.

Holzemer, W.L., Uys, L., Makoae, L., Stewart, A., Phetlhu, R., Dlamini, P., Greeff M., Kohi T.W., Chirwa M., Cuca Y., Naidoo J (2007b). A conceptual model of HIV/AIDS stigma from five African countries. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6), 541–551.

Kaplan, S., (2008). Türkiye ve Avrupa Birliğinde HIV/AIDS politikaları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3 (7), 44–54.

Karadeniz, G., Altıparmak, S., Yanıkerem, E. (2004) Genç erişkinlerin HIV/AIDS'li kişilere karşı tutumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(5), 87–92.

Kasapoğlu, A., Kuş, E. (2008). The role of gender in the stigmatization of people living with HIV/AIDS in Turkey. *Journal of Gender Studies*, 17(4), 359 – 368

Kocabaşoğlu, N., Aliustaoğlu, S. (2003). Stigmatizasyon. *Yeni Symposium*, 41(4), 190-192.

Korten, V. (2000). HIV enfeksiyonlarının tedavisi. *Ankem Dergisi*, 14(3), 395-399.

Leblebicioğlu, H. (1996). AIDS patogenezi. *OMÜ Tıp Dergisi*, 13(4), 285-289.

Leblebicioğlu, H. (2007). HIV/AIDS: Epidemiyoloji. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(28), 7-9.

Mahendra, V.S., Gilborn, L., Bharat, S., Mudoi, R., Gupta, I., George, B., Samson, L., Daly, C., Pulerwitz J. (2007). Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: A developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 4(2), 616–625.

Mert, A., Öztürk, R. (2008). Gebelikte enfeksiyon hastalıkları. Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 66-72.

<http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/10/10.20.pdf> 05.05.2010.

Midilli, M. (2007). İnsan bağışıklık yetmezliği virüsünün (HIV) biyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(28), 1-6.

Morison, L. (2000). The global epidemiology of HIV/AIDS. *British Medical Bulletin*, 58, 7-8.

Murphy, R.L., Flaherty, J.P., Taiwo, B.O. (2009). Contemporary Diagnosis and Management of HIV/AIDS Infections. Third Edition, Pennsylvania: Handbooks in Health Care Co, 5-40.

Neyzi, O., Özgülnar, N., (2006). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tanı ve Tedavi Rehberi. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Yenilenmiş Üçüncü Basım, İstanbul: Aşama Matbaa, 123-145.

Nicoll, A., Gill O. (1999). The global impact of HIV infection and disease. *Communicable Disease And Public Health*. 2 (2), 85–95.

Oran, N.T., Şenuzun, F. (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-16.

Özbal, Y. (2007). HIV-1 enfeksiyon patogenezi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 29(3), 228-234.

Öztürk, R. (2007a). Akut HIV enfeksiyonu. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(28), 21-24.

Öztürk, R. (2007b). HIV enfeksiyonu: Korunma, kontrol ve aşılama. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(28), 93-99.

Parker, R., Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS- related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, 57(1), 13–24.

Sain, G. (2000) HIV enfeksiyonunun sınıflandırılması ve doğal seyri. Modern Tıp Seminerleri Dizisi, Sayı 10: AIDS, Ankara: Güneş Kitabevi, 27-34.

Simon, V., Ho, D.D., Karim Q.A. (2006). HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment. *Lancet*, 368(9534), 489–504.

Sünter, T., Pekşen, Y. (1996). AIDS Epidemiyolojisi. *OMÜ Tıp Dergisi*, 13(4), 267-271.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Daire Başkanlığı: HIV/AIDS Surveyans Verileri, Haziran (2010).

http://pozitifyasam.org/assets/files/turkiye_verileri-2010.doc 05.06.2010.

Tekin, H. (1991). Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme: Test ve Madde Analizi. 16. Baskı. Ankara: Yargı Yayınevi.

Terzioğlu, F. (2004). HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılık: Hemşireler için müdahale stratejileri. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, 7(2), 57-62.

