

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

HIV POZİTİF BİREYLERDE TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞU VE DEPRESYON BELİRTİ DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Delil YILDIRIM

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre TAN

İSTANBUL – 2019

TEZ TANITIM FORMU

YAZAR ADI SOYADI : Delil YILDIRIM

TEZİN DİLİ : Türkçe

TEZİN ADI : HIV Pozitif Bireylerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ve Depresyon Belirti Düzeylerinin İncelenmesi

ENSTİTÜ : İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

ANA BİLİM DALI : Psikoloji

TEZİN TÜRÜ : Yüksek Lisans

TEZİN TARİHİ : 07/03/2019

SAYFA SAYISI : 71

TEZ DANIŞMANLARI : Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre TAN

DİZİN TERİMLERİ : HIV, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Depresyon

TÜRKÇE ÖZET : HIV pozitif bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon belirti düzeyleri incelenmiştir.

DAĞITIM LİSTESİ : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Delil YILDIRIM

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

HIV POZİTİF BİREYLERDE TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞU VE DEPRESYON BELİRTİ DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
GENEL PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Delil YILDIRIM

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre TAN

İSTANBUL – 2019

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Delil YILDIRIM

/ / 2019



T.C.

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Delil YILDIRIM' ın "HIV Pozitif Teşhisi Almış Bireylerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı Psikoloji Bilim Dalı YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre TAN
(Danışman)

Üye

Doç. Dr. Canan TANIDIR

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

.... / / 2019

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Giriş: HIV; kronik seyirli olmasının yanında tedaviyle kontrol edilebilen bir rahatsızlıktır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu; atlatılamayacak bir olayının ardından ortaya çıkan psikolojik, bedensel ve duygusal boyutta olan bir bozukluktur. Depresyon ise derin hüznü bir duygu durumu içerisinde, düşünce, konuşma ve eylemlerde yavaşlama ve durgunluk, küçüklük, kötümserlik duygu ve düşünceleriyle bedensel işlevlerde yavaşlama gibi semptomları bulunan bir durumdur. Bu çalışmada HIV pozitif teşhisi almış bireylerin travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon düzeyleri incelenmiştir.

Amaç: Bu araştırmanın amacı, HIV pozitif bireylerin travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon belirti düzeylerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini İstanbul ilindeki HIV pozitif tanısı almış bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Pozitif Yaşam Derneği, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören 100 HIV pozitif tanısı almış erkek birey oluşturmaktadır. Araştırmada Kişisel Bilgi Formu, Travmatik Stres Belirti Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Bilgisayar ortamına veri toplama ölçekleriyle ulaşılan verilerin sayısal ifade olarak girişi yapılmış ve bu veriler sosyal bilimler için istatistik paket programından (spss 18) yararlanılarak istatistiksel sonuçlara çevrilmiştir. Veriler analizlere başlamadan önce normal dağılım bakımından incelendi. HIV Pozitif Teşhisi Almış Bireylerden oluşan örneklemin bağımlı değişkeni Travmatik Stres Belirti düzeyleri Shapiro-Wilk testinin de (S-W= .950, df= 100, p=.001) normal dağılım göstermediği saptanmıştır. Bağımlı değişkenlerden Depresyon Düzeyleri Shapiro-Wilk testinin de (S-W= .963, df= 100, p=.007) normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir.

Bulgular: Araştırma dâhilinde kişisel bilgi formunu ve anket sorularını yanıtlayan 100 kişinin yaşlarının oranı %18'i 18-25 yaş arasında, %36'sı 26-30 yaş arasında, %26'sı 31-35 yaş arasında, %11'i 36-40 yaş arasında, % 9'u 40 yaş ve üzeridir. Medeni durumları %2 evli, %91'i bekar, %5'i boşanmış, %2'si ayrı yaşıyordu. Eğitim Düzeyi oranı %6'sı İlkokul Mezunu, %5'i Ortaokul Mezunu, %21'i Lise Mezunu, %57'si Lisans Mezunu, %11'ii Yüksek Lisans mezunu olduğu bilinmektedir. %83'ü çalıştığını, % 17'si çalışmadığını, %35'i gelirden memnun olduğunu, %65'i gelirden

memnun olmadığını, %5'i sosyal güvencesi olmadığını, %82'si SSK, %13'Ü Yeşil Kartı olduğunu belirtmiştir.

Sonuç: Travmatik Stres Belirtisi artarken depresyon düzeyleri artmaktadır. Gerçekleştirdiğimiz çalışmada depresyon düzeyleri ve eğitim durumu arasında bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre lisans mezunlarında depresyon belirti düzeyi yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. HIV pozitif teşhisi almış bireylerden sosyal çevresiyle ilişkisi azalanlarda depresyon düzeyi sosyal ilişkisi azalmayandan yüksek çıkmıştır. Yine gerçekleştirmiş olduğumuz çalışmada depresyon belirti düzeyleri ve çalışma durumu arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmez iken damgalayıcı ve ön yargılı yaklaşılması durumu travmatik stres belirti düzeyini ve depresyon belirti düzeyini arttırdığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: HIV, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Depresyon.

SUMMARY

Introduction: HIV; It is a chronic illness and can be controlled by treatment. Post Traumatic Stress Disorder; is a psychological, bodily, and emotional disorder that occurs after an event that can not be avoided. Depression is a state of deep sadness with symptoms such as slowing down and stagnation in thought, speech and actions, smallness, pessimism, and slowing of bodily functions with thoughtfulness. In this study, post traumatic stress disorder and depression levels of individuals with HIV positive diagnosis were examined.

Purpose: The aim of this study was to examine the post-traumatic stress disorder and depression levels of individuals with HIV-positive diagnoses.

Materials and Methods: Findings: The universe of the research is composed of individuals who have HIV positive diagnosis in Istanbul province. The sample of the research is Pozitif Yaşam Derneği, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Education and Research Hospital, Göztepe Training and Research Hospital and İstanbul Şişli Etfal Education and Research Hospital constitute a male individual with 100 HIV positive diagnoses. Personal Information Form, Traumatic Stress Symptom Scale and Beck Depression Inventory were used in the study. The data obtained by computer-scale data gathering scales were entered as numerical expressions and these data were converted to statistical results by using statistical package program (SPSS 18) for social sciences. The data were analyzed for normal distribution before analysis began. Dependent Variable of the Sample of HIV-Positive Patients Traumatic Stress Symptoms were found not to be normally distributed in the Shapiro-Wilk test ($S-W = .950$, $df = 100$, $p = .001$). It was also found that Dependence Levels Shapiro-Wilk test ($S-W = .963$, $df = 100$, $p = .007$) did not show normal distribution from dependent variables.

Result: Within the survey, the percentage of the 100 respondents who answered the personal information form and the survey questionnaires was 18-25 years, 36% 26-30 years, 26% 31-35 years, 11-36-40 age, 9% is over 40 years of age. Their marital status is 2% married, 91% single, 5% divorced and 2% separate. It is known that the education level ratio is 6% primary school graduate, 5% secondary school graduate, 21% high school graduate, 57% graduate and 11% master graduate. 35% said they were satisfied, 65% said they were not satisfied, 5% said that they did not have social security, 82% said SSK and 13% said it was Green Card .

Conclusion: The level of depression increases as the symptom of traumatic stress increases. In our study we found a relationship between depression levels and educational status. Accordingly, it is concluded that the level of depression symptom

is high in undergraduate graduates. Individuals who have been diagnosed as HIV-positive have higher levels of depression than those whose social relationships are not decrease. In our study, a significant difference is not found between the levels of depression symptom and working status, but it is concluded that stigmatizing and prejudicial approach increase the level of traumatic stress symptom and the level of depression symptom.

Keywords: HIV, Post Traumatic Stress Disorder, Depression.



İÇİNDEKİLER

	SAYFA
ÖZET	I
SUMMARY	III
İÇİNDEKİLER	V
KISALTMALAR LİSTESİ	VIII
TABLolar LİSTESİ	IX
EKLER LİSTESİ	X
ÖNSÖZ	XI
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
1.1. Araştırmanın Problemi.....	3
1.2. Hipotezler	3
1.3. Araştırmanın Amacı.....	3
1.4. Araştırmanın Önemi	3
1.5. Sayıtlılar	4
1.6. Sınırlılıklar	4
1.7. Tanımlar	4
İKİNCİ BÖLÜM	5
KURAMSAL ÇERÇEVE	5
2.1. HIV	5
2.1.1. HIV'in Epidemiyolojisi.....	5
2.1.2. HIV'in Bulaşma Yolları	7
2.1.3. HIV'in Klinik Seyir Ve Belirtileri.....	7
2.1.4. HIV ile Başetme	8
2.1.5. HIV ile Başetmeyi Etkileyen Faktörler	10
2.1.5.1. Cinsiyet	10
2.1.5.2. Yaş.....	10
2.1.5.3. Öğrenim Durumu.....	10

2.1.5.4. Sosyoekonomik Düzey	10
2.1.5.5. HIV Bulaşma Yolu	11
2.1.5.6. Hastalığın Evresi	11
2.1.5.7. Danışmanlık Alma	11
2.1.5.8. Sosyal Destek	11
2.1.5.9. Depresyon.....	11
2.1.6. Dünyada HIV	11
2.1.7. Türkiye'de HIV	12
2.1.8. HIV'de Stres Kaynakları, Başetme, Sosyal Destek ve Depresyon Arasındaki İlişki.....	12
2.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU.....	13
2.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi	15
2.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi	15
2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Belirtileri	16
2.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Klinik Açıklaması	16
2.2.5. TSSB' da Prognoz	18
2.3. DEPRESYON.....	20
2.3.1. Depresyonun Etiyolojisi.....	21
2.3.2. Depresyonun Epidemiyolojisi	21
2.3.3. Depresyonun Genel Belirtileri	22
2.3.4. Depresyonun Nedenleri	24
2.3.5. Klinik Özellikler	25
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	28
YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Modeli	28
3.2. Araştırmanın Örnekleme.....	28
3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	28
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	28
3.3.2. Travmatik Stres Belirti Ölçeği	28

3.3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	29
3.4. Veri Analiz Teknikleri	29
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	30
BULGULAR	30
BEŞİNCİ BÖLÜM	41
TARTIŞMA VE YORUM	41
ÖNERİLER	46
KAYNAKÇA	47
EKLER	-
ÖZGEÇMİŞ	-

KISALTMALAR LİSTESİ

- A.G.E.** : Adı Geçen Eser
- AIDS** : Acquired Immune Deficiency Syndrome
- ART** : Anti Retroviral Tedavi
- BDE** : Beck Depresyon Envanteri
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- ELISA** : Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay
- HIV** : Human ImmunodeficiencyVirus
- SPSS** : Statistical Package for Social Sciences
- UNAIDS** : United Nations Programme on HIV and AIDS

TABLolar LİSTESİ

TABLO	SAYFA
Tablo 4.1: Araştırmaya Katılan Kişilerin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı (n=100)	30
Tablo 4.2: Araştırmaya Katılan Kişilerin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı (n=100)	31
Tablo 4.3: Katılımcıların Depresyon Belirti Düzeylerinin İstatistikleri.....	32
Tablo 4.4: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin İstatistikleri	33
Tablo 4.5: Depresyon Belirti Düzeylerinin Yaş Durumuna Göre Ki-Kare Analizi	33
Tablo 4.6: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin Yaş Durumuna Göre Ki-Kare Analizi	34
Tablo 4.7: Depresyon Belirti Düzeylerinin Medeni Durumuna Göre Ki-Kare Analizi.....	34
Tablo 4.8: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin Medeni Durumuna Göre Ki-Kare Analizi	35
Tablo 4.9: Depresyon Belirti Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Ki-Kare Analizi.....	35
Tablo 4.10: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Ki-Kare Analizi	36
Tablo 4.11: Depresyon Belirti Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Ki-Kare Analizi	36
Tablo 4.12: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Ki-Kare Analizi	37
Tablo 4.13: Depresyon Belirti Düzeylerinin Gelir Memnuniyetine Göre Ki-Kare Analizi	37
Tablo 4.14: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin Gelir Memnuniyetine Göre Ki-Kare Analizi	38
Tablo 4.15: Depresyon Belirti Düzeylerinin HIV Taşıma Süresine Göre Ki-Kare Analizi	38
Tablo 4.16: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin HIV Taşıma Süresine Göre Ki-Kare Analizi	39
Tablo 4.17: Depresyon Belirti Düzeylerinin Damgalayıcı ya da Önyargılı Davranılma Durumuna Göre Ki-Kare Analizi.....	39
Tablo 4.18: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin Damgalayıcı ya da Önyargılı Davranılma Durumuna Göre Ki-Kare Analizi	40

EKLER LİSTESİ

EK-A: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

EK-B: TRAVMATİK STRES BELİRTİ ÖLÇEĞİ

EK-C: BECK DEPRESYON ENVANTERİ



ÖNSÖZ

Tezimin yazım aşamasında beni görüş ve önerileri ile yönlendiren, yol gösteren ve desteğini esirgemeyen danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Recep Emre TAN'a; yoğun çalışmalarım sırasında bana sabır gösteren ve her daim destekleyen aileme; örneklem grubu konusunda yoğun çaba gösteren tercüman, köşe yazarı arkadaşım Turgut BIÇAKÇI'ya ve her konuda kolaylık sağlayan değerli yöneticim Tuğçe UÇAR'a ve daha ismini sayamadığım çalışmamda küçük veya büyük yardımını esirgemeyen herkese teşekkür ederim.

Mart 2019

İstanbul

Delil YILDIRIM

GİRİŞ

HIV ile hayatını devam ettiren bireylerin sayısı giderek artmaktadır ve günümüze kadar dünya genelinde 39 milyon ölüme sebep olmuştur. HIV pozitif hasta Türkiye’de ilk defa 1985 senesinde bildirilmiş olup, HIV vaka sayısı diğer Avrupa ülkelerine oranla çok daha düşüktür. Bunun yanı sıra son 4 senede, artan sayıda yeni vakaların eklenmesi dikkat çekici bir durumdur.¹

Birçok çalışmacı HIV pozitif olma durumunu stresli yaşam olayı şeklinde ele almakta ve bu rahatsızlıkla başetmenin önemi artmaktadır. Henüz HIV enfeksiyonunun kesin bir tedavisi bulunmamaktadır ve bu hastalık uzun bir hastalık döneminin ardından erken ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Kişiler HIV pozitif olmaları halinde kendilerinin travmatik olarak düşünülebilecek olaylarla karşı karşıya kalabileceklerini düşünmektedirler. Bu düşünceler rahatsızlığın neden olduğu fiziksel ve sosyal problemlerdir.² Yarattıkları bu sıkıntılar sonunda bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon görülebilmektedir.

Araştırmada ele alınan diğer bir değişken olan TSSB, üstesinden gelinemeyecek bir olayından ardından meydana gelen bedensel, psikolojik ve emosyonel boyutta olan bir rahatsızlıktır. Travmatik olayı yeniden yaşama, yaşanan travmayı hatırlatan olay, mekan, insanlar ve faaliyetlerden uzak durma; duygusal tepkilerin sınırlı kalması ve aşırı otonomik uyarılma belirtileri ile TSSB kendini belli eder.^{3 4}

Gerçekleştirilen araştırmalar etiyoloji, ayırıcı tanı ve tedavi yöntemleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Fakat, halen TSSB tanısı ve tedavisi ile ilgili görüş birliğine ulaşılmamıştır. Genellikle tedavide bilişsel-davranışçı, psikodinamik ve biyolojik yöntemleri kapsayan yaklaşımlardan yararlanılmaktadır. TSSB'nin tedavisinde günümüzde kabul görülen görüş, her hastanın gereksinimine en uygun yaklaşımı ve tedavi biçimini tespit etmektir.⁵

Kendisi kadar travmanın nasıl algılandığı da sonuçları bakımından önem taşıyan bir durumdur. Travmanın algılanış ve travma ile alakalı bilginin işleniş şekline, travmaya uğrayan kişinin daha önceki tecrübeleri, travma öncesi kişiliği, ailesel

¹ İlyas Dökmetaş, Aziz Ahmad Hamdi, HIV Epidemiyoloji, **Türkiye Klinikleri J Inf Dis-Special Topics**, 2016, Cilt: 9, Sayı: 1, s.6-11.

² Marguerita Lightfoot, vd., Coping and Emotional Distress in Youth Living With HIV, **Journal of Counseling Psychology**, 2001, Cilt: 48, Sayı: 4, s.484-489.

³ Carolyn Clark, Posttraumatic Stress Disorder: How to Support Healing, **AJN The American Journal of Nursing**, 1997, Cilt: 97, Sayı: 8, s.25.

⁴ Mehmet Sungur, vd., Güneydoğu’da Görev Yapan Askeri Populasyonda Görülen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Üzerine Bir Çalışma, **Nöropsikiyatri Arşivi**, 1995, s.116.

⁵ Metin Başoğlu, Psikolojik Travma Sonrası Stres Hastalığı-Psikobiyolojik Kuramlar, **Tedavide Yeni Gelişmeler ve Güncel Konular**, 1992, s.8.

sorumluluğunun bulunup bulunmaması ve travmayla baş etme yeteneği, yitirilenlerin birey için anlamı ve hayatındaki yeri, değişen yaşam şartlarının niteliği, normal yaşama geçmek için ihtiyaç duyulan sürenin uzunluğu, ortama ve duruma dair belirsizlikler ve eksik bilgilendirmeler gibi özellikler etki etmektedir. Travmanın etkisinin çabuk geçip geçmeyeceğini belirleyen önemli etkenlerden biri de, travmanın ardından yaşanan ortamın destekleyici olup olmaması, kişinin yardım ağı ve destek kaynaklarıyla kişinin bu destek kaynaklarından faydalanabilmesinin rahatlığı ya da zorluğudur. TSSB belirtilerinin meydana çıkmasına etki eden unsurlar, travmanın süresi, bireyin baş etme gücü, daha önceki baş etme öyküsü, rol kayıpları ve çatışmalarıdır.⁶

Son değişkenimiz olan depresyonun ise ilk kez tanımlanması Hipokrat dönemine kadar uzanır. Depresyon tıp sözlüklerinde ise 1860'lı senelerde hastalık altında olan, elem çekmekte olan bireylerin ruhlarının sikkinliği olarak açıklanmıştır. Derin hüznü bir duygu durum içerisinde, fikir, konuşma ve eylemlerde donuklaşma ve durgunluk, aşağılık, kötümserlik his ve düşünceleri ile bedensel aktivitelerde yavaşlama şeklinde semptomları barındıran duruma depresyon denilmektedir.⁷

Depresyon çoğunlukla duygu durumunda meydana gelen değişiklikler olarak açıklanmaktadır. Bu değişikliklerin nedenlerinden biri olarak zihinsel sağlık problemlerini de düşünebiliriz. Klinik depresyon olarak adlandırılan bu durum, depresif duygu durumunun devamlı şekilde hissedilmesi olarak tanımlanmaktadır. Hayatın tüm kısımlarını depresyonun etkilemesi halinde bireyde bu durum aynı tropikal bir kasırğa şeklinde yıkıcı bir etkiye neden olabilmektedir.⁸

Bu çalışmada travma sonrası stres bozukluğu ve depresyonun HIV pozitif teşhisi almış bireylerle arasındaki ilişkileri incelemek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda çalışmanın izleyen kısmında ilk olarak araştırmada incelenen değişkenlerin tanıtımına yer verilecektir.

