

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HIV POZİTİF HASTALARIN BİRİNCİ
BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİ
KULLANIMI VE BUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

DR. HASAN FARUK DEMİRÖRS

UZMANLIK TEZİ

İZMİR – 2019

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HIV POZİTİF HASTALARIN BİRİNCİ
BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİ
KULLANIMI VE BUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

DR. HASAN FARUK DEMİRÖRS

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Tolga GÜNVAR

İÇİNDEKİLER

TABLolar LİSTESİ	I
GRAFİKLER LİSTESİ	II
TEŞEKKÜR.....	III
ÖZET	IV
SUMMARY.....	V
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1. HIV Tarihçesi.....	2
2.2. HIV Tanımı, Tipleri ve Epidemiyolojisi.....	3
2.3. HIV'den Korunma Tanı ve Tedavi.....	4
2.4. Stigma Kavramı, Stigmaya uğrayan hastalıklar ve Tarih boyunca stigma.....	7
2.5 Aile Hekimleri ve HIV (+) birey ilişkisi.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12
3.1. Araştırma Deseni	12
3.2. Evren ve Örneklem.....	12
3.3. Örneklem Seçimi	12
3.4. Uygulama.....	12
3.5. Anketler	13
3.5.1 Kişisel Değerlendirme Formu	13
3.5.2 Birinci Basamak Değerlendirme Formu (PCAS)	13
3.6. Veri Toplama	18
3.7. İstatistiksel Analizler.....	18

4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
7. KAYNAKÇA.....	49
EKLER	57
EK.1 Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurul Onayı.....	57
EK.2 Pozitif Yaşam Derneği Kurum İzni Belgesi.....	58
EK.3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği.....	59
EK.4 Anket Formu 1: PCAS-BDÖ (Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği).....	60
EK.5 Anket Formu 5: Kişisel Bilgi Formu.....	70

TABLolar LİSTESİ

- Tablo 1.** PCAS alt boyut, boyut ve özet boyutları
- Tablo 2.** PCAS boyutlarının alabileceği minimum ve maksimum puanlar
- Tablo 3.** PCAS boyutlarını oluşturan sorular
- Tablo 4.** Katılımcıların demografik özellikleri 1
- Tablo 5.** Katılımcıların demografik özellikleri 2
- Tablo 6.** Katılımcıların HIV verileri
- Tablo 7.** Katılımcıların HIV durumunu paylaşım özellikleri
- Tablo 8.** Aile&Yakın çevrenin HIV durumunu bilmesi/öğrenmesi durumu ile ilgili katılımcı görüşleri
- Tablo 9.** Katılımcıların sağlık gereksinimleriyle ilgili kaynak başvurusu hakkındaki öz değerlendirmeleri
- Tablo 10.** Katılımcıların sağlık gereksinimleriyle ilgili kurum başvurusu hakkındaki öz değerlendirmeleri
- Tablo 11.** Katılımcıların sağlık hizmeti deneyimleri
- Tablo 12.** 11 PCAS alt boyut puan ortalamaları
- Tablo 13.** 7 PCAS boyut ve özet boyut puan ortalamaları
- Tablo 14.** Birinci basamak başvuru sıklığı ile PCAS puan ortalamaları arasındaki ilişki
- Tablo 15.** Devlet hastanesi başvuru sıklığı ile PCAS puan ortalamaları arasındaki ilişki
- Tablo 16.** EAH/ Üniversite hastanesi başvuru sıklığı ile PCAS puan ortalamaları arasındaki ilişki
- Tablo 17.** Özel Hekim/Hastane başvuru sıklığı ile PCAS puan ortalamaları arasındaki ilişki
- Tablo 18.** Acil Servis başvuru sıklığı ile PCAS puan ortalamaları arasındaki ilişki
- Tablo 19.** Aile Hekimliği Kullanma Sıklığı – Eğitim Seviyesi İlişkisi
- Tablo 20.** Aile Hekimliği Kullanma Sıklığı – Cinsiyet İlişkisi
- Tablo 21.** Aile Hekimliği Kullanma Sıklığı – Cinsel Yönelim İlişkisi
- Tablo 22.** Aile Hekimliği Kullanma Sıklığı – Çocuk Varlığı İlişkisi
- Tablo 23.** Aile Hekimliği Kullanma Sıklığı – Mahremiyet ilişkisi
- Tablo 24.** Özel Hekim/ Hastane Kullanma Sıklığı - Eğitim Seviyesi ilişkisi
- Tablo 25.** Özel Hekim/ Hastane Kullanma Sıklığı - Maddi Durum Algısı ilişkisi
- Tablo 26.** Özel Hekim/ Hastane Kullanma Sıklığı – Cinsiyet ilişkisi
- Tablo 27.** Özel Hekim / Hastane Kullanma Sıklığı – Cinsel Yönelim İlişkisi