Tümer, A., Ünal, S. (2001). HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 10(12), 446 – 449.

Tümer A., Ünal S. (2003). HIV/AIDS epidemiyolojisinde gelişmeler ve korunma. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 12(1), 15-18.

Tümer, A. (2006). Dünyada ve Türkiye’de güncel verilerle HIV/AIDS. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, 9(4), 99-103.

Tünger, A., Çavuşoğlu, C., Korkmaz, M. (2005). Asya Mikrobiyoloji. Dördüncü Baskı, Asya Tıp Kitabevi, 385-401.

Türker, N., Örmən, B. (2006). Antiretroviral tedavi. *İnfeksiyon Dergisi*, 20(3), 207-217.

UNAIDS (2005). HIV- related stigma, discrimination and human rights violations: Case studies of successful programmes. WHO, Geneva.

http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_en.pdf 05.06.2010.

UNAIDS (2009). HIV-related stigma and discrimination: A summary of recent literature. WHO, Geneva.

http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20091130_stigmasummary_en.pdf 05.06.2010.

UNAIDS (2010). UNAIDS report on the global AIDS epidemic. WHO, Geneva.
http://www.unaids.org/globalreport/Epi_slides.htm 05.06.2010.

Ustaçelebi, Ő., Engin, D. (2000) HIV enfeksiyonu immunopatogenezi ve tanıda kullanılan yöntemler. Modern Tıp Seminerleri Dizisi, Sayı 10: AIDS, Ankara: Güneş Kitabevi, 11-24.

Uys, L., Chirwa, M., Dlamini, P., Greef, M., Kohi, T., Holzemer, W.L., Makoe, L., Naidoo, J.R., Phetlhu, R. (2005). "Eating plastic," "Winning the lotto," "Joining the WWW". . . Descriptions of HIV/AIDS in Africa. *Journal Of The Association Of Nurses In Aids Care*, 16 (3), 11-21

Uzun, . (1998). AIDS/HIV'in yayılmaması için alınacak nlemler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 46-53.

nal, S., Sain, G. (2002). Edinsel immun yetmezlik sendromu. Topçu, A.W., Söyletir, G., Doğanay, M. (Editörler). Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. Cilt 1, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 441-460.

nal, S., zkaya, G. (2008). Edinsel (kazanılmış) immun yetmezlik sendromu. Topçu, A.W., Söyletir, G., Doğanay, M. (Editörler). Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. Cilt 1, nc Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 683-701.

Yardı, N., Vardar, C. (2008). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre 2000-2005 yılları HIV/AIDS durumu. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28, 544-548.

Yılmaz, G. (2007). HIV enfeksiyonunun laboratuvar tanısı. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(28), 68-73.

FORMLAR

EK-1 Hasta Bilgi Formu

EK-2 HIV/AIDS Damgalama Ölçeği Taslağı

EK-3 Etik Kurul Kararı

EK-4 İl Sağlık Müdürlüğü Protokolü

EK-5 Yazardan Alınan İzin Yazısı

EK-6 Ölçeğin Son Hali

EK-7 HIV/AIDS Stigma Instrument – PLWA (HASI-P)

EK-8 Görüşü Alınan Uzmanlar

EK-1

HASTA BİLGİ FORMU

AÇIKLAMA: Sayın katılımcı “HIV/AİDS Damgalama Ölçeğinin Türk Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliği” konulu bir araştırma planlamaktayım. Araştırma sonucunun doğru ve güvenilir olması için soruları eksiksiz cevaplandırmanız gerekmektedir. Araştırma verileri yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
Pakizer Çalışkan

1- Yaşınız: (.....)