⁶ Başoğlu, a.g.e., s.8

⁷ Christopher Peterson, Martin Seligman, Causal Explanation as A Risk Factor for Depression: Theory and Evidence, **Psychological Review**, 1984, Sayı: 91, s.347-374.

⁸ Peterson ve Seligman, a.g.e., s.347-374

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. Araştırmanın Problemi

HIV pozitif bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon belirti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Araştırmanın Alt Problemleri

HIV pozitif bireylerde travma sonrası stres bozukluğu düzeyi ile eğitim durumu arasında ilişki var mıdır? HIV pozitif bireylerde depresyon belirti düzeyi ile eğitim durumu arasında ilişki var mıdır? HIV pozitif bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ile damgalayıcı veya önyargılı yaklaşma durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? HIV pozitif bireylerde depresyon belirti düzeyi ile damgalayıcı veya önyargılı yaklaşma durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? HIV pozitif bireylerde depresyon belirti düzeyi ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? HIV pozitif bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.2. Hipotezler

HIV pozitif bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ile eğitim durumu arasında ilişki vardır. HIV pozitif bireylerde depresyon belirti düzeyi ile eğitim durumu arasında ilişki vardır. HIV pozitif bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ile damgalayıcı veya önyargılı yaklaşma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır. HIV pozitif bireylerde depresyon belirti düzeyi ile damgalayıcı veya önyargılı yaklaşma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır. HIV pozitif bireylerde depresyon belirti düzeyi ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. HIV pozitif bireylerde travma sonrası stres bozukluğu düzeyi ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; HIV pozitif bireylerin travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon belirti düzeylerini incelemektir.

1.4. Araştırmanın Önemi

Travma sonrası stres bozukluğu ve depresyonun HIV pozitif teşhisi almış bireylerle ilişkisine dair literatürde araştırma yapıldığında travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon ile ilgili pek çok araştırmaya rastlansa da HIV ile ilişkisine dair bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmanın, alanın bu yöndeki eksikliğini gidermeye katkı sağlayacağı ve daha sonraki çalışmalar için veri niteliğinde özgün bir çalışma olacağı düşünülmektedir.

1.5. Sayılılar

Araştırmanın sayılıları aşağıdaki gibidir:

1. HIV pozitif teşhisi almış bireylerin kendilerine yöneltilen sorulara içtenlikle cevap verdiği kabul edilmektedir.

2. Üzerinde araştırma yapılan HIV pozitif teşhisi almış bireyler evreni temsil etmektedir.

3. Araştırmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu, Travmatik Stres Belirti Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri ilgili değişkenleri geçerli ve güvenilir olarak ölçmektedir.

1.6. Sınırlılıklar

Bu araştırma;

1. İstanbul ilindeki Pozitif Yaşam Derneği, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören 100 HIV pozitif tanısı almış erkek bireyden elde edilen verilerle sınırlıdır.

2. Elde edilen veriler HIV pozitif teşhisi almış erkek bireylere uygulanan Kişisel Bilgi Formu, Travmatik Stres Belirti Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri ile sınırlıdır.

3. Araştırmada kadın örneklem kullanılamamasının nedeni eşleri tarafından izin verilmemesidir.

1.7. Tanımlar

HIV: Kronik seyirli olmasının yanında tedaviyle kontrol edilebilen bir rahatsızlıktır.⁹

Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Atlanamayacak bir olayının ardından ortaya çıkan psikolojik, bedensel ve duygusal boyutta olan bir bozukluktur.¹⁰

Depresyon: Derin hüznü bir duygu durum içerisinde, düşünce, konuşma ve eylemlerde yavaşlama ve durgunluk, küçüklük, kötümserlik duygu ve düşünceleriyle bedensel işlevlerde yavaşlama gibi semptomları bulunan bir durumdur.¹¹

⁹ Kaplan Harold, Sadock Benjamin, **Klinik Psikiyatri**, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2004, s.159-164.

¹⁰ Carolyn Clark, Posttraumatic Stress Disorder: How to Support Healing, **AJN The American Journal of Nursing**, 1997, Cilt: 97, Sayı: 8, s.25.

¹¹ Peterson ve Seligman, a.g.e., 1984, Sayı: 91, s.347-374.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. HIV

Dünyadaki en önemli güncel halk sağlığı problemlerinden biri olan HIV (Human Immunodeficiency Virus)"in vücutta yayılması ile AIDS (Akkiz veya Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu, Acquired Immune Deficiency Syndrome) ortaya çıkar. HIV hastalığı ilk defa 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de tanımlanmıştır. HIV, Anti retroviral tedavilerinden(ART) önce ölüme neticelenirken günümüzde ise kronik seyirli fakat tedaviyle kontrol altına alınabilen bir rahatsızlıktır. HIV'e ilk enfeksiyon anından Ocak 2010'a kadar ortalama 75 milyon insan yakalanmıştır ve bu kişilerin 40 milyonundan fazlası AIDS dolayısıyla vefat etmiştir. Bu olaydan dolayı da AIDS, dünyadaki ölüm sebepleri içerisinde üst sıralarda kendisine yer açmıştır.¹²

2.1.1. HIV'in Epidemiyolojisi

Afrikalı primatlardan bulaşan simian immün yetmezlik virüsleriyle ortaya çıkan zoonotik enfeksiyonların ardından HIV epidemisi oluşmuştur. 1959 senesinde belge altına alınan ilk AIDS olayı olmuştur ve bu kişi Afrikalı bir erkektir. HIV günümüzde ise çoğunlukla dört yoldan biriyle bulaşmaktadır. Bunlar;

- (i) cinsel ilişki,
- (ii) kan ile kan ürünleri,
- (iii) kontamine vücut sıvıları
- (iv) perinatal bulaş.¹³

Maymunlardan bulaşmış olan HIV-1 ve HIV-2'de dört HIV-1 grubu bulunmakta ve bunlardan üçünün şempanzelerden (M, N, O) ve diğerinin ise gorillerden (P) bulaştığı tespit edilmiştir. Bunların arasından N, O ve P olanları batı Afrika ile sınırlı bir durumdur. Ortalama 100 yıl önce ise dünya genelinde HIV pandemisini meydana getiren M grubu görülmüştür ve bu grubun dokuz alt tipi bulunmaktadır. Bunlar; A-D, F-H, J ve K. Bütün dünyadaki HIV-1 olaylarının yaklaşık yarısını Afrika ve Hindistan'da hakim olan C alt tipinin meydana getirdiği tespit edilmiştir. B alt tipi en yaygın alt tip olarak ise Amerika, Batı Avrupa ve Avustralya'da saptanmıştır. Yüksek miktarda mutasyona yol açan reverse transkriptazın hata yatkınlıklı görevinin bir sonucu olarak HIV-1'in belirgin bir genetik çeşitliliği olmuştur. HIV-2 enfeksiyonları ise genellikle batı Afrika'da görülmektedir ve HIV-1 ile benzer bir rahatsızlığa yol

¹² Kaplan ve Sadock, a.g.e., s.159-164

¹³ Kaplan ve Sadock, a.g.e., s.159-164

açmaktadır. Bunun HIV-1'den farkı ise immün yetmezliğin çok daha yavaş ilerlemesi ve bulaşıcılığının daha az olmasıdır.¹⁴

Cinsel ilişki, dünya çapında en sık olarak görülen bulaşma yoludur. Plazma HIV-1 RNA'sının "kopya/mL" sayısı (viral yük), HIV-1'in cinsel yolla bulaşma olasılığını en fazla arttıran etkidir. Akut HIV enfeksiyonu ilk birkaç ayda çok yüksek plazma viral yüküne yol açarken, bu dönem HIV salgınının kontrolünde önemli bir yere sahiptir. Seminal ve endoservikal viral yük, plazma viral yükü göz önüne alınmadığı zaman, HIV-1 cinsel yolla bulaşma olasılığının bağımsız göstergesi olarak kabul edilmektedir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan olan herpes simplex tip-2 enfeksiyonu, genital ülserler ve bakteriyel vajinoz, anal beraberlik ve hamilelik HIV'in cinsel yolla bulaşma olasılığını yükselten diğer etkenlerdir. HIV'in cinsel yolla bulaşma olasılığını düşüren bir etken olarak erkeklerin sünnet edilmesi durumu ele alınabilir. HIV-1 cinsel yolla bulaşmasını arttıran davranışsal etken olarak da pek çok partnerle birlikte olma durumu ele alınabilir.¹⁵

Bilhassa HIV ile yaşayanların %57'sinin kadınlardan oluştuğu Sahra altı Afrika ülkelerinde, cinsiyet eşitsizliği HIV salgınında mühim bir unsurdur. Riskli cinsel davranış ile alkol kullanımı ve madde bağımlılığı ilişkili olarak düşünülebilir. Bunun nedeni olarak ortak kullanılan iğneler ele alınabilir. HIV nedeniyle olan mahcupluk ve dışlanmanın ve yüksek risk grubundakilere yani eşcinsel bireylere, ilaç enjekte eden insanlara ve ticari seks işçilerine uygulanan cezalar, UNAIDS'e göre kişilerin HIV testi yaptırmasını, bakıma ve önleyici başka bazı önlemlere ulaşmasını engellemektedir.¹⁶

UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS)'in son güncellenen verilerine göre; 2016 yılında tüm dünyada 36,7 milyon kişinin (30,8 milyon – 42,9 milyon) HIV/AIDS ile yaşadığı bildirilmektedir (Şekil 2). UNAIDS; dünyada HIV yayılımının tersine döndüğünü, HIV epidemisinin azalmaya zorlandığını, yeni HIV enfeksiyonlarının ve AIDS'e bağlı ölümlerin epideminin tepe noktasına ulaştığı zamanlara göre dramatik biçimde azaldığını ve 2030 yılında AIDS epidemisini durdurmayı hedeflediklerini açıklamıştır.¹⁷ 1991 yılına kadar her yıl 30'lu rakamlarda olan yeni olgu sayıları; 2000'li yılların başında 150 – 200, 2005 yılında 300 – 350, 2011 yılı içinde 700 – 750 ve 2012 yılında 1.000'den fazla, 2014 yılında 2.000 ve son verilere göre 2016 yılında ise 2.500'ün üzerinde yeni olgu sayısına kadar yükselmiştir. Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı 2016 verilerine göre; toplamda 14.515 HIV/AIDS

¹⁴ Kaplan ve Sadock, a.g.e., s.159-164

¹⁵ Kaplan ve Sadock, a.g.e., s.159-164

¹⁶ Kaplan ve Sadock, a.g.e., s.159-164

¹⁷ UNAIDS Data 2017, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf, (Erişim Tarihi: 27 Ekim 2018)

olgusu bulunmakta, verileri inceleyen WHO ise son 10 yılda yüzde 450 artış olan tek ülkenin Türkiye olduğunu bildirmektedir.¹⁸

2.1.2. HIV'in Bulaşma Yolları

HIV pozitifli hasta sayısının zamanla azalmasına rağmen ve virüs bedeninin dışında, havada ve suda uzun zaman yaşayamamasına rağmen yine de bulaşma durumu fazla olan bir virüs türüdür. Beden sıvılarının, HIV'in bireye bulaşması için direkt olarak temas etmesi gerekmektedir. Enfekte popülasyonu dünya genelinde %50 kadın ve %50 erkek bireyden oluşmaktadır. Bunların %78'ini ise 25 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmaktadır. Heteroseksüel ilişki, genel toplamda dünya geneli HIV enfeksiyonunun %80'ine yol açmıştır. Homoseksüel cinsel ilişki ise günümüzdeki en yaygın bulaşma yoludur. HIV, korunmasız olarak gerçekleştirilen vajinal, anal, oral fark etmeksizin her türlü cinsel ilişki ile geçişini sağlamaktadır. Korunmasız yapılan anal ilişkinin, korunmasız yapılan vajinal ilişkiye göre virüs bulaştırma olasılığı gerçekleştirilen araştırmalara bakıldığında daha yüksek bulunmuştur. Bulaşma olasılığı, geliştirilen kan analiz ve fraksiyon yollarıyla kan ürünleriyle düşürülmüştür. Traş bıçağı, iğneler, dövme iğneleri gibi deri bütünlüğünü bozan kontamine aletler ve benzeri aletler ise ayrı bir bulaştırma yolu olarak görülür. Bulaşma olasılığı damar yolu olanlarda bu daha çok damardan madde kullanan madde bağımlılarında görülür. Bebeğe plasenta veya sütle virüs, HIV ile enfekte annelerden bulaşabilmektedir.¹⁹

HIV; dokunma, tokalaşma, sarılma, aynı hamamı, denizi, banyoyu, tuvaleti paylaşma, aynı sürahiyi, kadehi, çatalı, kepçeyi kullanma, aynı kıyafetleri giyme, tükürük, ter, sivrisinek, örümcek, arı sokması ile bulaşmayan bir virüsdür.²⁰

2.1.3. HIV'in Klinik Seyir Ve Belirtileri

Bireyin hasta plazmasında HIV taramasıyla ilişkili antikor testleriyle HIV tanısıyla ilişkili doğrulama testleri olan HIV DNA/RNA'sını tespit etmeye yönelik testler ile tanı konulmaktadır. Plazmada anti-HIV antikor bu testler arasında bulunan ve tarama testi olan ELISA (Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay) yöntemiyle tespit edilmeye çalışılmıştır. Western-Blot testi ise pozitif olarak tespit edilen numunenin ardından doğrulama testi olarak HIV'in zarf proteinlerinin band bölgesi oluşturmasının değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Pozitif, belirsiz veya negatif olarak band bölgelerinin pozitiflik paternleri ele alınmaktadır. Ateş, bitkinlik, lenfadenopati, miyalji,

¹⁸ Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı, Zührevi Hastalıklar Birimi. <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/verilerAralik2016.pdf>, Erişim Tarihi: 27 Ekim 2018.

¹⁹ Köroğlu Ertuğrul, **Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kılavuzları**, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2009, s.137-140.

²⁰ İlkay Ertaç, **Cerrahpaşa Psikiyatri**, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2002, s.391-395.

artralji, iştah kaybı, karın ağrısı, kusma, diyare, transaminaz artışı, aseptik menenjit, ensefalit, transversmiyelit, periferik nöropati, ağrılı mukozal ülserler, farenjit, döküntü şeklinde hastaların %40-90'ında çeşitli belirtiler gözlenmektedir.²¹

Ortalama %87 oranında virüs bulaşmasının 2-4 hafta ardından yukarıda ele alınan belirtilerin eşlik ettiği grip tarzı tablo oluşmaktadır. Bu dönem akut HIV sendromu şeklinde isimlendirilmektedir ve 7-10 gün sonra bitmektedir. Genital sıvılar bu dönemde yüksek oranda HIV üretmektedir. Bu dönem sonrasındaki Serumda 6-12 haftalık süre içerisinde anti-HIV antikorları tespit edilmeye başlanmaktadır.²²

Bunun ardından semptomsuz latent periyod dönemi denilen viral yük ve CD4+ T lenfosit sayılarının oranına ve taşıyıcının bağışıklık durumuna göre bireyden bireye farklılık gösterebilen ortalama 7-8 sene devam edebilen dönem başlar. Zayıflamış bağışıklık sistemi ve enfeksiyona hassasiyetin, HIV viral yükünün artışı ile karakterize klinik AIDS tablosu ise daha sonraki dönemde görülür ve fırsatçı patojen enfeksiyonlarıyla da ölümler yaşanabilir.²³

HIV enfeksiyonu zamanla akut ve ölümcül olmayarak ölüm oranları ART ve fırsatçı patojenlerden koruma yollarıyla %80'e kadar azalan kronik bir rahatsızlığa dönüşür. Tedavisiz ortalama yaşam süresi 9-11 sene iken bu sayede yeni tanılı genç yetişkinlerde yaşam beklentisi 20-50 seneye yükselmiştir. CD4+ T lenfosit sayısı ve viral yük oranlarıyla prognoz tedaviye başlama zamanının ilişki içinde olduğu düşünülmüştür. Kişinin AIDS tanısı almasının ardından tedavi almadığı zaman beklenen yaşam süresi 6 ile 18 ay arasında farklılık göstermektedir. Buradaki temel ölüm sebeplerini ise fırsatçı enfeksiyonlar ve kanserler oluşturmaktadır.²⁴

2.1.4. HIV ile Başetme

Bireyin gücünü aşan sıkıcı durumları kontrol altında tutabilmek amacıyla bilinçli olarak kullanılan bilişsel ve davranışsal uğraşlara başetme denilmektedir.²⁵ Çoğunlukla ruh sağlığıyla stresli durumlarda kullanılan başetme yolları birbiriyle ilişkili bulunmaktadır. Alan yazında da çoğunlukla belirli stresli vakalarda kişilerin kullandıkları başetme yollarının duruma nasıl etki ettiği ele alınmıştır. Literatürde şuan

²¹ Köroğlu Ertuğrul, **Psikozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri**, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2004, s.253-258.

²² Bahadır Bakım, vd., HIV ile Enfekte Hastalarda Gözlenen Psikiyatrik Bozukluklar, **Düşünen Adam**, 2015, Cilt: 18, Sayı: 3, s. 149-156.

²³ 35. Benjamin Sadock, Harold Kaplan, **Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri**, Güneş Kitabevi, İstanbul, 2005, s.173-211.

²⁴ Sadock ve Kaplan, a.g.e., s.173-211

²⁵ Debra Murphy, Psychological Distress Among HIV Positive Adolescents in the REACH Study: Effects of Life Stress, Social Support and Coping, **Journal of Adolescent Health**, 2000, Cilt: 27, Sayı: 6, s.391-398.

yeni olsa dahi HIV'le başatme de pek çok çalışmacının alakadar olduğu bir konudur.²⁶

27 28 29

Birçok alışmacı HIV pozitif olma durumunu stresli yaşam olayı şeklinde ele almakta ve bu rahatsızlıkla başatmenin önemi artmaktadır. Henüz HIV enfeksiyonunun kesin bir tedavisi bulunmamaktadır ve bu hastalık uzun bir hastalık döneminin ardından erken ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Kişiler HIV pozitif olmaları halinde kendilerinin travmatik olarak düşünülebilecek olaylarla karşı karşıya kalabileceklerini düşünmektedirler. Bu düşünceler rahatsızlığın neden olduğu fiziksel ve sosyal problemlerdir.³⁰ Psikososyal uyumu yakalamak, anlamlı bir hayat kalitesini devam ettirmek, sosyal destekleri koruma altına almak, işlevlerin bozulması ve yitimiyle başatmek, varoluşsal ve spiritual problemlerle yüzleşmek ve yaşamaya devam edebilmek amacıyla plan yapmak için bu şekil bir ortamda etkin başatme yollarından yararlanmak gereklidir. Fakat bunun her an mümkün olamayabileceğini de bilmek gereklidir. Kişiler bazen kızgınlık, madde kullanımı şeklinde etkin olmayan yollarla duygularına yönelik başatme yollarına başvurabilmektedirler.³¹

Test sonuçlarının pozitif olduğunu öğrenen hastalar farklı başatme yollarına başvurmaktadırlar. Kaderci kabullenme, durumu inkar etme ve teşhisi saklama bunlar arasında en yaygın olanlarıdır. Dışlanmaktan, etiketlenmekten korkma, AIDS/in pis ve gnahkarların rahatsızlığı şeklinde düşünülmesi ve nasıl bulaştığıyla ilgili can sıkıcı problemlerle karşı karşıya kalmaktan kaçınmak isteyen bireyler teşhisi diğer insanlardan saklama yoluna yönelirler. Bulaşmayı engelleyen yöntemlerin kullanılmasını, tıbbi ve sosyal yardım almayı engelleyen bu durum, HIV'e bağlı gelişen bedensel belirtilerde teşhis söylenmediği için uygunsuz tedavilerin yapılmasına yol açmaktadır. Alan yazında çoğunlukla başatmeyle alakalı kaçınma başatme yollarının yüksek stres seviyesiyle alakalı olduğu üzerinde durulmaktadır.³² Bunun yanı sıra bazı araştırmalarda hastanın bir süre inkar başatme yoluna başvurmasının hastalıkla

²⁶ Suzanne Miller, vd., Applications of the Monitoring Process Model to Coping With Severe Long-Term Medical Threats, **Health Psychology**, 1996, Cilt: 15, Sayı: 3, s.216-225.