GRAFİKLER LİSTESİ

- Grafik 1.** Aile&Yakın çevrenin HIV durumunu bilmesi/öğrenmesi durumu ile ilgili katılımcı görüşleri
- Grafik 2.** HIV durumlarının hayata olan etkisi
- Grafik 3.** Sağlık gereksinimleri için kurum tercih sıklıkları.
- Grafik 4.** Sağlık çalışanlarının katılımcılara tutu
- Grafik 5.** Katılımcıların düzenli sağlık hizmeti aldığı doktor varlığı



TEŞEKKÜR

Tez sürecim ve tıpta uzmanlık eğitimim boyunca katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen, benim için tez danışmanı olmasının yanında aynı zamanda çok değerli bir ‘öğretmen’ de olan, sevgili hocam, rehberim Doç. Dr. Tolga Günvar’a,

Birlikte çalışma fırsatı bulabildiğimiz için kendimi şanslı hissettiren, değerli katkılarıyla beni uzmanlık hayatıma hazırlayan, desteklerini hep yanımda hissettiğim, çok değerli hocalarım: Prof. Dr. Nilgün Özçakar, Prof. Dr. Mehtap Kartal, Prof. Dr. Dilek Güldal, Prof. Dr. Vildan Mevsim, Uzm. Dr. Neslişah Tan, Uzm. Dr. Ediz Yıldırım ve Uzm. Dr. Gizem Limnili’ye,

Rotasyon eğitimlerim boyunca bana sayısız katkıda bulunan tüm hocalarıma ve asistan hekim arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimime başladığım ilk günlerden itibaren her konuda konuşup fikrini alabildiğim, beraber susup beraber gülebildiğim, beraber çalışıp beraber eğlenebildiğim, sevgili arkadaşım Av. Can Akca’ya,

Uzmanlık eğitimi sürecimi benim için bu kadar keyifli hale getirdikleri, her zaman ve her koşulda yanımda oldukları, bana hayatım boyunca unutmayacağım hatıralar kazandırdıkları, yeri doldurulamaz ve değerli dostlukları için sevgili Dr. Banu Çiçek Uvaçın, Dr. Nilüfer Kıdış, Dr. Gamze Kartal, Dr. Armağan Yavuzcan ve Dr. Sona Alizadeh Osalou’ya,

Beraber çalışma fırsatı bulduğum, içten desteklerini ve yardımlarını yanımda hep hissettiğim tüm asistan hekim arkadaşlarıma,

Her şeyden öte sadece hayatımda oldukları için bile müteşekkir olduğum canım aileme ve birtanecik yeğenim Alp’e

Teşekkür Ederim

ÖZET

HIV POZİTİF HASTALARIN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANIMI VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Hasan Faruk DEMİRÖRS, Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH'ler) 21. yüzyılın en yaygın ve önemli sağlık sorunlarından biridir. Akut ve kronik dönemde çeşitli hastalık tablolarına sebep olabilen bu hastalıklar mevcut basit korunma yöntemleri ile engellenebilir olmasına rağmen; tüm dünyada hala CYBH prevalansı oldukça yüksektir. HIV ile enfekte bireylerin uzun süredir yaşamakta olduğu stigma nedeniyle sağlık sisteminden yeterince yararlanıp yararlanmadığının saptanması ve bu konuda gelişmelerin sağlanması için adım atılması gerekmektedir. Bu çalışmada HIV bireylerinin sağlık kurum tercihlerini ve bunu etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Kesitsel analitik tipteki bu çalışmanın evrenini, ulaşılabilen tüm HIV hastaları oluşturmaktadır. Demografik özellikler ve HIV konusuyla ilgili soruları içeren kişisel bilgi formu ve Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS-BDÖ) online ve yazılı olarak Pozitif Yaşam derneği aracılığıyla ulaşılabilen HIV + bireylere ulaştırılmış ve uygun örneklem yöntemi ile araştırma yapılmıştır. PCAS değerlendirme kurallarına uyularak skorları hesaplanmış ve kişisel bilgi formu cevapları ile karşılaştırılmıştır. Veriler, IBM SPSS Statistics V24.0 programıyla analiz edilmiştir.

Çalışmaya toplam 142 HIV + birey katılmıştır. Katılımcıların % 79'u erkekti(n=113). Katılımcıların yaş ortalamaları 29,49'du. Katılımcılardan kadınlar ve çocuk sahibi olan katılımcılar daha yüksek oranda düzenli hekime sahiptiler. Aile Hekimini ve Özel Hekimi tercih eden katılımcıların PCAS puanları daha yüksekti ($p<0,05$).