2- Cinsiyetiniz:

1. Kadın () 2. Erkek ()

3- Medeni durumunuz:

1. Evli () 2. Bekar () 3. Diğer (belirtiniz)

4- Mesleğiniz:

1. İşçi () 2. Serbest meslek () 3. Emekli ()

4. Ev hanımı () 5. Diğer (belirtiniz).....

5- Eğitim durumunuz:

1. İlkokul () 2. Ortaokul () 3. Lise ()

4. Üniversite () 5. Diğer (belirtiniz).....

6- Sosyal güvenceniz:

1. SSK () 2. Bağ-kur () 3. Emekli Sandığı ()
4. Yeşil Kart () 5. Diğer (belirtiniz)

7. Kaç yılında HIV tanısı aldınız?

8. Antiretroviral Tedavi (ART) başlandı mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

9. Düzenli olarak Antiretroviral Tedavi (ART) kullanıyor musunuz?

1. Evet () 2. Hayır ()

10. HIV (+) olduğunuzu öğrendiğinizde bu durumu birisi ile paylaştınız mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

11. Kim ile paylaştınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Ailemle () 2. Eşimle () 3. Kardeşimle ()
4. Arkadaşımla () 5. Diğer

EK-2

HIV/AIDS DAMGALAMA ÖLÇEĞİ –H (HADÖ-H) TASLAĞI

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 ya da iki kez	Birkaç kez	Çoğu zaman
1. Kendi yemek takımımı (çatal, kaşık, tabak vb.) kullanmam söylendi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Birisinin çocuğuna dokunmamam söylendi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bir kaptan en son içmem istendi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ben yanından geçerken birisi benimle dalga geçti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diğer insanlarla birlikte yemek yemeği bıraktım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Öksürdüğüm için bulunduğum yeri terk etmem istendi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Birisi benimle 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. İnsanlar ben yanlarından geçerken kırıcı şarkılar söyledi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bana bir geleceğimin olmadığı söylendi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Birisi beni azarladı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tanrının beni cezalandırdığı söylendi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Yalnız yemek yemek zorunda bırakıldım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Birisi beni aşağıladı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. İnsanlar benden uzak durdu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. İnsanlar beni ziyaret etmeyi bıraktı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. İnsanlar benimle olan ilişkilerini bitirdiler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. HIV durumum nedeniyle suçlandım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Birisi beni işimden kovdurmaya çalıştı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. İşverenim beni fırsatlardan yoksun bıraktı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

ETİK KURUL KARARI

EK 3

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
		ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>	Yoktur
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	Yoktur
	İLAN	<input type="checkbox"/>	Yoktur
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	Yoktur
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	Yoktur
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	Yoktur
	DİĞER	<input type="checkbox"/>	Yoktur

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: D-002	Tarih: 10.11.2009
		Yüksek Lisans Öğrencisi Pakizer Çalışkan'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Öner Süzer	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Öner SÜZER (Başkan)	Farmakoloji	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan Yardımcısı)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlkay ALP (Genel Sekreter)	Eczacı	I.Ü. Eczacılık Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hüseyin ÖZ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Zerrin YİĞİT (Üye)	Kardiyoloji	I.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet Rıza ALTIPARMAK (Üye)	İç Hastalıkları	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Akif TURNA (Üye)	Göğüs Cerrahisi	Yedikule Göğüs Hst. ve Göğüs Cerrahisi EAH	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Soykan ARIKAN (Üye)	Genel Cerrahi	İstanbul EAH	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Ayşem KAYA (Üye)	Biyokimya	I.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fatma Arın NAMAL (Üye)	Deontoloji	I.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ertan YURDAKOŞ (Üye)	Fizyoloji	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi -	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülsüm Nurhan İNCE (Üye)	Halk Sağlığı	I.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÖZCAN (Üye)	Hukukçu	I.Ü. Hukuk Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Öğretmen Zümrüt GAMLI (Üye)	Fransızca Öğretmeni	Emekli	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

EK-4

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile **İstanbul Üniversitesi /Hastanesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu /Kliniği** arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Haseki E.A.H, İstanbul E.A.H, Göztepe E.A.H
Çalışmanın adı: HIV / AIDS Damgalama Ölçeğinin Türk Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliği
Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler Pakizer ÇALIŞKAN' dır.

Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda^{3.01}.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) **Başlangıç**.....^{18.11.2009}...../**Bitiş**.....^{18.03.2010}.....

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:
Taraflar:

11.12.2009

Adı-Soyadı

Pakizer ÇALIŞKAN



OLUR

...../...../2009

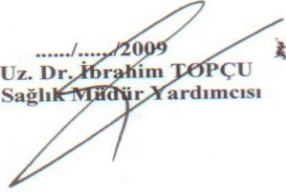
Vali a.

 Doç. Dr. Ali İhsan DOKUCU
 Sağlık Müdürü



...../...../2009

 Uz. Dr. İbrahim TOPCU
 Sağlık Müdür Yardımcısı



https://mail.google.com/mail/?hl=tr&shva=1#starred/122bd19394ba56e5

Dosya Düzen Görünüm Sık Kullanılanlar Araçlar Yardım

Sık Kullanılanlar Gmail - From Bill Holzemer - pakizecaliskan@gmail.com

Rehber Yapılacak İşler E-Posta Yaz

Gelen Kutusu (407) Buzz Önemli Gönderilmiş Postalar Taslaklar (5) Kişisel Seyahat Diğer 7 etiket

Sohbet Ara, ekle ya da davet et

● pakize çalışkan Durumunuzu girin

« Yıldızlı sayfasına geri dön Arşivle Spam bildir Sil Gelen Kutusuna taşı Etiketler Diğer işlemler (Daha yeni 23 / 29 Daha eski) »

From Bill Holzemer Gelen Kutusu

☆ Huang, Emily Kime: bana aynntılar 27 07 2009 Yanıtla

From: Holzemer, Bill
Sent: Sunday, July 26, 2009 12:28 AM
To: Huang, Emily
Subject: FW:

Thanks for your inquiry. Please feel free to modify the scale to fit your setting. Best wishes. bill Holzemer

From: pakize çalışkan [pakizecaliskan@gmail.com]
Sent: Wednesday, July 22, 2009 10:59 AM
To: Holzemer, Bill
Subject:

Dear William L. Holzemer,

I am the research and development staff concerning internal illness nurse-ship branch at the Istanbul University Florence Nightingale High Nursery School, and at the same time that I am a master student. My thesis' subject involves to measure the nurses and patients which they has HIV/AIDS. In fact, I have read your articles about "Validation of HIV/AIDS stigma instrument-PLWA (HASI-P)" and "The development and validation of the HIV/AIDS Stigma Instrument - Nurse (HASI-N)"

This inventory method is very important and very conformable for me, my think of research. This article consists of an approach and I would like to adapt your measurement system to who has HIV/AIDS illness in Turkish Republic with making adaptation as validity check. If you allow me to use your measurement scale and who I would like to get some contribution, reliability and validity for my desire.

Therefore, I have thought who may you put some contribution about my research. How can I reach much more detailed information with regards to measurement method?

If it is possible, can you send these measurement procedures and do you have any informative document to orient me as a proposal?

Thank you for your attention.
Sincerely,
Pakize Çalışkan

My Tel: +90 05367640412

My Adress: İNÖNÜ MH. HAKAN CD. MURAT SK. NO: 8 / 5
SEFAKÖY / KÜÇÜKÇEKMECE
İSTANBUL / TÜRKİYE

Mail adress: pakizecaliskan@gmail.com

Yeni pencere Yazdır

Reklamlar

Apple Ürünleri EXA'da
Aynı gün ücretsiz kargo, % 4 Havale İndirim!
www.exa.com.tr/Apple

Ücretsiz İngilizce Konuş
Ücretsiz Sosyal Kulüp Aktivitesine Katıl, İngilizce Seviyeni İlerlet.
www.wsi.com.tr

10yıl vade ve 300000 TL'ye
kadar ipotekli bireysel finansman kredisi. 444 77 33
www.ddm.com.tr