²⁷ Isao Fukunishi, vd, Liaison Psychiatry and HIV Infection (1): Avoidance coping responses Associated With Depressive Symptoms Accompanying Somatic Complaints, **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 1997, Sayı: 51, s.1-4

²⁸ Mark Kaplan, vd., Distress and Coping Among Women With HIV Infection: Preliminary Findings From A Multiethnic Sample, **American Orthopsychiatric Association**, 1997, Cilt: 67, Sayı: 1, s.80-91.

²⁹ Crystal Park, vd, Appraisals of Controllability and Coping in Caregivers and HIV Positive Men: Testing the Goodness-of-fit Hypothesis, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 2001, Cilt: 69, Sayı: 3, s.481-488.

³⁰ Marguerita Lightfoot, vd., Coping and Emotional Distress in Youth Living With HIV, **Journal of Counseling Psychology**, 2001, Cilt: 48, Sayı: 4, s.484-489.

³¹ Luo Lu, Chiou Chen, Correlates of Coping Behaviours: Internal and External Resources, **Counselling Psychology Quarterly**, 1996, Cilt: 9, Sayı: 3, s.297-306.

³² Lu ve Chen, a.g.e., s.297-306

yüzleşmeye hazırlanması için zaman tanınması sebebiyle kısa süreli olarak kullanılabilirliği sonucuna ulaşılmıştır.³³

2.1.5. HIV ile Başetmeyi Etkileyen Faktörler

2.1.5.1. Cinsiyet

Başetme ile cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında ağlama, izolasyon gibi duygu odaklı yolları daha çok kadınların seçtikleri, problem odaklı yolları ise genellikle erkeklerin seçtikleri, erkeklerin arada da madde tüketimi ve öfke şeklinde etkin olmayan yolları tercih ettikleri saptanmıştır. Kadınlar için HIV'le başetmek mühim bir problemdir. Bunun nedeni çoğunlukla kadınların etkin başetmek için ihtiyaç duyulan destek kaynaklarından yoksun olmalarıdır.³⁴ 145 HIV pozitif kadın üzerinde gerçekleştirdikleri araştırmada Siegel ve ark. (1997)³⁵ kullanılan başetme yollarının etkilerini göz önüne almışlardır; kaçma-kaçınma yollarına başvuran kadınların stres seviyelerinin daha fazla olduğu, genel durumlarınınsa anlamlı düzeyde kötü olduğu sonucuna varmışlardır.

2.1.5.2. Yaş

Yaş HIV'le başetmede bir avantaj olarak ele alınmaktadır. Gerçekleştirilen araştırmalarda yaş yükseldikçe başetmede daha çok problem odaklı yollara başvurulduğu tespit edilmiştir.³⁶

2.1.5.3. Öğrenim Durumu

HIV pozitif hastalarının gerçekleştirilen araştırmalara göre öğrenim seviyelerinin arttıkça planlı problem çözme ve bilgi arama şeklindeki problem odaklı başetme yollarına daha çok başvurdukları saptanmıştır.³⁷

2.1.5.4. Sosyoekonomik Düzey

Hastaların sosyoekonomik seviyeleri bazı araştırmalara göre HIV'le başetmeyi etkilemez iken, Lu ve Chen (1996)'nin yaptıkları araştırmaya göre ise hastaların gelir düzeyinin artması etkin başetme yollarına başvurmalarını sağlamaktadır.³⁸

³³ Fukunishi, a.g.e., s.1-4

³⁴ Carolyn Aldwin, Tracey Revenson, Does coping help? A Reexamination of the Relation Between Coping and Mental Health, **Journal of Personality and Social Psychology**, 1987, Cilt: 53, Sayı: 2, s.337-348.

³⁵ Karolynn Siegel, vd, Coping and Mood in HIV-Positive Women, **Psychological Reports**, 1997, Cilt: 81, Sayı: 2, s.435-442.

³⁶ Jane Simoni, Trauma, Coping and Depression Among Women With HIV/AIDS in New York City, **AIDS Care**, 2000, Cilt: 12, Sayı: 5, s.567-580.

³⁷ Kenneth Pakenham, vd., Relationships Between Adjustment to HIV and Both Social Support and Coping, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1994, Cilt: 62, Sayı: 6, s.1194-1203.

³⁸ Lu ve Chen, a.g.e., s.297-306

2.1.5.5. HIV Bulaşma Yolu

Hastalık etkenini kan yoluyla alan bireylerin daha çok öfke ve izolasyon kullandıkları, HIV bulaşma yolunun hastalıkla başetme üzerine etkisinin ele alındığı araştırmalarda tespit edilmiştir.³⁹

2.1.5.6. Hastalığın Evresi

Kullanılan başetme yollarının hastalık asemptomatik seviyeden semptomatik seviyeye ve AIDS aşamasına doğru gittikçe daha çok duygu odaklı ve daha az problem odaklı olduğu saptanmıştır.⁴⁰

2.1.5.7. Danışmanlık Alma

Danışmanlığın ardından hastaların daha fazla etkin başetme yolları; daha az kaçma-kaçınma, kızgınlık, madde tüketimi gibi duygu odaklı başetme yolları kullandıkları HIV'li hastalara yönelik uygulanan kişisel veya grupta gerçekleştirilen danışmanlık hizmetlerinin etkinliğinin ele alındığı araştırmalarda tespit edilmiştir.⁴¹

2.1.5.8. Sosyal Destek

Adaptif başetme yöntemlerini gerçekleştirilen araştırmalara göre aldığı sosyal destekten hoşnut olanların kullandıkları; sosyal destek seviyesi az olanların öfke puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.⁴² Aynı zamanda alınan sosyal desteğin kalitesi ruh sağlığına etki ettiği için önemli bir konudur. Aldıkları sosyal destekten hoşnut olmayan ve etkin başetme yollarına başvurmayan HIV pozitif hastalarının Murphy ve ark. (2000)'nin araştırmada da depresyon bakımından ileri seviyede risk altında oldukları saptanmıştır.⁴³

2.1.5.9. Depresyon

Depresyon seviyesi yüksek olan bireylerin daha çok kızgınlık,⁴⁴ kendini suçlama ve kaçma-kaçınma gibi duygu odaklı başetme yollarına başvurdukları gerçekleştirilen araştırmalar sonunda tespit edilmiştir.⁴⁵

2.1.6. Dünyada HIV

17 milyon HIV'le enfekte kişi Birleşmiş Milletler HIV ve AIDS Programı (United Nations Programme on HIV and AIDS)(UNAIDS) 2016 verilerine göre ART (Anti

³⁹ Park vd., s.481-488

⁴⁰ Park vd., s.481-488

⁴¹ Vallerie Coleman, Gregory Harris, A Support Group For Individuals Recently Testing HIV Positive: A Psycho- Educational Group Model, **The Journal of Sex Research**, 1989, Cilt: 26, Sayı: 4, s.539-548.

⁴² Ellen Nannis, vd, Coping With HIV Disease Among Seropositive Women: Psychosocial Correlates, **Womn and Health**, 1997, Cilt: 25, Sayı: 1, s.1-22.

⁴³ Murphy, a.g.e., s.391-398

⁴⁴ Nannis vd., a.g.e., s.1-22

⁴⁵ Fukunishi vd., s.1-4

retroviral tedavi)'den yararlanmaktadır, bu verilere göre 36.9 milyon HIV taşıyıcısı hasta vardır. HIV enfeksiyonu geçirdiğini bilmeyen 17.1 milyon kişi olduğu, ART'ye ise ortalama 22 milyon kişinin ulaşamadığı tespit edilmiştir. 2014 senesinde yapılan araştırmalarda 2.1 milyona yakın yeni HIV enfeksiyonu ve 1.2 milyon AIDS'e bağlı ölüm tespit edilmiştir. 2010 senesiyle karşılaştırıldığında ART'ye ulaşımında %84 artış olduğu saptanmıştır. Yeni HIV enfeksiyonlarında 2000 senesinden 2016 senesine kadar %35 azalma tespit edilmiştir. 2030 senesinde tahminsel olarak AIDS epidemisinin bitirilmesi düşünülmektedir.⁴⁶

2.1.7. Türkiye'de HIV

HIV bakımından Türkiye jeopolitik konumu, uluslararası ticaret ve seyahat yollarının geçiş noktası olduğu için riskli bir ülke durumundadır.⁴⁷

Türkiye'de. HIV bildirimleri zaruri rahatsızlıklardandır, HIV için rahatsızlık prevalans, bulaşma biçimleri, insidansı ve uygulanan koruma politikalarının faydası yönünden takip imkanı bildirimlerin zorunlu olması nedeniyle rahat olmaktadır. Türkiye'de ilk defa HIV 1985 senesinde bir hastada görülmüştür, sonraki senelerde artarak Haziran 2016 T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 13181 HIV hasta sayısına yükselmiştir. En çok 25-29 ve 30-34 yaş grubunda vakalar görülmüştür, vakaların yüzde 52'sinin bulaşma yoluna göre dağılımı ele alındığında cinsel yolla bulaştığı görülmüştür. Bulaşma yolu damar içi madde bağımlılığı olanlar yüzde 1,9 iken, yüzde 44'ünün ise bulaşma yolu tespit edilememiştir. Virüsün bulaşma yolları ele alındığında heteroseksüel ilişki Haziran 2013 verilerine göre %46.1, homoseksüel/biseksüel ilişki %9.9, nozokomiyal bulaş %1.6, intravenöz ilaç kullanımı %1.9, anneden bebeğe geçiş % 1.1 olarak tespit edilirken, bulaşma yolu bilinmeyenlerin oranı %39.4 olarak saptanmıştır. 2015 senesinde yeni tanımlı olgu sayısı 1725 olarak saptanmıştır. 20-50 yaş aralığında sosyodemografik olarak olgular %70 oranında iken, bunların %75'inin erkek cinsiyetinde olduğu tespit edilmiştir.⁴⁸

2.1.8. HIV'de Stres Kaynakları, Başetme, Sosyal Destek ve Depresyon Arasındaki İlişki

HIV'li bireylerin yaşadıkları stresler, sosyal destekleri, başetme yolları ve depresyon arasında bulunan ilişki iki biçimde ele alınmaktadır. Hastalık dolayısıyla yaşanan stresin, başvuru alan başetme yollarının ve sosyal desteğin birbirinden bağımsız şekilde ruh sağlığına etki ettiğini birinci gruptaki çalışmacılar ele almışlardır.

⁴⁶ Köroğlu, a.g.e., s.137-140

⁴⁷ Ertaç, a.g.e., s.391-395

⁴⁸ Ertaç, a.g.e., s.391-395

Stres tampon modelini, sosyal desteğin ve başetme yollarının rahatsızlık dolayısıyla yaşanan stresin negatif etkilerini azaltarak kişinin ruh sağlığını koruduğunu ise ikinci gruptaki çalışmacılar ele almışlardır. Başetmenin stresin etkisini düşürmedeki tampon görevini yerine getirmede her an yeterli olmadığına,⁴⁹ sosyal desteğinse⁵⁰ ruh sağlığını koruyucu etkisinin olduğuna gerçekleştirilen araştırmalar sonucunda ulaşılmıştır. Sosyal destek seviyesi düşük olanların veyahut aldığı sosyal desteği yeterli bulmayanların depresyon seviyelerinin gerçekleştirilen başka araştırmalarda da daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.^{51 52 53}

2.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Eski zamanlardan beri travmadan kaynaklanan semptomlara dair kayıtlar bulunmaktadır. Travmaya verilen psikolojik tepkiler Jean Charcot'un 19. yüzyılın ortalarında histeriyi travmanın meydana getirdiği nevroz olarak ele almasıyla bilimsel olarak araştırılmıştır.⁵⁴ Histerik bireylerin semptomları, bu araştırmalardan evvel bilerek yaptıkları veyahut semptomlara doğaüstü bir gücün neden olduğu düşünülmekteydi. 19. yüzyılın son zamanlarına kadar süren bu inanışa göre yalnızca kadınlarda görülen histeri mistik bir şey gibi düşünülmekteydi; büyü, cin gibi şeylerin histeriye yol açtığı varsayılmaktaydı. 19. yüzyılda o dönem doktorları Fransa'da kiliseye karşı olan siyasi hareketin sayesinde düşünce özgürlüğüyle daha rahat çalışma fırsatı elde etmişlerdir.⁵⁵ Charcot'un histerik kadınların semptomlarını mistik güçlerle ilişkilendirmek yerine sebeplerini açıklamaya çabalaması travmanın psikiyatride kendine yer bulmasıyla başlamaktadır. Çoğunlukla şiddet, taciz ve işkence görüp genç kadınlar olmaları histerik kadınların ortak özellikleriydi. Histerinin tıbbi ve bilimsel açıdan incelenmesine Charcot öncüdür.⁵⁶ Tüm bunlara karşın histeriyi Charcot'un tam olarak tanımlayamamasının nedeni tıbbi açıdan histeriyi açıklamasına karşın psikolojik sebeplere değinmemiş olmasıdır. Pierre Janet ve Freud ilerleyen zamanlarda histerinin sebeplerini anlatmaya uğraşırken bu durumun psikiyatrik sebeplerini ele almışlardır. Janet ile Freud'un 19. Yüzyıl sonlarına doğru birbirlerinden

⁴⁹ Aldwin, a.g.e., 3337-348

⁵⁰ Kenneth Pakenham, Machel Rinaldis, The Role of Illness, Resources, Appraisal and Coping Strategies in Adjustment to HIV/AIDS: The Direct and Buffering Effects, **Journal of Behavioral Medicine**, 2001, Cilt: 24, Sayı: 3, s.259-279.

⁵¹ Nannis ve ark., a.g.e., s.1-22

⁵² Fukunishi vd., s.1-4

⁵³ Kathleen Sikkema, Coping Strategies and Emotional Wellbeing Among HIV-Infected Men and Women Experiencing AIDS-Related Bereavement, **AIDS Care**, 2000, Cilt: 12, Sayı: 5, s.613-624.

⁵⁴ Michael Bellis, Thomas Dillen, Childhood Post-Traumatic Stress Disorder: An Overview. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, 2005, Cilt: 14, Sayı: 4, s.745-772.

⁵⁵ Mark Micale, Hysteria and its Historiography: A Review of Past and Present Writings (II), **History of Science**, 1989, Cilt: 27, Sayı: 4, s.319-351.

⁵⁶ Judith Herman, **Trauma and Recovery, The Aftermath of Violence-From Domestic Abuse to Political Terror**, Hachette UK, 2015, s.9.

tamamen bağımsız olarak çalışıp ulaştıkları sonuçlar benzer kısımlar içermektedir.

Histerik semptomlar ikisine göre de travma ve hırpalayıcı olaylara karşı gösterilen emosyonel tepkilerin bilinç durumuna etki etmesinden ve değişen bilinç durumunun sonucu olarak meydana gelmektedir. Janet bilinçteki bu değişikliği “çözülme” şeklinde ifade ederken Freud ise “ikili bilinç” şeklinde ifade etmiştir.⁵⁷

Travma sonrası semptomlar Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın (DSM) birinci baskısında Büyük Stres Reaksiyonu ismi altında ele alınmıştır. Öncelikli olarak buna göre travmatik olayın savaş anında ortaya çıkan bir olay olup olmadığı yani askeri mercileri alakadar edip etmediği kayıt altına alınmalıydı. Bunun yanında, bu durumun savaş anında ortaya çıkmış olsa dahi patlama ya da felaket gibi çok büyük bir olayında olmuş olması gerekmektedir.⁵⁸ Bu konuda DSM-II'de hiçbir gelişme olmamış olup travmatik olay ve travmaya bağlı bozukluk düşüncesi DSM-I'e göre daha da gerilemiştir.⁵⁹ Birinci Dünya Savaşı'nın ardından ortadaki toplumsal boyuttaki hadise de yok olmuştur. Dönemin yeni DSM'sinde bundan dolayı böyle bir tanı kategorisine gereksinim duyulmamıştır.⁶⁰ Psikolojik travma noktasında bundan dolayı DSM-II yeni bir şey belirtmemiştir ve travma geçici uyum bozukluklarına yol açan bir durum olarak değerini kaybetmiştir. Olayların büyük ölçekli, toplumsal vakalarla sınırlı tutulması ve kişiye has travma diye bir terimin bulunmaması dikkati çeken başka bir noktadır. Bundan birkaç sene sonra “Rape trauma syndrome” kavramıysa literatür araştırmalarına girmiştir. DSM-III'te 1980 senesinde shell shock, gross stress reaction ve rape trauma bozukluklarının ortak semptomları bir araya getirilerek Travma Sonrası Stres Bozukluğu ismi altında açıklanmıştır.⁶¹ ⁶² DSM kriteri çocukların travma sonrasında ruhsal yıpranma yaşamayacakları varsayılarak belirlenmemiştir.⁶³ Çocukların travma sonrasında travmaya fazla ve erişkinlerden farklı tepkiler gösterebileceği DSM-III'ün ikinci

⁵⁷ Henri Ellenberger, **The Discovery of the Unconscious**, BasicBooks, New York, 1970, s.135.

⁵⁸ Vilma Gabbay, vd, **Epidemiological Aspects of PTSD in Children and Adolescents, Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: Handbook**, New York: Norton, 2004, s.1-7.

⁵⁹ John Wilson, The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV, **Journal of Traumatic Stress J. Traum. Stress**, 1994, Cilt: 7, Sayı: 4, s.681-698.

⁶⁰ Edgar Jones ve Simon Wessely, A Paradigm Shift in the Conceptualization of Psychological Trauma in the 20th Century, **Journal of Anxiety Disorders**, 2007, Cilt: 21, Sayı: 2, s.164-175.

⁶¹ Eirini Flouri, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): What We Have Learned and What We Still Have Not Found Out, **Journal of Interpersonal Violence**, 2005, Cilt: 20, Sayı: 4, s.373-379.

⁶² Emily Ozer, vd, Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis, **Psychological Bulletin**, 2003, Cilt: 129, Sayı: 1, s.52- 73.