Sağlık çalışanları ile düzenli ilişkisi olan ve kişisel bağlarını geliştiren kişilerin sağlık gereksinimlerini karşılaması diğer gruba göre daha mümkündür. Bunun sağlanabileceği temel kurum olan aile hekimlerinin HIV hastalarının tanı ve tedavisinde üstleneceği rol son derece önemlidir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, HIV enfeksiyonu, Kurum tercihi

SUMMARY

THE USE OF HEALTH SERVICES IN HIV POSITIVE PATIENTS AND THE FACTORS AFFECTING IT

Dr. Hasan Faruk DEMİRÖRS, Dokuz Eylul University Department of Family Medicine,
Izmir

Sexually transmitted diseases (STDs) are one of the most common and important health problems of the 21st century. Although these diseases can cause various illnesses in acute and chronic period; std prevalence is still high all over the world and they can be prevented by simple prevention methods. It is necessary to determine whether HIV-infected individuals can benefit from the health system sufficiently because of the stigma that they have been living for a long time and steps should be taken to ensure improvements in this area. In this study, it was aimed to determine the health institution preferences of HIV individuals and the factors affecting this.

The population of this cross-sectional analytical study consisted of all accessible HIV-positive individuals. The personal information form including demographic characteristics and questions about HIV and the Primary Care Assessment Survey (PCAS) were delivered to HIV + individuals available online and in writing through the Positive Living Association and the research was conducted with the appropriate sampling method. The scores were calculated according to the PCAS assessment rules and compared with the personal information form answers. Data were analyzed with IBM SPSS Statistics V24.0 program.

A total of 142 HIV + individuals participated in the study. 79% of the participants were male (n = 113). The mean age of the participants was 29.49. Among the participants, women and participants with children had a higher rate of regular physicians ($p < 0,05$).

It is more possible for people who have regular relations with health workers and who develop personal ties to meet their health needs compared to the other group. The role of family physicians, the main institution where this can be achieved, in the diagnosis and treatment of HIV patients is extremely important.

Key words: Family medicine, HIV infection, institution preference

1. GİRİŞ VE AMAC

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH'ler) 21. yüzyılın en yaygın ve önemli sağlık sorunlarından biridir(1,2). Akut ve Kronik dönemde çeşitli hastalık tablolarına sebep olabilen bu hastalıklar; mevcut basit korunma yöntemleri ile engellenebilir olmasına rağmen tüm dünyada hala CYBH prevalansı oldukça yüksektir (1,3-5)

Cinsel yollarla bulaşan hastalıklar içerisinde en günceli ve göz önünde olanı HIV (Human Immunodeficiency Virus)'dir. WHO tarafından dünya prevalansı %0,8 [0,6 – 0,9] olarak belirtilmektedir (6). Türkiye prevalansı ise bilinmemektedir.

Yüksek düzey antiretroviral tedavi (HAART) uygulanmasıyla birlikte 1990'lı yıllar itibariyle HIV enfeksiyonuna sahip bireyler daha uzun yaşamakta ve normal yaşam süresine yakın bir beklenti oluşmaktadır. Bu nedenle, HIV ile yaşayan insanlar mevcut HAART tedavilerinin yan etkileri dışında, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi zamanla yaşlanmaya bağlı hastalıkları deneyimlemeye başlayacaktır. Günümüzde aile hekimleri (AH) bu hastaların yönetiminin uzmanlar tarafından karşılanmasını uygun bulsa da; bu hastaların genel pratisyenler tarafından daha iyi yönetilebilir olabileceği göz önüne alınmalıdır. HIV hastalarının sağlık yönetiminde yeni yaklaşımlara ihtiyaç vardır (7-13).

HIV ile yaşayan bireyler arasında sağlık hizmeti kullanımı fırsatçı enfeksiyonlar yönünden eşlik eden hastalıklar yönüne doğru kaymıştır (14,15). HIV ile yaşam süresi uzadıkça giderek artan sayıda insan daha fazla kronik hastalık ile yaşamaktadır (16-18).

HIV ile ilgili olmayan birçok komorbidite için (depresyon, hipertansiyon, diyabet gibi) Aile Hekimleri genel olarak görev almak istemese de en iyi tedaviyi sağlamak konusunda enfeksiyon uzmanları ile diğer biraş uzmanlarının bağlantı içerisinde olmasının önemi mevcut kılavuzlarca belirtilmektedir (19-20).