Daha fazla bilgi...
[Hisse Senedi »](#)
[Garanti İnternet Subesi »](#)
[Kredi Kartı Nakit Çekim »](#)
[Kredi Kartı İle Ukash Al »](#)

[Bu bağlantılar hakkında](#)

EK-6**HIV/AIDS DAMGALAMA ÖLÇEĞİ –H (HADÖ-H)**

(ÖLÇEĞİN SON HALİ)

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

Sıradaki sorular sizin hastanede ya da klinikteki deneyimlerinize ilgilidir.				
Son üç ay içerisinde HIV (+) olmanızdan dolayı aşağıdaki olaylar ne sıklıkla oldu?	Hiçbir zaman	Bir ya da iki kez	Birkaç kez	Çoğu zaman
21. Sağlık bakımı/televi 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-7**HIV/AIDS STIGMA INSTRUMENT – PLWA (HASI-P)**

I'm going to read a list of events that may have happened to you during the past three months. After I read each item, please tell me how often it happened to you <u>because of your HIV status</u> :				
In the past 3 months, how often did the following events happen <u>because of your HIV status</u> ?	Never	Once or twice	Several times	Most of the time
1. I was told to use my own eating utensils.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I was asked not to touch someone's child.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I was made to drink last from the cup.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Someone mocked me when I passed by.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I stopped eating with other people.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I was asked to leave because I was coughing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Someone stopped being my friend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A friend would not chat with me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I was called bad names.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. People sang offensive songs when I passed by.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. I was told that I have no future.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Someone scolded me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I was told that God is punishing me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I was made to eat alone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Someone insulted me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. People avoided me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. People cut down visiting me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. People ended their relationships with me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. I was blamed for my HIV status.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Someone tried to get me fired from my job.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. My employer denied me opportunities.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The next set of questions is about your experiences <u>in the hospital or clinic</u> .				
In the past 3 months, how often did the following events happen <u>because of your HIV status</u> ?	Never	Once or twice	Several times	Most of the time
22. I was denied health care.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. I was refused treatment because I was told I was going to die anyway.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. I was discharged from the hospital while still needing care.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. I was shuttled around instead of being helped by a nurse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. At the hospital/clinic, I was made to wait until last.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. At the hospital, I was left in a soiled bed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. In the hospital or clinic, my pain was ignored.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
These questions are about some of <u>your thoughts or feelings</u> .				
How often have you thought or felt this way during the past 3 months <u>because of your HIV status</u> ?	Never	Once or twice	Several times	Most of the time
29. I felt that I did not deserve to live.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. I felt ashamed of having this disease.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. I felt completely worthless.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. I felt that I brought a lot of trouble to my family.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. I felt that I am no longer a person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-8**GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR*****1. Prof. Dr. Sevim BUZLU**

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Psikiyatri Hemşireliği AD

2. Prof. Dr. Nuray ENÇ

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği AD

3. Prof. Dr. Nevin KANAN

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD

4. Prof. Dr. Reşat ÖZARAS

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları AD

5. Uz. Hem. Duygu EDEBALI

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları AD

6. Uz. Dr. Birgül METE

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları AD

7. Hemş. Nihal KÜÇÜKBOYACI

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları AD

*İsimler ünvan ve alfabetik sıra dikkate alınarak hazırlanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Pakizer	Soyadı	Çalışkan
Doğ. Yeri	Ayancık - Sinop	Doğ. Tar.	02.05.1984
Uyruğu	TC	TC Kim No	48457721536
Email	pakizecaliskan@gmail.com	Tel	0536 764 04 12

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2006
Lise	Halkalı Anadolu Ticaret Meslek Lisesi	2002

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Florence Nightingale Hastanesi	2006-2007
2.	Hemşire	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ABD	2007-.....
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	iyi	orta	orta	44/	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	69,4	73,6	71,7
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	iyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