⁶³ Richard Meiser-Stedman, Towards A Cognitive-Behavioral Model of PTSD in Children and Adolescents, **Clinical Child and Family Psychology Review**, 2003, Sayı: 5, s.217-232.

baskısında ise kabul görmüştür. Çocuklar için DSM-IV ve DSM-V'te ise Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirti rehberi yazılmıştır.⁶⁴

2.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Erkek bireylerde herhangi bir travmatik durum yaşama ihtimalinin % 43 ve % 81.3 arasında, kadın bireylerdeyse % 36.7 ve % 74.2 arasında değiştiği belirlenmiştir. Taciz ve cinsel saldırılar kadın bireylerde en sık görülen travmatik yaşantılardandır. Savaş yaşantısı, öteki fiziksel saldırılar ve kazalar erkek bireylerde en sık görülen travmalardır. Cinsiyet farkı; diğer insanların maruz kaldıkları travmayı öğrenme, doğal bir afeti yaşama, yakınların bir anda ölümü gibi olaylarda bulunamamıştır. TSSB'nin hayat süresince prevalansı gerçekleştirilen pek çok çalışma neticesinde % 1 ile % 9 arasında tespit edilmiştir.^{65 66} Erkek bireylerde bu oran % 5 ve % 6, kadın bireylerde ise % 10 ve % 14 arasında farklılık göstermektedir. Her yaşta görülebilmesinin yanı sıra TSSB, yaşları sebebiyle meydana gelen durumlara daha fazla maruz kalan genç yetişkin bireylerde daha yaygın olarak görülmektedir. Boşanmış bireylerde ya da eşi ölenlerde, evli olmayanlarda, ekonomik durumu kötü olan bireylerde ve sosyal desteği fazla olmayanlarda daha sık gözlenmektedir.⁶⁷

2.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi

TSSB'nin meydana gelmesinde travmatik bir durumun bulunması tek başına etken rol oynamamaktadır. Pek çok unsurun hastalığın meydana gelmesini belirlediği varsayılmaktadır. TSSB, travmaya uğrayan bireylerin hepsinde görülmemektedir. TSSB'nin meydana gelmesinde stres, rolü bulunan unsurlar arasındadır. Birey için yaşanan olayın bireysel bir anlamının bulunması da önemli sayılan unsurlardandır.⁶⁸ Travmatik olayın öncesindeki eğilim ve travma sırasındaki çevresel unsurlar da TSSB'nin meydana gelmesini etkileyen etmenlerdendir. Ağır travmatik vakalarda Davidson" a göre (1993) travmayla alakalı unsurlar TSSB'ye yol açarken, kişisel unsurlar ise daha hafif travmatik vakalarda TSSB semptomlarına yol açar.⁶⁹

⁶⁴ Betty Pfefferbaum, Ellen Devoe Jennifer, Stuber, Miriam Schiff, Tovah Klein ve Gerry Fairbrother, Psychological Impact of Terrorism on Children and Families in the United States, **Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma**, 2005, Cilt: 9, Sayı: 3-4, s.305-317.

⁶⁵ Jonathan Davidson, vd, Post-Traumatic Stress Disorder in the Community: An Epidemiological Study, **Psychol Med**, 1991, Cilt: 21, Sayı: 3, s.713-721.

⁶⁶ Ronald Kessler, vd, Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey, **Arch Gen Psychiatry**, 1995, Cilt: 52, Sayı: 1, s.1048-1060.

⁶⁷ John Helzer, Lee Robins and Larry McEvoy, Post-Traumatic Stress Disorder in the General Population, **Findings of the Epidemiologic Catchment Area Survey**, N Engl J Med, 1987, Cilt: 317, Sayı: 26, s.1630-1634.

⁶⁸ Güven Kübra, Marmara Depremini Yaşayan Yetişkinlerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Travma Sonrası Gelişim ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2010. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

⁶⁹ Emine Kılıç, vd, Çocuklarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Sürdüren Ailesel Etmenler, **Kriz Dergisi**, 1999, Cilt: 7, Sayı: 2, s.1-8.

2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Belirtileri

TSSB semptomları travmatik bir olayın ardından üç başlık altında ele alınır. Bu başlıklar şunlardır;

- (a) Yaşanılan travmatik olayı tekrar tekrar yaşıyormuş gibi hissetme,
- (b) Yaşanılan travmayı anımsatan tüm uyaranlardan kaçma ve sosyal açıdan içe kapanma,
- (c) Aşırı derecede uyarılmışlık durumu ve sakinleşme konusunda başarısız olma.

Yaşanılan travmayı tekrar tekrar yaşıyormuş gibi hissetme düşünce, duygu ve bedensel cevaplarla kendisini belli eder. Travmayla alakalı yinelenen imajları, düşünceleri, rüyaları ve tekrardan yaşıyormuş gibi hissetmeyi bilişsel yeniden yaşantılama kavramı kapsar. Anksiyete, öfke ve davranış ile ilgili huzursuzluk, emosyonel yeniden yaşantılamanın içerisinde yer almaktadır. Travma esnasında yaşanan agresif dürtülerin yeniden yaşantılanması neticesinde çevreye aksettirilen öfke ise davranışsal yeniden yaşantılamada yaşanan bir durumdur. Bireyde fizyolojik belirtiler fizyolojik duyarlılık biçimindeki yeniden yaşantılamada kendisini belli eder. Bu belirtiler arasında; konsantrasyon sıkıntısı, uykusuzluk, gastrointestinal problemleri ve taşikardi sayılabilir. Travmatik olayla alakalı fikirlerden, duygulardan, mekanlardan, bireylerden, faaliyetlerden ve hatıralardan kaçmak kaçınma davranışı olarak adlandırılır. Travmatik vakaların etkisinden bireyi koruyan davranış şekli kaçınmadır.⁷⁰

2.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Klinik Açıklaması

DSM-5'e göre bir kişiye TSSB tanısı koyulması için bireyde şu semptomlar görülmelidir:⁷¹

A. Aşağıda yer alanlardan biriyle veya daha fazlasıyla gerçek veyahut göz korkutucu bir şekilde ölümle, ağır yaralanmayla karşı karşıya kalma veya cinsel saldırıya uğrama:

- 1) Direkt olarak travmatik bir olayın başa gelmesi.
- 2) Bir başka bireyin yaşadığı olaya tanıklık etme.

3) Travmatik bir olaya aile üyesinin veya yakın bir arkadaşının uğradığını duyma.

Ancak bu durum söz konusu kişinin ölümü veya ölüm ihtimali zorla veyahut kaza sonucu gerçekleşmelidir.

⁷⁰ Tamer Aker, 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 2000, Cilt: 17, Sayı: 3, s.204-212.

⁷¹ American Psychiatric Association, **DSM 5**, American Psychiatric Association, 2013.

4) Yaşanılan travmatik vakanın hoş olmayan özelliklerine, tekrarlayıcı bir şekilde veya aşırı seviyede maruz kalma.

B. Yaşanılan travmatik vakanın ardından başlayan, zedeleyici olaya dair istemsizce gelen aşağıda yer alan semptomların birinin veya daha fazlasının bulunması;

1) Yaşanılan travmatik vakaların tekrarlayıcı, istemsiz gelen acı veren hatıraları.

2) Tekrarlayıcı, içeriği ya da duygulanımı zedeleyici vakalarla ilgili acı veren rüyalar.

3) Çözülme tepkileri olarak tanımlanan bireyin travmatik olayı tekrardan yaşıyormuş gibi düşündüğü veya davrandığı durumlar.

4) Yaşanılan travmatik vakayı andıran veyahut çağrıştıran iç veya dış uyarıcılarla karşı karşıya kalındığında yoğun veya uzun zamanlı bir ruhsal buhran içine girme.

5) Yaşanılan travmatik vakayı andıran veyahut çağrıştıran iç veya dış uyarıcılara karşı beden ile alakalı belirgin tepkilerde bulunma.

C. Yaşanılan travmatik vakanın ardından aşağıdakilerden birinin veyahut ikisinin beraber olmasıyla bilinen, travmatik vakaya dair uyarıcılardan devamlı bir şekilde kaçma:

1) Yaşanılan travmatik vakayla alakalı veya yakından ilişkisi bulunan, acı veren hatıralar, fikirler veya duygulardan kaçma veyahut bunlardan uzak durmaya çalışma.

2) Yaşanılan travmatik vakayla alakalı veya yakından ilişkisi bulunan, acı veren hatıralar, fikirler veyahut duyguları canlandıran dış hatırlatıcılardan kaçma veya bunlardan uzak kalmaya çalışma.

D. Travmatik vakanın hemen ardından başlayan veyahut kötüleşen aşağıdakilerden ikisinin veya daha fazlasının bulunmasıyla belli, zedeleyici vakaya dair bilişlerde ve duygu durumunda olumsuz değişimlerin bulunması:

1) Yaşanılan travmatik vakanın mühim bir kısmını hatırlayamama.

2) Bireyin kendisi, diğer insanlar veya dünyayla alakalı olarak, devamlı ve abartılı olumsuz tutumlar veya istekler.

3) Yaşanılan travmatik vakanın sebepleri ve neticeleriyle alakalı olarak, bireyin kendisini veya diğer insanları suçlamasına neden olan, devamlılığı bulunan, çarpık bilişler.

4) Devamlılığı bulunan olumsuz duygusal durumlar.

5) Yapılan mühim faaliyetlere karşı hissedilen alakada veya katılımında fark edilir derecede yaşanılan azalma.

6) Bireyin, diğer insanlardan kopma veyahut diğer insanlara yabancılaşma hissi.

7) Devamlı bir şekilde, olumlu duygular içinde olamama.

E. Travmatik vakanın hemen ardından başlayan veyahut kötüleşen aşağıdakilerden ikisi veya daha fazlasıyla belirli, travmatik vakayla ilişkili uyarılma ve tepkide bulunma şeklinde belirgin bire değişimin yaşanması:

1) Kişilere veyahut objelere karşı sözel veya sözel olmayan agresiflikle dışa vurulan, sinirli davranışlar ve kontrol edilemeyen öfke problemleri.

2) Kişinin düşüncesizce davranması veya kendisine zarar veren davranışlar yapması.

3) Kişinin aniden yaşanabilecek bir durum varmışçasına tetikte olması.

4) Mübalağa edilerek gösterilen irkilme tepkisi.

5) Dikkati odaklama konusunda yaşanan zorluklar

6) Uyku prolemi

F. Süre açısından bu bozukluğun süresi bir aydan daha fazladır.

G. İşlevsellik konusunda bu bozukluk klinik yönden belirgin bir probleme veya toplumsal, iş ile alakalı alanlarda veyahut mühim öteki işlevsellik alanlarında azalmaya yol açar.

H. Bir maddenin veya başka bir sağlık durumunun bedeniyle alakalı etkilerinin bu bozukluk ile arasında bağ kurulamaz.

2.2.5. TSSB' da Prognoz

Çoğunlukla çok şiddeti bulunmayan stresörlerin yol açtığı travmalardaki akut semptomlar kısa zamanda yok olmaktadır. Yaklaşık olarak TSSB vakalarının % 30'u tam anlamıyla iyileşme gösterir. Geri kalan % 40'ı hafif, % 20'si ise ılımlı seviyede

semptomlar göstermeyi sürdürür. Kalan % 10 ise değişmeden seneler boyunca aynı biçimde devam eder veya daha da kötüleşir. Zaman içerisinde oran olarak yeniden yaşantılama, artmış uyarılmışlık, kaçınma semptomları farklılaşabilir. Travmanın başlarında yeniden yaşantılamayla alakalı semptomlar başlangıçta ön planda iken, ilerleyen zamanlarda ise kaçınma semptomları ön plana gelebilir. Bunun yanı sıra zamanla kendiliğinden bir düzelmeye olması beklenemez. Semptomlarda yaşla beraber kötüleşme meydana gelir. Bilhassa ürkme, korku, kötü düşler, depresyon zaman içerisinde artmaya başlar.⁷²

Travmatik olaylardan gençler ve yaşlılar, orta yaşlılara oranla daha fazla etkilenmektedirler. Travmanın neden olduğu problemlerle gençlerin baş etme konusunda yetersiz oldukları varsayılmaktadır. Genç yetişkinlere oranla yaşlı bireylerin daha katı baş etme yöntemlerinin olduğu düşünülebilir. Travmanın etkilerinde tüm bunların yanı sıra yaşamın ilerleyen zamanlarında meydana gelebilen fiziksel problemlerin veya rahatsızlıkların sebebiyle de şiddet artışı olabilir. Daha önceden bireyde bulunan psikiyatrik hastalık, kişilik bozukluğu şeklindeki durumlar bilinen stresörlerin etkilerinin artmasına yol açmaktadır. TSSB'nin gelişmesine, şiddetine ve devam ettiği zamana sosyal destek alıp almamasının da etkisi bulunmaktadır. TSSB gelişimi ihtimalini iyi bir sosyal desteğin bulunması durumunun azalttığı bilinmektedir.⁷³

TSSB semptomları gösteren travma mağdurları depresyon yönünden de incelenmelidir. Uzun dönem süren TSSB'nin prognozu, depresyonun tedavisiyle birlikte iyileşme gösterebilir. Fakat, iyileşmenin TSSB'de tamamen olmayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Travmalarla yeniden karşı karşıya kalabilecekleri varsayılarak TSSB semptomlarında düzelmeye gösterenler takip edilmelidir.⁷⁴

İntihar olasılığının diğer kaygı bozuklukları hastalarıyla genel popülasyona oranla TSSB tanısı almış bireylerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Prognoz açısından kronik TSSB'ninki diğerlerinden daha kötü bir durumdadır. Yeniden yaşantılama, sosyal izolasyon ve aşırı uyarılma etkenleri alkol ve madde tüketiminde artışa neden olabilir. Günlük hayata fobik kaçınmaların da olumsuz etkileri bulunmaktadır. TSSB'nin meydana gelme olasılığı ile stresörün şiddeti arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmaktadır.⁷⁵

İyi bir prognozun belirtileri şunlardır:

⁷² Marianne Amir, Suicide Risk and Coping Styles in Posttraumatic Stress Disorder Patients, **Psychother Psychosom**, 1999, Cilt: 68, Sayı: 2, s.76-81.

⁷³ Amir, a.g.e., s.76-81

⁷⁴ Amir, a.g.e., s.76-81

⁷⁵ Cherly Koopman, vd, Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms Among Survivors of the Oakland/Berkeley, Calif, Firestorm, **Am J Psychiatry**, 1994, Cilt: 151, Sayı: 6, s.888-894.

1. Semptomların bir anda ortaya çıkması.
2. Semptomların 6 aydan kısa zamandır var olması.
3. Bireyin hastalıktan öncesindeki işlevselliğinin iyi olması.
4. Bireye çevresi tarafından güçlü bir sosyal destek sunulması.
5. Kişide bedensel bir yaralanma veya tıbbi bir rahatsızlığın bulunmaması.
6. Hastalık öncesinde psikiyatrik bir problemin bulunmaması.
7. Madde tüketiminin bulunmaması.⁷⁶

TSSB oranı sürekli ve yineleyici travmaya uğrayan bireylerde daha düşük görülmekle beraber, yüksek oranda kronikleşme görülmektedir. TSSB'nin meydana gelmesinde ve kronikleşmesiyle alakalı Kaliforniya'da gerçekleşen bir yangına maruz kalan insanlarda olaydan 7-9 ay sonra gerçekleştirilen bir araştırmada, erken dönemde oluşan semptomların belirleyici olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak TSSB travmanın hemen ardından meydana gelse dahi, travmadan seneler sonra dahi meydana gelebilmektedir. Bazı çalışmacılar geç başlangıçlı TSSB'nin geçerliliğini inceleyen bu olguların geç tanı konmuş TSSB vakaları ya da eşik altı TSSB'nin alevlenmesini yaşayan kişiler olduğunu iddia etmişlerdir.⁷⁷

2.3. DEPRESYON

Latince kökü aşağı doğru çekmek, halsiz, dertli, hüzünlü, cesaretini yok etmek, durgunlaşmak olan depresyon kelimesi Türkçede ruhsal çöküntü veyahut çökkünlük anlamlarına gelmektedir.⁷⁸

Hipokrat dönemlerinde ilk defa tanımlanıp açıklanan depresyon tıp sözlüklerinde ise 1860'lı senelerde hastalık altında olan, elem çekmekte olan bireylerin ruhlarının sıkınlığı olarak açıklanmıştır. Derin hüzünlü bir duygu durum içerisinde, fikir, konuşma ve eylemlerde donuklaşma ve durgunluk, aşağılık, kötümserlik his ve düşünceleri ile bedensel aktivitelerde yavaşlama şeklinde semptomları barındıran duruma depresyon denilmektedir.⁷⁹

Depresyon çoğunlukla duygu durumunda meydana gelen değişiklikler olarak açıklanmaktadır. Bu değişikliklerin nedenlerinden biri olarak zihinsel sağlık problemlerini de düşünebiliriz. Klinik depresyon olarak adlandırılan bu durum, depresif duygu durumunun devamlı şekilde hissedilmesi olarak tanımlanmaktadır. Hayatın tüm

⁷⁶ Koopman vd., a.g.e., s.888-894

⁷⁷ Raymond Pary, vd, A Case of Delayed Recognition of Posttraumatic Stress Disorder, **Am J Psychiatry**, 1986, Cilt: 143, Sayı: 7, s.941.

⁷⁸ Köknel Özcan, **Türkiye'de Depresyon Epidemiyolojisi**, Nöropsikiyatri Arşivi Özel Sayısı, 1989, s.1-5.

⁷⁹ Christopher Peterson, Martin Seligman, Causal Explanation as A Risk Factor for Depression: Theory and Evidence, **Psychological Review**, 1984, Sayı: 91, s.347-374.

kısımlarını depresyonun etkilemesi halinde bireyde bu durum aynı tropikal bir kasırğa şekilde yıkıcı bir etkiye neden olabilmektedir.⁸⁰

Depresyon kelimesini ruh sağlığı alanında çalışanlar ise tedavi gerektiren bir durum şeklinde açıklamaktadırlar. Bu anlam karmaşası dolayısıyla deneyimsiz, uzmanlığı bulunmayan kişiler durumun ne kadar muhim olduğunu fark etmeyebilirler. Bundan dolayı da çevresinde bulunan depresyon hastalarına yeterli derecede anlayışla yaklaşmayıp yardımcı olmayabilirler. Bazı insanlar ise depresyonda olmalarının nedenini yaptıkları günahlara bağlamaktadırlar, günah işledikleri için depresyonda olduklarını düşünmektedirler.⁸¹ Aşırı değersizlik ve çaresiz durumda olma düşünceleri depresyon belirtileri arasında sayılır. Klinik depresyondaki bazı kadınlar ise bu durumu mahremiyet durumuna bağlamaktadırlar.⁸²

2.3.1. Depresyonun Etiyolojisi

Günümüzde depresyonun nedenleri net bir şekilde, etiyolojik ve patofizyolojik nedenlerin yoğun olarak araştırılmasına rağmen belirlenebilmiş değildir. Günümüz hayatında biyolojik etmenler daha fazla önemsenirken günlük yaşam sıkıntılırysa tetikleyici etmen olarak ele alınmaktadır. Biyolojik etmenlerin, depresyonların etiyolojisinde var olması durumunda psikososyal etmenlerin onları daha kolay eyleme geçirebildiği görülmektedir. Günümüzde hala biyolojik etmenler ile ilgili farklı hipotezler ve araştırmalar gerçekleştirilse dahi bunların ne şekilde ortaya çıktığı henüz net olarak bulunamamıştır. Kalıtsal, biyokimyasal, nöroendokrin, nörofizyolojik işlevlerle, uyku problemleri ve güneş işığının beyinde meydana getirdiği etkiler biyolojik etmenlerdendir. Psikodinamik ve sosyal etmenlerse psikososyal unsurlardandır. Psikososyal etmenler arasında; günlük hayatın meydana getirdiği evre stresi, erken gelişimin etki ettiği psikoanalitik ve psikodinamik yapı, uğranılan çaresizlik durumları ve kognitif yapının yanlış bir şekilde meydana gelmesi bulunmaktadır.⁸³

2.3.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

İş göremezliğin nedenleri arasında ilk sırada Dünya Sağlık rgt'ne göre dünyada ortalama 121 milyon bireye etki eden depresyon bulunmaktadır. İntihardan dolayı depresyon senede 850000 insanın hayatını kaybetmesine yol açmaktadır. Birinci basamakta tedavi edilebilen bir rahatsızlık olsa dahi depresyondaki hasta grubunun yalnızca %25'inden azı tedavi görmektedir.⁸⁴

⁸⁰ Peterson ve Seligman, a.g.e., s.347-374

⁸¹ Blackburn Ivy, **Depresyon ve Başa ıkma Yolları**, Remzi Kitabevi, Ankara, 1993.

⁸² Barbara Newman, Philip Newman, **Development Through Life**, Thomson Wordworth, London, 2003.

⁸³ Köroğlu, a.g.e., s.253-258.

⁸⁴ Köroğlu Ertuğrul. **Depresyon Nedir, Nasıl Baş Edilir?**, HYB Yayıncılık, Ankara, 2004, s.58.

Ergen bireylerin ve genç yetişkin bireylerin ortalama dörtte birinin bir major depresyon epizodu (%15,3) veyahut minor depresyon epizodu (%9,9) yaşadığı gerçekleştirilen bir araştırmanın sonunda belirlenmiştir. Ergen bireylerde depresyon belirti sıklığı ülkemiz sınırları içerisinde gerçekleştirilen bir çalışmada da %27 olarak belirlenmiştir.⁸⁵

Majör depresif bozukluk, depresif bozukluklar içerisinde en çok ele alınan konu olmasının yanında hayat süresince prevalansı ortalama %15 iken kadınlarda %25'dir. Birinci basamak hasta bireylerde major depresif bozukluk insidansı %10 iken yatarak tedavi edilen tıbbi hastalarda bu durum %15 olarak tespit edilmiştir.⁸⁶

Primer depresyonun nokta yaygınlığı, Eskişehir'de 700 kişiyi içererek gerçekleştirilen bir çalışmada %27.7 olarak saptanırken, ikincil depresyonun yaygınlığıysa %3.57 olarak tespit edilmiştir.⁸⁷

Bazı bulguların, 1970'lerden günümüze kadar gerçekleştirilen araştırmalar beraber ele alındığında stabil olarak devamlılık gösterdiği gözlenmiştir. En fazla görülen ruhsal rahatsızlıkların başında olan depresyonun bütün araştırmalarda genellikle 30'lu yaşlarda ortaya çıktığı, genç yaşlarda meydana gelme sıklığının fazlaştığı, orta yaş grubunda daha fazla görüldüğü, erkeklerde ise genç yaşlarda ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Bütün araştırmalarda tekrarlanan sonuçlar arasında kadın bireylerde erkek bireylere oranla daha yüksek yaygınlık görülmesi, ayrılmış, dul veyahut ayrı yaşayanlarda daha fazla görülmesi bulunmaktadır. Etnik köken, ırk ve depresyon arasında bulunan ilişkinin karmaşık olduğu da bu araştırma sonuçlarına eklenmektedir.⁸⁸

Depresyon görülme sıklığı çalışmaların senesi günümüze yaklaştıkça daha da artmaktadır.⁸⁹ Bunun sebebi olarak kentleşme sürecinin neden olduğu olumsuz durumlar, kent hayatının içerisinde barındırdığı stres ve hayatı tehdit eden riskler düşünülebilir.

2.3.3. Depresyonun Genel Belirtileri

Depresyonun genel semptomları şunlardır:

⁸⁵ Köroğlu, a.g.e., s.58

⁸⁶ Köroğlu, a.g.e., s.58

⁸⁷ Rabia Önen, vd, Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörleri ile İlişkisi, **Kriz Dergisi**, 1995, Cilt: 3, Sayı: 1-2, s.88-103.

⁸⁸ Köroğlu, a.g.e., s.59

⁸⁹ Köroğlu, a.g.e., s.59

• Bireyin kendisini mutsuz, elemli, acılı, karamsar, dertli, moralsiz, çaresiz, boşluktaymışçasına, agresif, hayal kırıklığı yaşamış vb. bir şekilde tanımlaması depresif duygu durumunun varlığına işarettir.

• Herhangi bir şeyden haz duymama (anhedoni).

• Enerji eksikliği, halsizlik, anerji, letarji.

• Retarde edilen konuşmalar, düşünceler ve davranışlar.

• İştah durumunda değişim.

• Çoğunlukla insomnia olmak üzere uyku problemleri.

• Somatik problemler.

• Ajitasyon.

• Cinsel açıdan isteksizleşme.

• Gerçekleştirilen herhangi bir eyleme karşı isteksizlik.

• Kendini değersiz hissetme, aşağılık görme, kendi kendini yargılama, utanma veyahut suçluluk hisleri.

• Kişinin “düşünmede yavaşlama olması” veyahut “düşüncelerinin karışık olması” olarak ifade ettiği hallerinden dolayı net bir düşünme veya düşüncelerini net bir konu üzerinde odaklama yeteneğinin azalması.

• Kaygı duyması.

• Kişinin benlik saygısının azalması.

• Kişinin kendisini çaresiz hissetmesi.

• Kişinin kötümser ve umutsuz olması.

• Ölümle alakalı düşünceler veya intihar teşebbüsleri.

• Dikkatte azalma, hafıza yitimi, kararsız kalma hali.

• Güdülenme konusunda yetersiz olma.^{90 91}

⁹⁰ Zuhâl Batlaş, **Sağlık Psikolojisi**, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2000, s.206-207.

⁹¹ Duran Çakmak Saatçioğlu, **Yükseklisans için Ruh Sağlığı ve Hastalıkları**, İstanbul Ticaret Üniversitesi: Diyaız Matbaacılık, İstanbul, 2003, s.132-135.

2.3.4. Depresyonun Nedenleri

Pek çok sebebi bulunan depresyonun tüm bu sebepleri birbirleriyle ilintilidir. Zihin ve vücut depresyon durumunda birbirinden ayrı düşünülmemektedir. Depresyona; kalıtım, karakter, bireylerarası ilişkiler, yaşam olguları, vücudun biyokimyası, sosyal ve önceki deneyimlerden kaynaklı zorluklar katkı sağlamaktadır. Biyolojik, psikolojik ve çevresel unsurlar olmak üzere üç grupta depresyonun sebepleri ele alınabilir.⁹²

Biyolojik Nedenler

Hastalanma olasılığı, yapılan aile ve genetik çalışmalarına göre duygu durum bozukluğu bulunanların birinci dereceden akrabalarında fark edilir derecede yüksek olmaktadır. Fakat bu sırf aile üyelerinden birisinin depresyon geçmişi var diye kişinin kendisinin de depresyona gireceği anlamına gelmemektedir. Bunun anlamı bir kişide depresyonun meydana gelmesi ihtimalinin aile üyelerinden birinin depresyon geçmişinin bulunması halinde arttığıdır. Minör depresyon, distimik bozukluk ve öteki hafif depresyonlarda genetiğin etkisinin bulunmayacağı; psikotik depresyonda ve aresyonda ise genetiğin etkisinin bulunabileceği öngörülmektedir.⁹³

Ailenin depresyona etkisinden kuşku duyulmakla beraber aile kaynaklı bu depresyonun aile üyelerinden kalıtımsal şekilde mi ya da öğrenme yoluyla mı geçtiği veya kalıtımın mı ya da öğrenmenin mi daha fazla etki ettiği meselesi tam olarak aydınlığa kavuşturulabilmiş bir konu değildir. Kişide depresyona, depresif bir ebeveyn ile yaş sürdürmek ya da anne veyahut babasının depresyonda olduğundan dolayı ihtiyaç duyduğu maddi ve manevi şeyleri alamaması zemin oluşturabilir. Bunun yanı sıra evlat edinilmiş ve biyolojik anne babası depresif olan çocukların depresyon yaşama ihtimalinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kalıtımsal bağın etkisi ikizlerle gerçekleştirilen çalışmalarda net bir biçimde ortaya konmuştur. %65 ihtimalle eş yumurta ikizlerinden birisinin depresyona girmesi halinde diğeri de girmektedir. Bu oran ayrı yumurta ikizlerinde ise %14 olarak tespit edilmiştir. Farklı ailelere evlatlık verilen eş yumurta ikizlerinde bunlardan birisinin depresyona girmesi halinde diğerrinin de depresyona girmesi ihtimalinin çok fazla olduğu saptanmıştır. Bu duruma ayrı yumurta ikizlerinde ise rastlanılmamıştır.⁹⁴

Fizyolojik Biyo-Kimyasal Nedenler

Kimyasal iticiler ile duygulanım problemlerinin ve depresyonun ilişkisine dair yapılan çalışmalar bu durumu katekolaminler ve indolaminler şeklinde iki grupta ele

⁹² Eric Fombonne, vd, The Maudsley Long-Term Follow-Up of Child and Adolescent Depression, **British Journal of Psychiatry**, 2001, Sayı: 23, s.179-217.

⁹³ Adnan Kulaksızoğlu. **Ergenlik Psikolojisi**, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1998

⁹⁴ Patricia Shapiro, **Çocukluk ve İlk Gençlik Depresyonu**, Papirüs Yayınları, Ankara, 1997.

almaktadırlar. Mani olaylarında merkezi sinir sisteminde yer alan noradrenalin ve serotonin üretiminin yükseldiği, depresyon durumunda ise azaldığı düşüncesi ortaya atılmıştır. Mani olaylarında idrarla vücuttan çıkartılan noradrenalin ve serotaminin son parçalanma ürünlerinin fazlalaşması, bu durumun depresyon olaylarında ise azalması bu düşüncüyü desteklemektedir. Bunun yanı sıra mani olaylarında beyin omurilik sıvısındaki her iki kimyasal ileticiye ait parçalanma ürünlerinin fazlalaşması, bu durumun depresyon olaylarında ise azalmasının yanında mani olaylarında bu parçalanma ürünlerinin merkezi sinir sisteminde bulunan miktarının fazla, aynı zamanda depresyon olaylarında ise az olması bu düşüncüyü destekleyen güçlü kaynaklardandır. Ajite depresyonlarında, idrarla vücuttan çıkartılan adrenalinin etkisinin olduğu da bilinen bir gerçektir. Depresyonlu hastaların bir kısmında bazı çalışmacılara göre beyin omurilik sıvısı ile idrarda 5-HIAA seviyesi düşmekte, az olmaktadır. Kısacası depresyon olaylarında serotonin, noradrenalin, asetilkolin, iç salgı bezleri, nöropeptitler, hücre içi sodyum miktarı, kan plazmasındaki magnezyum ve çinko, kanda ve beyin omurilik sıvısındaki kalsiyum seviyesi, kan şekerinin artması ya da azalması durumu gözlenmiştir.⁹⁵

Psiko-Sosyal Nedenler

Toplumsal iletilerin tahripkar, problemlili, hastalığa neden olan toplumsal etkene başkalaşmasında çalışmacılar göre iki temel sebebin rolü bulunmaktadır.

- Yaşanılan toplumsal çevrenin tehditkar, tehlikeli bir özelliğe sahip olması,
- Yaşanılan toplumsal çevre ile kişinin psikolojik yaşantısı arasında yaşanan zıtlık.

Kişiyne toplumun neden olduğu zararlı unsurlar, içerisinde yer aldığı bireysel alan ve içerisinde yaşadığı grup ile aksedilir. Benlikle toplumsal çevrenin çatışması depresyonların bir kısmına neden olurken, benliğin toplumsal çevrede gerçekleştirdiği hedeflerin, isteklerin, tutumların, inançların, bireylerin, nesnelere kaybedilmesi ise depresyonlara neden olan bir başka kısımdır.⁹⁶

2.3.5. Klinik Özellikler

Depresyon kelimesinin anahtar sözcüğü, depresif bir duygudurumla alakalı haz duymanın yitilmesidir. Bu bireyler kendilerini genellikle huzursuz, umudunu kaybetmiş veya değerli olmadıklarını yönünde tanımlarlar. Depresif duygudurum genellikle bireyler için kendini normal ıstırap veya yastan farklı olan değişik bir biçimde gösterir. Depresif semptomları bireyler çoğunlukla öldürücü psikolojik bir acı şeklinde açıklarlar. Kişi depresyon içerisinde olması halinde aile bireylerinden, akranlarından

⁹⁵ Fombonne vd., a.g.e., s.179-217

⁹⁶ Fombonne vd., a.g.e., s.179-217

ve daha önce alakadar oldukları faaliyetlerden uzak durmayı tercih etmektedir. Genellikle bütün depresyon hastaları işlerini yapmakta güçlüğe neden olan, okul ve iş hayatında başarısızlığa sebep olan bir enerji eksikliğinden ve yeni tasarılar kurması için gerekli olan arzu eksikliğinden şikayet ederler.⁹⁷

1.Öyküden Ulaşılan Bilgiler:

- Anhedoni-zevk duyamama
- Akranlar ya da aile bireylerinden uzaklaşma
- Güdülenme eksikliği
- Libido yitimi
- İştah kaybı ve kilo verme
- İştahın fazlalaşması ve kilo artışı
- Enerjinin azalması, halsizlik
- Adet düzeninin bozulması
- Uykusuzluk ya da çok fazla uyuma.
- Gün içerisinde değişen duygudurum.
- Sindirim problemi
- Ağızda kuruma
- Başın ağrısı

2. Ruhsal Durum Muayenesinden Ulaşılan Bilgiler:

• Genel görüntü ile davranış: Psikomotor açıdan yavaşlama ya da ajitasyon, göz teması kurmada azalma, bedenin öne eğilmesi, bireysel görüntü konusunda özensiz olma.

• Duygulanım: Kasvetli.

• Duygudurum: Kederli.

• Konuşma: Ya azdır ya da kişi kendiliğinden konuşma başlatmamaktadır, uzun aralıklar vererek ve tek hecelerle konuşur, ses tonu düşük ve tekdüzedir.

• Düşünce içeriği: Karamsardırlar.

• Duyum: Dikkat konusunda yetersiz olma, odaklanamama, hafıza zayıflığı, yönelim bozukluğu sayılabilir.

⁹⁷ Sibel Örsel, Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar, **Klinik Psikiyatri**, 2004, s.17-24.

- İlgörü ve yargılama: Bireysel olarak kişinin kendisini değersiz görmesiyle alakalı bilişsel bozukluklar sebebiyle bozulma olabilir.

3. Eşlik Eden Bulgular:

- Fiziksel şikayetler; depresyonun üstünü örtebilir; bilhassa sindirim sistemi, kalp, boşaltım sistemiyle alakalı şikayetler, sırtın alt bölgesine ağrı ve ortopedik şikayetler.

- Sanrı ve halüsinasyonların var olması halinde içerikleri çökkün duygudurumla uyumlu haldedir. Bu duygudurumlar arasında fakirlik, kötülüğü hak ettiği için gördüğünü düşünme, suçluluk, vücut ile alakalı negatif düşünceler ve dünyanın sonunun geldiğini düşünmek en sık olanlarıdır.

4. Yaşa Has Bulgular: Farklı yaşlarda depresyon değişik biçimlerde kendisini göstermektedir.

- Puberteden önce: Bunlara bedensel şikayetler, ajitasyon, işitsel varsanılar, anksiyete ve fobiler sayılabilir.

- Ergenlik: Bunlara maddeyi kötüye kullanmak, okul ile alakalı yaşanan zorluklar, antisosyal davranış, düşüncesizce girilen cinsel ilişkiler, yeterli olmayan temizlik sayılabilir.

- Yaşlılık: Bunlara hafıza kaybı, yönelim bozukluğu, apati, psödodemans, odaklanma problemi gibi bilişsel kusurlar sayılabilir.⁹⁸

⁹⁸ Örsel, a.g.e., s.17-24

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada iki veya daha fazla etken arasında birlikte değişim varlığını veya seviyesini tespit etmeyi amaçlayan araştırma desenlerinin tamamı olarak bilinen ilişkisel tarama modelinden faydalanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul ilindeki HIV pozitif tanısı almış bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Pozitif Yaşam Derneği, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören 100 HIV pozitif tanısı almış erkek birey oluşturmaktadır. Yapılan çalışmada kadın bireylere ulaşılmıştır fakat toplumun ön yargıları ve kadına bakışı göz önünde bulundurulduğundan dolayı, ayrıca ulaştığımız kadınlar evli olduğu için ve eşlerinden izin alınamadığı için bu çalışmaya kadınlar dahil edilmemiştir.

3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Çalışmada üç ölçme aracından faydalanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan ve kişisel bilgilerin araştırıldığı formda kişilere cinsiyeti, yaşı, sosyoekonomik durumu gibi toplamda 20 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır.

3.3.2. Travmatik Stres Belirti Ölçeği

Çalışmada DSM-IV tanı kriterleri temel alınarak Foa ve arkadaşları tarafından travma sonrası stres bozukluğunu tespit etmek için oluşturulan 50 maddesi bulunan bir öz bildirim ölçeği olan Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği'nin alt ölçeklerinden biri olan Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği kullanılmıştır.⁹⁹

Travma Sonrası Stres Belirti Ölçeği'nde 4'lü derecelendirme (0 = Hiç ya da yalnızca bir kez, 3 = Haftada 5 ya da daha fazla/nerdeyse bütün gün) biçiminde toplam 17 madde bulunmaktadır. Ölçek ranjı 0-51 aralığındadır. Ölçekten toplamda alınan

⁹⁹ Edna Foa vd., The Validayion of A New Obsessive- Compulsive Disorder Scale: The Obsessive - Compulsive Inventory, **Psychological Assessment**, 1998, Sayı: 10, s.206-214.

puanlardan 1-10 arası hafif, 11-20 arası orta, 21-35 arası orta-ağır ve 36 üzeri ağır seviyede travma sonrası stres bozukluğu semptomlarına karşılık gelmektedir. Ölçeğin psikometrik özelliklerini tespit etmek için Foa ve arkadaşları (1998) gerçekleştirdikleri güvenilirlik araştırmasında ölçeğin Craonbach Alfa katsayısını 0.92, test-tekrar test güvenilirlik katsayısını ise 0.83 olarak saptamışlardır. Dürü (2006)¹⁰⁰ tarafından Türkçeye uyarlaması gerçekleştirilen ölçeğin, toplam maddeler için Cronbach Alfa katsayısı ($\alpha=0.93$) olarak saptanmıştır.

3.3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

1961'de Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek depresyonda görülen duygusal, fiziksel ve bilişsel semptomları ölçmeyi amaçlamaktadır. 1989'da Nesrin Hisli tarafından geçerlilik ve güvenilirlik araştırması yapılmıştır.¹⁰¹

Bireylere o gün de dahil olacak şekilde geçirdikleri son bir hafta içerisinde kendilerini nasıl hissettiklerine en iyi şekilde karşılık gelen dört maddeden birini seçerek işaretlemeleri söylenir. 0-3 arasında farklılık gösteren likert tipi bir ölçek olan Beck Depresyon Envanteri'nde 63 alınan en yüksek puandır. Depresyon seviyesinin veya şiddetinin yüksekliğini toplam puanın yüksekliği tespit etmektedir. Envanterin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanın 17 olarak kabul gördüğü bildirilmiştir.¹⁰²

3.4. Veri Analiz Teknikleri

Veri toplama ölçekleri ile elde edilen veriler bilgisayar ortamına sayısal ifade olarak girilmiş ve bu veriler sosyal bilimler için istatistik paket programı (spss 21) kullanılarak istatistiksel sonuçlara dönüştürülmüştür.

Beck Depresyon ölçeği ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeğinde ki-kare yöntemi ile karşılaştırılmıştır. Ki-kare testi için anlamlılık düzeyleri en az $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Sonuçlar, spss programının hesapladığı değer 0.05'den küçükse anlamlıdır, 0.05'den büyükse anlamsızdır ilkesine göre değerlendirilmiştir.. Pearson korelasyon analizinde kuvvetin başında '-' negatif işareti varsa cümle içinde negatif korelasyon gibi ifadeler kullanılmıştır. Travmatik Stres Belirtisinin depresyonu yordama da ki önem sırasını belirlemek için de basit regresyon analizi yapılmıştır.

¹⁰⁰ Çağay Dürü, Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikolojisi Bilim Dalı, Ankara, 2006, 157. **(Yayımlanmamış Doktora Tezi)**

¹⁰¹ Nesrin Hisli, Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliliği, **Psikoloji Dergisi**, Cilt: 7, Sayı: 23, s.3-13.

¹⁰² Hisli, a.g.e., s.3-13

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formundan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1: Araştırmaya Katılan Kişilerin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı (n=100)

Değişken		N	%
Yaş	18-25 yaş arası	18	18,0
	26-30 yaş arası	36	36,0
	31-35 yaş arası	26	26,0
	36-40 yaş arası	11	11,0
	40 yaş ve üzeri	9	9,0
Medeni Hal	Evli	2	2,0
	Bekâr	91	91,0
	Boşanmış	5	5
	Ayrı Yaşıyor	2	2,0
Eğitim Durumu	İlkokul Mezunu	6	6,0
	Ortaokul Mezunu	5	5,0
	Lise Mezunu	21	21,0
	Lisans Mezunu	57	57,0
	Yüksek Lisans Mezunu	11	11,0
Çalışma Durumu	Evet	83	83,0
	Hayır	17	17,0
Gelirden Memnuniyeti	Evet	35	35,0
	Hayır	65	65,0
Sosyal Güvence Durumu	Yok	5	5,0
	SSK	82	82,0
	Yeşil Kart	13	13,0
HIV Taşıma Süresi	3-6 Ay	6	6,0
	6-9 Ay	12	12,0

	9-12 Ay	9	9,0
	12 Ay ve Üstü	73	73,0
Hastalığın Bulaşma Durumu	Cinsel İlişki ile	95	95,0
	Bilmiyorum	5	5,0

Araştırma dâhilinde kişisel bilgi formunu ve anket sorularını yanıtlayan 100 kişinin yaşlarının oranı %18'i 18-25 yaş arasında, %36'sı 26-30 yaş arasında, %26'sı 31-35 yaş arasında, %11'i 36-40 yaş arasında, %9'u 40 yaş ve üzeridir. Medeni durumları %2 evli, %91'i bekar, %5'i boşanmış, %2'si ayrı yaşıyordu. Eğitim Düzeyi oranı %6'sı İlkokul Mezunu, %5'i Ortaokul Mezunu, %21'i Lise Mezunu, %57'si Lisans Mezunu, %11'i Yüksek Lisans mezunu olduğu bilinmektedir. %83'ü çalıştığını, %17'si çalışmadığını, %35'i gelirden memnun olduğunu, %65'i gelirden memnun olmadığını, %5'i sosyal güvencesi olmadığını, %82'si SSK, %13'ü Yeşil Kartı olduğunu belirtmiştir. HIV taşıma süresi %6'sı 3-6 ay, %12'si 6-9 ay, %9'u 9-12 ay, %73'ü 12 ay ve üstü, hastalığın bulaşma nedeni %95'i Cinsel İlişki ile, %5'i bilmediğini belirtmiştir.

Tablo 4.2: Araştırmaya Katılan Kişilerin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı (n=100)

Değişken	N	%	
HIV Pozitif Durumu Kontrol Altında Mı	Evet	97	97,0
	Hayır	3	3,0
Hastalıktan Önce Psikiyatrik Rahatsızlık Durumu	Evet	22	22,0
	Hayır	78	78,0
Psikiyatrik ya da Psikolojik Yardım Alma Durumu	Evet	33	33,0
	Hayır	67	67,0
Destek Olacak Kişi Olma Durumu	Evet	78	78,0
	Hayır	22	22,0
Hastalığı öğrenmeden önce HIV ile Bilgi Durumu	Evet	69	69,0
	Hayır	31	31,0
Tedavi İle İlgili Bilginiz Durumu	Evet	29	29,0
	Hayır	71	71,0
Hastalığı Çevreye Söylerken Çekinme Durumu	Evet	96	96,0
	Hayır	4	4,0
	Evet	43	43,0

Damgalayıcı veya Önyargılı Yaklaşıldığı	Hayır	57	57,0
Sosyal Çevrenizden Bu Durumdan Sonra Sizinle İlişkisini Azaltan	Evet	48	48,0
	Hayır	52	52,0
HIV İle İlgili Grup veya Derneklerle Temasınız Var Mı ?	Düzenli Olarak Var	4	4,0
	Az Olarak Var	32	32,0
	Hiç Yok	64	64,0
Bu Durum Sonrası Maddi Kayıp Yaşadınız Mı?	Evet	31	31,0
	Hayır	69	69,0

HIV Pozitif durumu %97'si kontrol altında olduğunu, %3'ü kontrol altında olmadığını belirtmiştir. %22'si hastalıktan önce psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu, %78'i psikiyatrik rahatsızlığı olmadığını, Psikiyatrik ya da psikolojik yardım alma %33'ü aldığını, %67'si almadığını, ihtiyaç anında destek olacak kişi olma durumu %78'i evet, %22'si hayır, hastalığı öğrenmeden önce HIV ile %69'u bilgisi olduğunu, %31'i bilgisi olmadığını, tedaviyle ilgili %29'u bilgisi olduğunu, %71'i bilgisi olmadığını belirtmiştir. Hastalığı çevreye söylerken %96'sı çekindiği, %4'ü çekinmediğini, %43'ü damgalayıcı veya önyargılı yaklaşıldığı, %57'si damgalayıcı veya önyargılı yaklaşmadığını, Bu durumdan sonra sosyal çevrenizden %48'i ilişkisini azalttığını, %52'si ilişkisini azaltmadığını, HIV ile ilgili grup veya derneklerle teması %4'ü düzenli olarak var, %32'si az olarak var, %64'ü hiç yok, bu durumdan sonra %31'i maddi kayıp yaşadığını, %69'u maddi kayıp yaşamadığını belirtmiştir.

Tablo 4.3: Katılımcıların Depresyon Belirti Düzeylerinin İstatistikleri

Beck Depresyon Ö.	N	%
Var	10	10,0
Yok	90	90,0

Tablo 3.3'te görüldüğü üzere, katılımcıların 10'ı (%10) depresyon belirtisi olduğu, 90 (%90) depresyon belirtisi olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.4: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin İstatistikleri

Travma Sonrası Stres Bozukluğu	N	%
Yok	89	89,0
Var	11	11,0

Tablo 3.4'de görüldüğü üzere, katılımcıların 89'u (%89) travma sonrası stres bozukluğu belirtisi olmadığını, 11'inde (%11) travma sonrası stres bozukluğu belirtisi olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.5: Depresyon Belirti Düzeylerinin Yaş Durumuna Göre Ki-Kare Analizi

	Var	Yok	Toplam	
18-25 yaş	3 3,0%	15 15,0%	18 18,0%	
26-30 yaş	0 ,0%	36 36,0%	36 36,0%	
30-35 yaş	4 4,0%	22 22,0%	26 26,0%	$\chi^2=7.230,$ $df=4,$ $p=.124$
35-40 yaş	1 1,0%	10 10,0%	11 11,0%	
40 yaş ve üzeri	2 2,0%	7 7,0%	9 9,0%	
Toplam	10 10,0%	90 90,0%	100 100,0%	

Depresyon Belirti Düzeyleri ve yaş durumuna göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmıştır ve anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.6: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin Yaş Durumuna Göre Ki-Kare Analizi

	Yok	Var	Toplam	
18-25 yaş	15 15,0%	3 3,0%	18 18,0%	
26-30 yaş	36 36,0%	0 ,0%	36 36,0%	
30-35 yaş	21 21,0%	5 5,0%	26 26,0%	$\chi^2=8.038$
35-40 yaş	10 10,0%	1 1,0%	11 11,0%	$df=4$
40 yaş ve üzeri	7 7,0%	2 2,0%	9 9,0%	$p=.090$
Toplam	89 89,0%	11 11,0%	100 100,0%	

Travma Sonrası Stres Bozukluğu düzeyleri ve yaş durumuna göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmıştır ve anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.7: Depresyon Belirti Düzeylerinin Medeni Durumuna Göre Ki-Kare Analizi

	Var	Yok	Toplam	
Evli	0 ,0%	2 2,0%	2 2,0%	
Bekar	9 9,0%	82 82,0%	91 91,0%	$\chi^2=1.001$
Boşanmış	1 1,0%	4 4,0%	5 5,0%	$df=3$
Ayrı Yaşıyor	0 ,0%	2 2,0%	2 2,0%	$p=.801$
Toplam	10 10,0%	90 90,0%	100 100,0%	

Depresyon Belirti Düzeyleri ve medeni durumuna göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmıştır ve anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.8: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin Medeni Durumuna Göre Ki-Kare Analizi

	Yok	Var	Toplam	
Evli	2 2,0%	0 ,0%	2 2,0%	
Bekar	81 81,0%	10 10,0%	91 91,0%	$\chi^2=.908$
Boşanmış	4 4,0%	1 1,0%	5 5,0%	$df=3$
Ayrı Yaşıyor	2 2,0%	0 ,0%	2 2,0%	$p=.823$
Toplam	89 89,0%	11 11,0%	100 100,0%	

Travma Sonrası Stres Bozukluğu düzeyleri ve medeni durumuna göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış olup anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>.05$).

Tablo 4.9: Depresyon Belirti Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Ki-Kare Analizi

	Var	Yok	Toplam	
İlkokul Mezunu	4 4,0%	2 2,0%	6 6,0%	
Ortaokul Mezunu	0 ,0%	5 5,0%	5 5,0%	
Lise Mezunu	0 ,0%	21 21,0%	21 21,0%	$\chi^2=24.402$
Lisans Mezunu	5 5,0%	52 52,0%	57 57,0%	$df=4$ $p=.000^*$
Yüksek Lisans Mezunu	1 1,0%	10 10,0%	11 11,0%	
Toplam	10 10,0%	90 90,0%	100 100,0%	

$\chi^2=24.402$, $df=4$, $p=.000^*$

Depresyon Belirti Düzeyleri ve eğitim durumuna göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış olup istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir ($\chi^2=24.402$, $p<.05$). Lisans Mezunların depresyon oranlarının yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.10: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Ki-Kare Analizi

	Yok	Var	Toplam	
İlkokul Mezunu	2 2,0%	4 4,0%	6 6,0%	
Ortaokul Mezunu	5 5,0%	0 ,0%	5 5,0%	$X^2=22.259$ $df=4$
Lise Mezunu	21 21,0%	0 ,0%	21 21,0%	$p=.000^*$
Lisans Mezunu	51 51,0%	6 6,0%	57 57,0%	

Travma Sonrası Stres Bozukluğu düzeyleri ve eğitim durumuna göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmıştır ve anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($X^2=22.259$). Lisans mezunu olanlarda travma sonrası stres bozukluğu fazladır.

Tablo 4.11: Depresyon Belirti Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Ki-Kare Analizi

	Var	Yok	Toplam	
Evet	7 7,0%	76 76,0%	83 83,0%	$X^2=1.331$ $df=1$
Hayır	3 3,0%	14 14,0%	17 17,0%	$p=.249$
Toplam	10 10,0%	90 90,0%	100 100,0%	

Depresyon Belirti Düzeyleri ve çalışma durumuna göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmıştır ve anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.12: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Ki-Kare Analizi

	Yok	Var	Toplam	
Evet	75 75,0%	8 8,0%	83 83,0%	$\chi^2=.924$ $df=1$
Hayır	14 14,0%	3 3,0%	17 17,0%	$p=.336$
Toplam	89 89,0%	11 11,0%	100 100,0%	

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeyleri ve çalışma durumuna göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmıştır ve anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.13: Depresyon Belirti Düzeylerinin Gelir Memnuniyetine Göre Ki-Kare Analizi

	Var	Yok	Toplam	
Evet	1 1,0%	34 34,0%	35 35,0%	$\chi^2=3.053$ $df=1$
Hayır	9 9,0%	56 56,0%	65 65,0%	$p=.081$
Toplam	10 10,0%	90 90,0%	100 100,0%	

Depresyon Belirti Düzeyleri ve gelir memnuniyetine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmıştır ve anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.14: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin Gelir Memnuniyetine Göre Ki-Kare Analizi

	Var	Yok	Toplam	
Evet	1 1,0%	34 34,0%	35 35,0%	$\chi^2=3.053$ $df=1$ $p=.081$
Hayır	9 9,0%	56 56,0%	65 65,0%	
Toplam	10 10,0%	90 90,0%	100 100,0%	

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeyleri ve gelir memnuniyetine göre ki kare istatistik yöntemine göre karşılaştırma yapılmış ve anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.15: Depresyon Belirti Düzeylerinin HIV Taşıma Süresine Göre Ki-Kare Analizi

	Var	Yok	Toplam	
3-6 Ay	0 ,0%	6 6,0%	6 6,0%	$\chi^2=6.405$ $df=3$ $p=.093$
6-9 Ay	1 1,0%	11 11,0%	12 12,0%	
9-12 Ay	3 3,0%	6 6,0%	9 9,0%	
12 Ay ve Üstü	6 6,0%	67 67,0%	73 73,0%	
Toplam	10 10,0%	90 90,0%	100 100,0%	

Depresyon Belirti Düzeyleri ve HIV Taşıma Süresine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmıştır ve anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.16: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin HIV Taşıma Süresine Göre Ki-Kare Analizi

	Yok	Var	Toplam	
3-6 Ay	6 6,0%	0 ,0%	6 6,0%	
6-9 Ay	11 11,0%	1 1,0%	12 12,0%	$\chi^2=5.562$
9-12 Ay	6 6,0%	3 3,0%	9 9,0%	$df=3$
12 Ay ve üstü	66 66,0%	7 7,0%	73 73,0%	$p=.135$
Toplam	89 89,0%	11 11,0%	100 100,0%	

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeyleri ve HIV Taşıma Süresine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaşıp olup anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>.05$).

Tablo 4.17: Depresyon Belirti Düzeylerinin Damgalayıcı ya da Önyargılı Davranılma Durumuna Göre Ki-Kare Analizi

	Var	Yok	Toplam	
Evet	8 8,0%	35 35,0%	43 43,0%	$\chi^2=6.206$
Hayır	2 2,0%	55 55,0%	57 57,0%	$df=3$ $p=.013^*$
Toplam	10 10,0%	90 90,0%	100 100,0%	

Depresyon Belirti Düzeyleri ve damgalayıcı ya da önyargılı davranılma durumuna göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmıştır. Depresyonda olanların büyük çoğunluğun damgalayıcı ya da ön yargılı tavır gördükleri yönünde istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6.206$, $p<.05$).

Tablo 4.18: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin Damgalayıcı ya da Önyargılı Davranılma Durumuna Göre Ki-Kare Analizi

	Yok	Var	Toplam	
Evet	34 34,0%	9 9,0%	43 43,0%	$X^2=7.599$
Hayır	55 55,0%	2 2,0%	57 57,0%	$df=1$
Toplam	89 89,0%	11 11,0%	100 100,0%	$p=.006^*$

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeyleri ve damgalayıcı ya da önyargılı davranılma durumuna göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmıştır ve anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($X^2=7.599$, $p<.05$). Travma sonrası stres bozukluğu yaşayanlarda damgalayıcı ya da önyargılı davranıldığı görülmüştür..

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

Burada yapılan tez çalışmasında HIV pozitif bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon belirti düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Katılımcıların 10'unda depresyon belirtisi olduğu, 90'ında ise depresyon belirtisi olmadığı bulunurken 89'unda travma sonrası stres bozukluğunun olmadığı, 11'inde ise travma sonrası stres bozukluğu belirtisi olduğu bulunmuştur.

Yaptığımız çalışmada depresyon düzeyleri ve yaş durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bazı çalışmalarda, depresyonun 15-49 yaşları arasında ve özellikle 25-34 yaşları arasında daha sık görüldüğü gösterilmektedir.^{103 104} Ayrıca, depresyon prevalans hızlarının kadınlarda 35- 45 yaşlarında zirve yaptığını bildiren çalışmaların¹⁰⁵ yanısıra 45 yaş üzerinde daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar da vardır.¹⁰⁶ 2417 kişiyle yapılan ve yaş ortalamasının 65 olduğu bir çalışmada depresyon oranı erkeklerde %6.6, kadınlarda %10.1;¹⁰⁷ 50 yaşından büyüklerle yapılan bir başka çalışmada ise depresyon oranı 1994 yılında %8.7, 1995 yılında %9.0 olarak bulunmuştur.¹⁰⁸ Orta yaşlıların katıldığı bir diğer çalışmada ise %19 oranında depresyon bulunmuştur.¹⁰⁹ Depresyon düzeyi ve yaş durumu arasında çalışmamızda diğer çalışmalarının aksine bir sonuç bulunmasında örneklemin yapıldığı grubun kişilik yapıları etkili olduğunu düşünebiliriz.

Gerçekleştirdiğimiz çalışmada depresyon düzeyleri ve eğitim durumu arasında bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre lisans mezunlarının depresyon oranlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Konu ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporuna göre depresyon oranları eğitimi olmayanlarda en yüksek iken eğitim düzeyi arttığında ise azalmaktadır.¹¹⁰ Sivas'ta yapılan bir

¹⁰³ Gerald Klerman, Myrna Weissman, The Changing Epidemiology Of Depression, **Clinical Chemistry**, 1998, Cilt: 34, Sayı: 5, s.807-881

¹⁰⁴ Vivienne Vvalters, Stress, Anxiety And Depression Vvomen's Accounts Of Their Health Problems, **Social Science Medicine**, 1993,Cilt: 36, Sayı: 4, s.393-402

¹⁰⁵ Levent Küey, Cengiz Güleç, **Depresyonun Epidemiyolojisi Depresyon Monografı Serisi**, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993, s.53-68

¹⁰⁶ Myrna Vveissman, Advances İn Psychiatric Epidemlogy Rates and Risks For Majör Depression, **American Journal Of Pubhc Health**, 1987, Sayı: 77, s.445-451

¹⁰⁷ Robert Roberts, Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: the Alameda County Study, **J Gerontol B Psychology Science Social Science**, 1997, Cilt: 52, Sayı: 5, s.252-258.

¹⁰⁸ Robert Roberts, Does growing old increase the risk for depression? **Am J Psychiatry**, 1997, Cilt: 154, Sayı: 10, s.1384-1390.

¹⁰⁹ Toshinori Kitamura, Psychiatric epidemiology in Japan: towards psychological understanding of the etiology of minor psychiatric disorder,. **Psychiatry Clinic Neuroscience**, 1998, Sayı: 52, s.75-77.

¹¹⁰ Neşe Erol, vd., Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1998, s.1-112.

çalışmaya göre depresyonun bir aylık yaygınlık oranı okuryazar olmayan grupta %34.3 ile en yüksek bulunmuştur.¹¹¹ Yine hastane anksiyete ve depresyon ölçeği ile yapılan birçok çalışma da düşük eğitim düzeyinin depresyon için bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur.^{112 113} Yapılan araştırma sonuçlarının geneliyle bizim araştırma sonucumuzun farklı çıkmasının nedeni olarak çalışmanın yapıldığı örneklem grubunun kişisel özelliklerinin ve demografik özelliklerinin farklı olması düşünülebilir.

Gerçekleştirdiğimiz çalışmada depresyon düzeyleri ve medeni durum arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bazı araştırmacılar ise medeni durumu açısından bireylerde depresyon arasında anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varmışlardır.¹¹⁴ Bizim çalışma sonucumuzun yapılan diğer araştırma sonuçlarından farklı olmasının sebebi olarak araştırmanın gerçekleştirildiği örneklem grubunun yaşam şartlarının ve yaşam anlayışlarının farklı olması durumu olduğu düşünülebilir.

Yaptığımız çalışmada gelir memnuniyeti durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Gerçekleştirilen başka araştırmalarda gelir seviyesi düşük olanların depresyon seviyesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.^{115 116}

Gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda depresyon düzeyleri ve çalışma durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Çalışmamızın aksine yaptıkları çalışmada Dickey ve arkadaşları (1999), çalışma durumunun depresyonu belirleyici en önemli kriterlerden bir olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, tam gün işi olanların depresyon seviyesinin ve oranının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.¹¹⁷

Yaptığımız çalışmada travma sonrası stres bozukluğu düzeyleri ve yaş durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu bulgulara benzer literatürde, Dürü (2006)¹¹⁸ tarafından gerçekleştirilen benzer ilişkileri araştıran bir çalışmada

¹¹¹ Orhan Doğan, Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi-II, Dilek Matbaası, Sivas, 1996, s.50.

¹¹² Ruhuşen Kutlu, vd., Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve Etki Eden Faktörler, **Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi**, 2016, Cilt: 24, Sayı: 4, s.672-679.

¹¹³ Yusuf Aydemir, vd., Kronik Solunum ve Kalp Hastalıklarında Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi, **Sakarya Tıp Dergisi**, 2015, Cilt: 5, Sayı: 4, s.199-203.

¹¹⁴ Tülay Tarsuslu, Kronik Fiziksel Özürlü Bireylerde Ağrı, Depresyon, Anksiyete ve Fonksiyonel Bağımsızlık ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, **Ağrı Dergisi**, 2010, Cilt: 22, Sayı: 1, s. 30-36.

¹¹⁵ Kaplan ve ark., a.g.e., s.80-91

¹¹⁶ Simoni, a.g.e., s.567-580

¹¹⁷ William Dickey, vd., Combined Effects of HIV-Infected Status and Psychosocial Vulnerability on Mental Health in Homosexual Men, **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 1999, Cilt: 34, Sayı: 1, s.4-11.

¹¹⁸ Çağay Dürü, Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümenin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve bir model önerisi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006, s.47. (**Yayımlanmamış Doktora Tezi**)

yaşın travma sonrası gelişim ve travma sonrası stres belirtileri ile ilişkisi olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmadaki bulgulara göre ilerleyen yaşla problem çözme yeti ve başa çıkma stratejilerinin değişmediğini söylemek mümkündür. Dınvar'ın (2011) araştırmasının sonuçlarında ise yaşlı grubun, genç gruba oranla daha az TSSB gösterdiği görülmektedir.¹¹⁹

Yaptığımız çalışmada travma sonrası stres bozukluğu düzeyleri ve eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre lisans mezunu olanlarda travma sonrası stres bozukluğu daha fazladır. Literatür incelendiğinde travma yaşayan kişilerle yapılan çalışmalarda TSSB geliştiren bireylerde eğitim düzeyinin daha düşük olduğunu gösteren araştırma sonuçlarına ulaşılmıştır.^{120 121} Daha önce detaylı bir şekilde açıklanmış olan Dınvar'ın (2011) araştırmasının sonuçlarında da TSSB puanları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür.¹²²

Yaptığımız çalışmada travma sonrası stres bozukluğu düzeyleri ve medeni durum arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yapılan araştırmaların sonuçları ile bu çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada da medeni halin TSSB tanısıyla ilişkili olmadığı tespit edilmiştir, çalışmada travma sonrası stres bozukluğu gelişen olgular ile kontrol grubu arasında medeni durum açısından farklılık olmadığı bulunmuştur.¹²³ Yapılan başka bazı çalışmalarda ise bizim çalışmamızın aksine bekar olmanın ve sosyal yönden destek alamıyor olmanın ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyerek TSSB görülme oranını arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.^{124 125 126}

Bu çalışmamızda kişinin çevresindeki insanların damgalayıcı veya önyargılı yaklaşma durumu ile travmatik stres belirtisi düzeyleri arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Travma sonrası stres bozukluğu yaşayanlarda damgalayıcı ya da önyargılı davranıldığı görülmüştür. Kişinin çevresindeki insanların damgalayıcı veya önyargılı yaklaşma durumu ile depresyon düzeyleri arasında da anlamlı bir farklılık

¹¹⁹ Parvaneh Dınvar, Travma sonrası stres, dünyaya ilişkin varsayımlar ve tanrı algısı arasındaki ilişki, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011, s.57. **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**

¹²⁰ Rosemary Webster, vd., Effects of a natural disaster on immigrants and host populations, **J Nerv Ment Dis**, 1995, Sayı: 183, s.390-397.

¹²¹ Haroutune Armenian, Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 1998 earthquake in Armenia: implications for policy, **Acta Psychiatr Scand**, 2000, Sayı: 102, s.58-64.

¹²² Dınvar, a.g.e., s.58

¹²³ Elshad Mehdiyev, Karabağ Savaşı Örneğinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Alkol Kullanım Bozuklukları Birlikteliği. **Gülhane Tıp Dergisi**, 2009, Sayı: 51, s.212-215.

¹²⁴ Ceren Acartürk, Göçün Ruh Sağlığına Etkisi, **Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi**, 2016; Cilt: 4, Sayı: 25, s.137-150.

¹²⁵ Fuat Özgen, Hamdullah Aydın, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, **Klinik Psikiyatri**, 1999, Sayı: 1, s.34-4.

¹²⁶ Arturo Silva, Classification of Psychological Factors leading to Violent Behavior in Posttraumatic Stress Disorder, **Journal of Forencis Sciences**, 2001, Cilt: 46, Sayı: 2, s.309- 316.

bulunmuştur. Buna göre HIV pozitif teşhisi almış bireylere damgalayıcı veya önyargılı yaklaşımlarda depresyon düzeyi yaklaşılmayanlardan yüksektir. Kişinin hastalığını açıklamayla alakalı yaşadığı zorluğun temelinde ayrımcılığa uğrama ve damgalanma korkusu bulunmaktadır.¹²⁷ Bundan dolayı hastalar HIV pozitifliğin açıklandığında kendilerinin ve ailelerinin dışlanmasının önüne geçebilmek amacıyla çok güvenmedikleri takdirde ve tıbbi bir yükümlülük olmadıkça tanıılarını açıklamamaktadırlar.¹²⁸ Tüm bunlara rağmen yine de genellikle hastalığın duyulması ve damgalanmaya maruz kalmayla alakalı endişelere kapılabilmektedirler. Hastalığı açıklama ve damgalanmayla alakalı endişeler aynı zamanda destekleyici ilişkileri sıkıntıya sokabilmekte, sosyal destek kaynaklarının kullanımına engel olabilmektedir. Bu da strese ve yalnızlığa yol açabilmekte, etkin baş etmenin geliştirilmesi için ihtiyaç duyulan destek ve hizmetlerin kullanımına engel olabilmektedir. Bundan dolayı HIV pozitif hastalarının damgalanmaya dair tecrübelerinin öğrenilmesinin onlara ne şekil bir yardımda bulunabileceğini planlamada faydalı olacağı bildirilmektedir.¹²⁹ Hastalığın bulaşmasıyla alakalı toplumun yanlış bilgilerinden ve hastalara yönelik önyargılarından kaynaklanan damgalanmanın, sosyal olduğu kadar ruhsal boyutunun da olduğu bilinmektedir. Başkasına hastalığı açıklamama kararıyla damgalanma hissi beraber alınmaktadır. Gerçekleştirdiği araştırmada Bennetts (1999),¹³⁰ tanısını açıklamayan HIV pozitif hastaların depresyon oranını daha düşük bulurken, kendisi hastalığı açıklamadığı halde, başkaları tarafından öğrenilenlerin depresyon oranını oldukça yüksek bulmuştur. Yine aynı araştırmada hastalığın duyulması sebebiyle damgalanma ve ayrımcılığa uğramanın depresyon riskini 3.05 kat arttırdığı da tespit edilmiştir.

HIV kişilerin gerek hayat standartlarını gerek kişilerarası ilişkisini etkileyebilecek bir durumdur. Bundan dolayı kişiler kendisini rahatsız eden bu durum karşısında onu dışlayıp uzaklaştırma yolunu seçebilir. Uzaklaşmaya ve kaçınmaya sebep olan en büyük etki ise damgalanmadır. Damga ve önyargının neden olduğu ayrımcılık sonucunda kişi toplumda ve gruplarda bazı hak ve menfaatlerden yoksun kalmasına yol açmaktadır. HIV'in getirdiği sağlık sorunlarının yanı sıra kişilerin

¹²⁷ Robert Hays, Leon McKusick, Lance Pollack, Robert Hilliard, Colleen Hoff, Thomas Croates, Disclosing HIV Seropositivity to Significant Others, **AIDS**, 1993, Sayı: 7, s.425-431.

¹²⁸ Agnes Levy, vd., Disclosure of HIV Seropositivity, **Journal of Clinical Psychology**, 1999, Cilt: 55, Sayı: 9, s.1041-1049.

¹²⁹ Cynthia Poindexter ve Nathan Linsk, HIV-Related Stigma in a Sample of HIV-Infected Older Female Afrikan American Caregivers, **Social Work**, 1999, Cilt: 44, Sayı: 1, s.46-61.

¹³⁰ Anna Bennetts, Determinants of Depression and HIV-Related Worry Among HIV-Positive Women Who Have Recently Given Birth, Bangkok, **Thailand, Social Science & Medicine**, 1999, Cilt: 49, Sayı: 6, s.737-749.

karşılaşabilecekleri bu gibi sosyal ve kişisel problemler sonucunda kişilerde travma sonrası stres bozukluğu oluşabileceği beklenebilir.

HIV pozitif teşhisi almış bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon düzeyleri ile ilişkisini inceleyen araştırma, bu konu ile ilgili yapılmış benzer başka bir çalışma olmaması yönünden literatüre katkısı olacağı düşünülen bir çalışmadır. Araştırmanın, alandaki bu yöndeki eksikliği gidermeye katkı sağlayacağı ve daha sonraki çalışmalar için veri niteliğinde özgün bir çalışma olacağı düşünülmektedir.



ÖNERİLER

HIV pozitif hastalarına ihtiyaçları doğrultusunda planlı ve programlı eğitim ve danışmanlık hizmetleri düzenlenebilir. HIV pozitif hastalara ve eşlerine/partnerlerine ve aile üyelerine HIV'in bulaşma yolları ile ilgili eğitim verilebilir. Hastaların yaşadıkları maddi problemlerin çözümü için sosyal hizmetler birimiyle işbirliği yapılabilir. İl dışından tedavi olmaya gelen hastalar için kurumlar ucuz misafirhane sağlayabilir. HIV pozitif hastalarının ayrımcılığa ve damgalanmaya maruz kalmaması amacıyla topluma yönelik, medyanın desteklediği programlar düzenlenebilir. Araştırmamızda cinsiyet, yaş ve eğitim durumu gibi sosyodemografik sorular içermektedir. Sonraki yapılacak araştırmalarda bu soruların yanı sıra cinsel yönelim vb. demografik soruların sorulmasıyla daha kapsamlı sonuçlar elde edilebilir. Bu araştırma, daha büyük örneklem grubuyla tekrarlanabilir.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM 5, American Psychiatric Association, 2013

BATLAŞ Zuhâl, Sağlık Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul.

BLACKBURN Ivy, Depresyon ve Başa Çıkma Yolları, Remzi Kitabevi, Ankara, 1993.

ÇAKMAK SAATÇİOĞLU Duran, Yüksek lisans için Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul Ticaret Üniversitesi: Diyazn Matbaacılık, İstanbul, 2003.

DOĞAN Orhan, Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi-II, Dilek Matbaası, Sivas, 1996.

ELLENBERGER Henri, The Discovery of the Unconscious, BasicBooks, New York, 1970.

GABBAY Vilma, OATIS Melvin, SILVA Raul ve HIRSCH Glenn, Epidemiological aspects of PTSD in children and adolescents. In Raul R. Silva (Ed.), Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: Handbook, New York: Norton, 2004.

HERMAN Judith, Trauma and Recovery, The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror, Hachette UK, 2015.

İLKAY Ertaç, Cerrahpaşa psikiyatri, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2002.

KAPLAN Harold, SADOCK Benjamin, Klinik Psikiyatri, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2004.

KÖKNEL Özcan, Türkiye’de Depresyon Epidemiyolojisi, Nöropsikiyatri Arşivi Özel Sayısı, 1989.

KÖROĞLU Ertuğrul, Depresyon Nedir, Nasıl Baş Edilir?, HYB Yayıncılık, Ankara, 2004.

KÖROĞLU Ertuğrul, Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2004.

KÖROĞLU Ertuğrul, Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kılavuzları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2009.

KULAKSIZOĞLU Adnan, Ergenlik Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1998.

KÜEY Levent, GÜLEÇ Cengiz, Depresyonun Epidemiyolojisi Depresyon Monografı Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993.

NEWMAN Barbara, NEWMAN Philip, Development Through Life, Thomson Wordworth, London, 2003.

SADOCK Benjamin, KAPLAN Harold, Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri, Güneş Kitabevi, 2005.

SHAPIRO Patricia, Çocukluk ve İlk Gençlik Depresyonu, Papirüs Yayınları, Ankara, 1997.

SUNGUR Mehmet, SÜRMEİ Aksin, ÖZÇUBUKÇUOĞLU Ahmet, Güneydoğu'da Görev Yapan Askeri Populasyonda Görülen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Üzerine Bir Çalışma, Nöropsikiyatri Arşivi, 1995.

TAŞDELEN Fışgın, HIV/AIDS Olgularında Tedavi Sürekliliğini Engelleyen Faktörler, 5. Türkiye AIDS Kongresi Kitabı, 2001, İstanbul.

MAKALELER

ACARTÜRK Ceren, Göçün Ruh Sağlığına Etkisi, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2016; Cilt: 4, Sayı: 25, s.137-150.

AKER Tamer, 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme, Türk Psikiyatri Dergisi, 2000, Cilt: 17, Sayı: 3, s.204-212.

ALDWİN Carolyn, REVENSON Tracey, Does coping help? A Reexamination of the Relation Between Coping and Mental Health, Journal of Personality and Social Psychology, 1987, Cilt: 53, Sayı: 2, s.337-348.

AMİR Marianne, Suicide Risk and Coping Styles in Posttraumatic Stress Disorder Patients, Psychother Psychosom, 1999, Cilt: 68, Sayı: 2, s.76-81.

ARMENIAN Haroutune, Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 1998 earthquake in Armenia: implications for policy, Acta Psychiatr Scand, 2000, Sayı: 102, s.58-64.

AYDEMİR Yusuf, DOĞU Özlem, AMASYA Ayla, YAZGAN Binnaz, GAZİOĞLU Esra, GÜNDÜZ Hüseyin, Kronik Solunum ve Kalp Hastalıklarında Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi, Sakarya Tıp Dergisi, 2015, Cilt: 5, Sayı: 4, s.199-203.

BAKIM Bahadır, ÖZÇELİK Başak, KARAMUSTAFALIOĞLU Oğuz, HIV ile Enfekte Hastalarda Gözlenen Psikiyatrik Bozukluklar, Düşünen Adam, 2015, Cilt: 18, Sayı: 3, s. 149-156.

BAŞOĞLU Metin, Psikolojik Travma Sonrası Stres Hastalığı-Psikobiyolojik Kuramlar, Tedavide Yeni Gelişmeler ve Güncel Konular, 1992, s.8.

BELLİS Michael, Dillen Thomas, Childhood Post-Traumatic Stress Disorder: An Overview. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2005, Cilt: 14, Sayı: 4, s.745-772.

BENNETTS Anna, Determinants of Depression and HIV-Related Worry Among HIV-Positive Women Who Have Recently Given Birth, Bangkok, Thailand, Social Science & Medicine, 1999, Cilt: 49, Sayı: 6, s.737-749.

CATALAN Jose, KLİMES Ivana, BOND Alison, DAY Ann, GARROD Adrienne, RİZZA Charles, The Psychosocial Impact of HIV Infection in Men with Haemophilia: Controlled Investigation and Factors Associated with Psychiatric Morbidity, Journal of Psychosomatic Research, 1992, Cilt: 36, Sayı: 5, s.409-416.

CHİPPİNDALE Sarah ve FRENCH Lesley, ABC of AIDS, HIV Counselling and the Psychosocial Management of Patients with HIV or AIDS, BMJ, 2001, Sayı: 322, 1533-1535.

CLARK Carolyn, Posttraumatic Stress Disorder: How to Support Healing, AJN The American Journal of Nursing, 1997, Cilt: 97, Sayı: 8, s.25.

COLEMAN Vallerie, HARRİS Gregory, A Support Group For Individuals Recently Testing HIV Positive: A Psycho- Educational Group Model, The Journal of Sex Research, 1989, Cilt: 26, Sayı: 4, s.539-548.

DAVIDSON Jonathan, HUGHES Dana, BLAZER Dana ve GEORGE Linda, Post-Traumatic Stress Disorder in the Community: An Epidemiological Study, Psychol Med, 1991, Cilt: 21, Sayı: 3, s.713-721.

DİCKEY William, DEW Mary, BECKER James, KİNGSLEY Lawrence, Combined Effects of HIV-Infected Status and Psychosocial Vulnerability on Mental Health in Homosexual Men, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1999, Cilt: 34, Sayı: 1, s.4-11.

DÖKMETAŞ İlyas, HAMDİ Aziz Ahmad, HIV Epidemiyoloji, Türkiye Klinikleri J Inf Dis-Special Topics, 2016, Cilt: 9, Sayı: 1, s.6-11.

- DUYAN Veli, HIV/AIDS'e İlişkin Damgalama ve Sosyal Destek, Sağlık ve Toplum, 2001, Cilt: 11, Sayı: 1, s.3-11.
- EROL Neşe, KILIÇ Cengiz, ULUSOY Mahir, KEÇECİ Muzaffer, ŞİMŞEK Zeynep, Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1998, s.1-112.
- FLOURİ Eirini, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): What We Have Learned and What We Still Have Not Found Out. Journal of Interpersonal Violence, 2005, Cilt: 20, Sayı: 4, s.373-379.
- FOA Edna, KOZAK Micheal, SALKOVSKIS Paul, The Validayion of A New Obsessive- Compulsive Disorder Scale: The Obsessive -Compulsive Inventory, Psychological Assesment, 1998, Sayı: 10, s.206-214.
- FOMBONNE Eric, WOSTEAR Gail, COOPER Vanessa, HARRİNGTON Richard, RUTTER Michael, The Maudsley Long-Term Follow-Up of Child and Adolescent Depression, British Journal of Psychiatry, 2001, Sayı: 23, s.179-217.
- FUKUNİSHİ Isao, HAYASHİ Motoko, MATSUMOTO Tomoko, NEGİSHİ Masayoshi, HOSAKA Takashi, MORİYA Hirofumi, Liaison Psychiatry and HIV Infection (1): Avoidance coping responses Associated With Depressive Symptoms Accompanying Somatic Complaints, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 1997, Sayı: 51, s.1-4.
- HAYS Robert, MCKUSİCK Leon, POLLACK Lance, HİLLİARD Robert, HOFF Colleen, CROATES Thomas, Disclosing HIV Seropositivity to Significant Others, AIDS, 1993, Sayı: 7, s.425-431.
- HELZER John, ROBİNS Lee ve MCEVOY Larry, Post-Traumatic Stress Disorder in the General Population, Findings of the Epidemiologic Catchment Area Survey, N Engl J Med, 1987, Cilt: 317, Sayı: 26, s.1630-1634.
- HİSLİ Nesrin, Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliliği, Psikoloji Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 23, s.3-13.
- JONES Edgar ve WESSELY Simon, A Paradigm Shift in the Conceptualization of Psychological Trauma in the 20th Century. Journal of Anxiety Disorders, 2007, Cilt: 21, Sayı: 2, s.164-175.

- KAPLAN Mark, MARKS Gary, MERTENS Steven, Distress and Coping Among Women With HIV Infection: Preliminary Findings From A Multiethnic Sample, American Orthopsychiatric Association, 1997, Cilt: 67, Sayı: 1, s.80-91.
- KESSLER Ronald, SONNEGA Shelby ve NELSON Christopher. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey, Arch Gen Psychiatry, 1995, Cilt: 52, Sayı: 1, s.1048-1060.
- KILIÇ Emine, USLU Runa, ERDEN Gülşen ve KERİMOĞLU Efser, Çocuklarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Sürdüren Ailesel Etmenler, Kriz Dergisi, 1999, Cilt: 7, Sayı: 2, s.1-8.
- KİTAMURA Toshinori, Psychiatric epidemiology in Japan: towards psychological understanding of the etiology of minor psychiatric disorder,. Psychiatry Clinic Neuroscience, 1998, Sayı: 52, s.75-77.
- KLERMAN Gerald, WEISSMAN Myrna, The Changing Epidemiology Of Depression, Clinical Chemistry, 1998, Cilt: 34, Sayı: 5, s.807-881
- KMİTA Grazyna, BARANSKA Malgorzata, NIEMIEC Tomasz, Psychosocial Intervention in the Process of Empowering Families with Children Living with HIV/AIDS-A Descriptive Study, AIDS Care, 2002, Cilt: 14, Sayı: 2, s.279-284.
- KOOPMAN Cherly, CLASSEN Catherine ve SPIEGEL David, Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms Among Survivors of the Oakland/Berkeley, Calif, Firestorm, Am J Psychiatry, 1994, Cilt: 151, Sayı: 6, s.888-894.
- KUTLU Ruhuşen, IŞIKLAR-ÖZBERK Derya, GÖK Hasan, DEMİRBAŞ Nur, Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve Etki Eden Faktörler, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 2016, Cilt: 24, Sayı: 4, s.672-679.
- LEVY Agnes, LASKA Francine, ABELHAUSER Alain, DELFRAİSSY Jean, GOJJARD Cecile, DORMONT Jean, Disclosure of HIV Seropositivity, Journal of Clinical Psychology, 1999, Cilt: 55, Sayı: 9, s.1041-1049.
- LİGHTFOOT Marguerita, HEALY Charles, Career Development, Coping and Emotional Disstress in Youth Living With HIV, Journal of Counseling Psychology, 2001, Cilt: 48, Sayı: 4, s.484-489.

- LU Luo, CHEN Chiou, Correlates of Coping Behaviours: Internal and External Resources, *Counselling Psychology Quarterly*, 1996, Cilt: 9, Sayı: 3, s.297-306.
- MEHDİYEV Elshad, Karabağ Savaşı Örneğinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Alkol Kullanım Bozuklukları Birlikteliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2009, Sayı: 51, s.212-215.
- MEİSER-STEDMAN Richard, Towards A Cognitive-Behavioral Model of PTSD in Children and Adolescents, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2003, Sayı: 5, s.217-232.
- MİCALE Mark, Hysteria and its Historiography: A Review of Past and Present Writings (II), *History of Science*, 1989, Cilt: 27, Sayı: 4, s.319-351.
- MİLLER Suzanne, RODOLETZ Michelle, MANGAN Christine, SEDLACEK Charles, Applications of the Monitoring Process Model to Coping With Severe Long-Term Medical Threats, *Health Psychology*, 1996, Cilt: 15, Sayı: 3, s.216-225.
- MURPHY Debra, Psychological Distress Among HIV Positive Adolescents in the REACH Study: Effects of Life Stress, Social Support and Coping, *Journal of Adolescent Health*, 2000, Cilt: 27, Sayı: 6, s.391-398.
- NANNİS Ellen, PATTERSON Thomas, SEMPLE Shirley, Coping With HIV Disease Among Seropositive Women: Psychosocial Correlates, *Women and Health*, 1997, Cilt: 25, Sayı: 1, s.1-22.
- ÖNEN Rabia, KAPTANOĞLU Cem, SEBER Gülten, Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörleri ile İlişkisi, *Kriz Dergisi*, 1995, Cilt: 3, Sayı: 1-2, s.88-103.
- ÖRSEL Sibel, Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar, *Klinik Psikiyatri*, 2004, Ek: 4, s.17-24.
- OZER Emily, BEST Suzanne, LİPSEY Tami ve WEİSS Daniel, Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis, *Psychological Bulletin*, 2003, Cilt: 129, Sayı: 1, s.52- 73.
- ÖZGEN Fuat, AYDIN Hamdullah, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, *Klinik Psikiyatri*, 1999, Sayı: 1, s.34-4.

- PAKENHAM Kenneth, DADDS Mark, TERRY Deborah, Relationships Between Adjustment to HIV and Both Social Support and Coping, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, Cilt: 62, Sayı: 6, s.1194-1203.
- PAKENHAM Kenneth, RINALDIS Machele, The Role of Illness, Resources, Appraisal and Coping Strategies in Adjustment to HIV/AIDS: The Direct and Buffering Effects, *Journal of Behavioral Medicine*, 2001, Cilt: 24, Sayı: 3, s.259-279.
- PARK Crystal, FOLKMAN Susan, BOSTROM Alan, Appraisals of Controllability and Coping in Caregivers and HIV Positive Men: Testing the Goodness-of-fit Hypothesis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2001, Cilt: 69, Sayı: 3, s.481-488.
- PARY Raymond, TURNS Danielle ve TOBIAS Carmelita, A Case of Delayed Recognition of Posttraumatic Stress Disorder, *Am J Psychiatry*, 1986, Cilt: 143, Sayı: 7, s.941.
- PETERSON Christopher, SELIGMAN Martin, Causal Explanation as A Risk Factor for Depression: Theory and Evidence, *Psychological Review*, 1984, Sayı: 91, s.347-374.
- PFEFFERBAUM Betty, DEVOE Ellen, STUBER Jennifer, SCHIFF Miriam, KLEIN Tovah ve FAIRBROTHER Gerry, Psychological Impact of Terrorism on Children and Families in the United States, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 2005, Cilt: 9, Sayı: 3-4, s.305-317.
- POINDEXTER Cynthia ve LINSK Nathan, HIV-Related Stigma in a Sample of HIV-Infected Older Female Afrikan American Caregivers, *Social Work*, 1999, Cilt: 44, Sayı: 1, s.46-61.
- ROBERTS Robert, Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatry*, 1997, Cilt: 154, Sayı: 10, s.1384-1390.
- ROBERTS Robert, Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: the Alameda County Study, *J Gerontol B Psychology Science Social Science*, 1997, Cilt: 52, Sayı: 5, s.252-258.
- SERAVICH Julianne, BRUCKER Penny, KIMLERLY Jacob, Barriers to Social Support for Persons Living with HIV/AIDS, *AIDS Care*, 2000, Cilt: 12, Sayı: 5, s.651-662.

- SEROVİCH Julianne, The Role of Family and Friend Social Support in Reducing Emotional Distress Among HIV-Positive Women, AIDS Care, 2001, Cilt: 13, Sayı: 3, s.335-341.
- SİEGEL Karolynn, GLUHOSKİ Vicki, KARUS Daniel, Coping and Mood in HIV-Positive Women, Psychological Reports, 1997, Cilt: 81, Sayı: 2, s.435-442.
- SİKKEMA Kathleen, Coping Strategies and Emotional Wellbeing Among HIV-Infected Men and Women Experiencing AIDS-Related Bereavement, AIDS Care, 2000, Cilt: 12, Sayı: 5, s.613-624.
- SİLVA Arturo, Classification of Psychological Factors leading to Violent Behavior in Posttraumatic Stress Disorder, Journal of Forencis Sciences, 2001, Cilt: 46, Sayı: 2, s.309- 316.
- SİMONİ Jane, Trauma, Coping and Depression Among Women With HIV/AIDS in New York City, AIDS Care, 2000, Cilt: 12, Sayı: 5, s.567-580.
- STEWART Miriam, HART Geraldine, MANN Karen, Living with Haemophilia and HIV/AIDS: Support and Coping, Journal of Advanced Nursing, 1995, Sayı: 22, s.1101-1111.
- VVALTERS Vivienne, Stress, Anxiety And Depression Vvomen's Accounts Of Their Health Problems, Social Science Medicine, 1993,Cilt: 36, Sayı: 4, s.393-402
- VVEISSMAN Myrna, Advances İn Psychiatric Epidemlology Rates and Risks For Majör Depression, American Journal Of Pubhc Health, 1987, Sayı: 77, s.445-451
- WEBSTER Rosemary, MCDONALD Robert, LEWİN Terry, CARR Vaughan, Effects of a natural disaster on immigrants and host populations, J Nerv Ment Dis, 1995, Sayı: 183, s.390-397.
- WİLSON John, The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV, Journal of Traumatic Stress J. Traum. Stress, 1994, Cilt: 7, Sayı: 4, s.681-698.
- TARSUSLU Tülay, Kronik Fiziksel Özürlü Bireylerde Ağrı, Depresyon, Anksiyete ve Fonksiyonel Bağımsızlık ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, Ağrı Dergisi, 2010, Cilt: 22, Sayı: 1, s. 30-36.

TEZLER

DINVAR Parvaneh, Travma sonrası stres, dünyaya ilişkin varsayımlar ve tanrı algısı arasındaki ilişki, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011. **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**

DÜRÜ Çağay, Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikolojisi Bilim Dalı, Ankara, 2006. **(Yayımlanmamış Doktora Tezi)**

GÜVEN Kübra, Marmara Depremi Yaşayan Yetişkinlerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Travma Sonrası Gelişim ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2010. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

İNTERNET KAYNAKLARI

UNAIDS Data2017, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf, (Erişim Tarihi: 27 Ekim 2018)

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Bulaşıcı Hastalıkları Daire Başkanlığı, Zührevi Hastalıklar Birimi. [Htt://www.hatam.hacettepe.edu.tr/verilerAralik2016.pdf](http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/verilerAralik2016.pdf), (Erişim Tarihi: 27 Ekim 2018)

EKLER

EK-A: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın katılımcılar;

Aşağıda sizi tanımamıza yönelik bazı sorular bulunmaktadır. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Test üzerinde kimliğinizi belirten herhangi bir soru bulunmamaktadır. Bu nedenle her soru için mümkün olduğunuzca samimi bir şekilde size uyan cevabı işaretleyiniz.

Katılımınız için teşekkür ederim.

1. Cinsiyet

- Kız Erkek

2. Kaç yaşındasınız?

- 18-25 26-30 30-35 35-40 40 ve üzeri

3. Medeni haliniz?

- Evli Bekar Boşanmış Ayrı Yaşüyor Dul

4. Eğitim durumunuz nedir?

- Okur-yazar değil Okur -yazar İlkokul mezunu Ortaokul mezunu

- Lise mezunu Üniversite mezunu Yüksek lisans ve üzeri

5. Eve gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- Evet Hayır

6. Aylık gelirinizden memnun musunuz?

- Evet Hayır

7. Sosyal güvenceniz?

- Yok Emekli sandığı SSK Bağ-kur Yeşil kart

8. Ne kadar süredir HIV taşıyıcısı olduğunuzu biliyorsunuz?

.....yıl,ay

9. Bu hastalığın size hangi yolla bulaştığını düşünüyorsunuz?

- Kan yolu ile
- Cinsel ilişki yolu
- Bilmiyorum

10. HIV + durumunuz tıbbi açıdan kontrol altında mı?

- Evet Hayır

11. Bu durumu öğrenmeden önce psikiyatrik hastalığınız var mıydı?

- Evet Hayır

12. Bu durumu öğrenmeden önce veya sonra psikiyatrik tedavi veya psikolojik yardım aldınız mı?

- Evet Hayır

13. Gereksinim duyduğunuzda sizi destekleyeceğinizi bildiğiniz, ulaşabileceğiniz ve güven duyduğunuz biri/birileri var mı?

- Evet Hayır

14. Bu durumu öğrenmeden HIV ile ilgili bilginiz var mıydı?

- Evet Hayır

15. Evet diyenler için tedavi ile ilgili bilginiz var mıydı?

- Evet Hayır

16. Bu durumunuzu çevreye söylemekten çekindiniz mi?

- Evet Hayır

17. Size damgalayıcı veya önyargılı yaklaşıldığı olur mu?

- Evet Hayır

18. Sosyal çevrenizden, bu durumunuzu öğrendikten sonra sizinle ilişkisini azaltan veya kesen oldu mu?

- Evet Hayır

19. HIV ile ilgili grup veya derneklerle temasınız var mı?

a) düzenli olarak var b) az olarak var c) hiç yok

20. Bu durum sonrası maddi kayıp yaşadınız mı?

- Evet Hayır

EK-B: TRAVMATİK STRES BELİRTİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda, insanların bir travmatik olayın ardından yaşayabileceği bazı sorunlar belirtilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyun ve **travmatik olay olarak çocuğunuzun hastalığını düşünerek, geçtiğimiz ay içinde** bu sorunun sizi ne sıklıkta rahatsız ettiğini en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz sayıyı işaretleyin.

0=hiç ya da yalnızca bir kez

2=haftada 2-4 kez/yarım gün

1=haftada bir ya da daha az/kısa bir süre

3=haftada 5 ya da daha fazla/neredeysse bütün gün

	Hiç ya da Yalnızca Bir Kez	Haftada Bir ya da Daha Az/Kısa Bir Süre	Haftada 2- Kez/ Yarım	Haftada 5 ya da Daha Fazla/
1. Bu travmatik olay hakkında, istemediğiniz halde aklınıza rahatsız edici düşünceler ya da imgelerin gelmesi.	0	1	2	3
2. Bu travmatik olay ile ilgili kötü rüyalar ya da kabuslar görme.	0	1	2	3
3. Bu travmatik olayı yeniden yaşama, sanki tekrar oluyormuş gibi hissetme ya da öyle davranma.	0	1	2	3
4. Bu travmatik olayı hatırladığınızda duygusal olarak altüst olduğunuzu hissetme(örneğin korku, öfke, üzüntü, suçluluk vb. gibi duygular yaşama).	0	1	2	3
5. Bu travmatik olayı hatırladığınızda vücudunuzda fiziksel tepkiler meydana gelmesi (örneğin ter boşalması, kalbin hızlı çarpması).	0	1	2	3
6. Bu travmatik olayı düşünmeme, hakkında konuşmamaya ya da hissetmemeye çalışma.	0	1	2	3
7. Bu travmatik olayı hatırlatan etkinliklerden kişilerden ya da yerlerden kaçınmaya çalışma.	0	1	2	3
8. Bu travmatik olayın önem taşıyan bir bölümünü hatırlayamama.	0	1	2	3

9. Önemli etkinliklere çok daha az sıklıkta katılma ya da bu etkinliklere çok daha az ilgi duyma.	0	1	2	3
10. Çevrenizdeki insanlarla aranızda bir mesafe hissetme ya da onlardan koptuğunuz duygusuna kapılma.	0	1	2	3
11. Duygusal açıdan kendinizi donuk, uyuşuk hissetme (örneğin, ağlayamama ya da sevecen duygular yaşayamama).	0	1	2	3
12. Gelecekle ilgili planlarınızın ya da umutlarınızın gerçekleşmeyeceği duygusuna kapılma (örneğin, bir meslek yaşamınızın olmayacağı, evlenmeyeceğiniz, çocuğunuzun olmayacağı ya da ömrünüzün uzun olmayacağı duygusu).	0	1	2	3
13. Uykuya dalma ya da uyumada zorluklar yaşama.	0	1	2	3
14. Çabuk sinirlenme ya da öfke nöbetleri geçirme.	0	1	2	3
15. Düşüncenizi ya da dikkatinizi belli bir noktada toplamada sıkıntı yaşama (örneğin, bir konuşma sırasında konuyu kaçırma, televizyondaki bir öyküyü takip edememe, okuduğunuz şeyi unutma).	0	1	2	3
16. Aşırı derecede tetikte olma (örneğin, çevrenizde kimin olduğunu kontrol etme, sırtınız bir kapıya dönük olduğunda rahatsız olma, vb.).	0	1	2	3
17. Diken üstünde olma ya da kolayca irkilme (örneğin, birisi peşinizden yürüdüğünde).	0	1	2	3

EK-C: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

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

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarıyım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8-** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.
- 12-** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13-** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15-** 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16-** 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

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

ÖZGEÇMİŞ

2 Eylöl 1988 yılında Diyarbakır'ın Lice ilçesinde doğan Delil YILDIRIM ilkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Diyarbakır'da tamamladı. 2012 yılında Pamukkale Üniversitesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi bölümünden mezun oldu. Őuanda ise 2015 yılında başladığı İstanbul Gelişim Üniversite Genel Psikoloji Yüksek Lisans programına devam etmektedir.