HIV pozitif hastaların sağlık kurumu tercihi ile ilgili çalışmalar son derece sınırlıdır. Mevcut çalışmalar daha çok büyük sağlık kurumlarının hastalara sunduğu olanaklar üzerinedir. Çalışmamız tüm sağlık kurumlarını ele alabilecek şekilde tasarlanmış olmasına rağmen; aile hekimliğinin kronikleşen HIV hastalığı ile ilişkisini incelemesi amaçlanmıştır. Çalışmamız özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerini bu yönden inceleyecektir.

Tüm bu faktörler göz önüne alındığında, bu çalışmanın amacı HIV ile enfekte bireylerin sağlık hizmetleri kullanım durumlarını ve bunu etkileyen faktörleri saptamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HIV Tarihçesi

İlk defa Belçika Kongosu-Leopoldville’de yaşamış bir kişiden 1959 yılında alınan, o tarihten itibaren dolapta saklanan kanda 1998’de geliştirilen test ile HIV virüsü bulunduğu belgelendi. Bu vaka tarihte eski zamanlardan bu yana tanı konulmasa da HIV hastalığının varlığını göstermektedir (21).

1961 yılında Batı Afrika’da uzun yolculuk yapmış bir gemici bağışıklık yetersizliği ile 1966 yılında ölmüştür. Gemicinin karısı ve kızı da ertesini yıl benzer sebeplerle ölmüşlerdir (22-23).

Hastalığa en çok dikkat çeken vakalardan birisi ise Danimarkalı bir cerrah olan Dr. Grethe Rath’ın bir seri hastalık geçirmesi ve o zamanlar ender görülen Pneumocystis Pneumonia (PCP) tanısı ile ölmesidir (22-23).

1979-1981 yılları arasında normalde çok ender görülen 12 adet Kaposi Sarkomu vakası tespit edilmiştir.

1981 yılında ise Kaliforniya Üniversitesi’nde Pneumocystis Carinii tanısı ile tedavi edilen bir eşcinsel hastada Yardımcı T (CD4) hücrelerinin eksikliği tespit edilmiştir. Bağışıklık sistemi zayıflamış olan başka hastalar da olduğu farkedince bu hastalığa 1982’de CDC, AIDS ismini vermiştir. 1983 yılında daha sonraları HIV ismi ile anılacak olan retrovirüs hastalık etkeni bulundu. 1984’te HIV için ELİSA testi geliştirildi.

2.2. HIV Tanımı, Tipleri ve Epidemiyolojisi

HIV kelimesinin açılımı Human Immunodeficiency Virüs'tür (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü). Bu ifade, bağışıklık sisteminin zayıflamasına yol açan virus anlamını taşır. HIV Enfeksiyonuna sahip bireyler "HIV pozitif birey" veya "HIV enfeksiyonlu birey" olarak ifade edilir. HIV virüsü tek sarmallı reverse kriptaz içeren bir RNA virüsüdür. Hücre içi üremesi ve reverse kriptaz enzimi sebebi ile son derece sinsi ve kalıcı olup, tedavisi henüz mümkün değildir. HIV enfeksiyonuna sahip bireylerde viral yük artar ve hastalık ilerlese hastalık AIDS olarak adlandırılır. AIDS kelimesi Acquired Immunodeficiency Syndrome demektir (Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu). HIV, doğrudan bağışıklık sistemine zarar verir. Kişinin vücut direncini azaltarak, hastalık etkenleriyle ve sağlıklı bireylerde normal koşullarda hastalık oluşturmayan mikroplarla daha kolay hasta olmasına neden olur. AIDS ise, HIV virüsü bağışıklık sistemini zayıf hale getirdikten sonra ortaya çıkan hastalıklar tablosudur (24, 25).

HIV virüsünün iki türü bulunmaktadır. Tip I de erkekten kadına bulaşma ihtimalinin; tip II de ise kadından erkeğe bulaşma ihtimalinin daha yüksek olduğu söylenmektedir. Afrikada ikinci tip Avrupa ve Amerika'da ise birinci tip daha sık görülür (26).

Ülkemizde Haziran 2016 itibariyle HIV tanısı alan hasta sayısı 13.181 olarak belirtilmektedir (27).

Her yeni yıl 1000'den fazla yeni tanı konmaktadır (27).

Gelişmiş ülkelerde olguların yaklaşık %80ine tanı konulduğu; gelişmekte olan, gelişmemiş ve epideminin daha yaygın olduğu bölgelerde ise bu oranın %25 civarlarında olduğu tahmin edilmektedir (28).

Ülkemizle ilgili sağlıklı bir kestirim yapılamasa da, toplumda bulunan HIV ile enfekte hasta sayısının 30bin-40binlerde olduğu söylenebilir (28).

Ülkemizde tanı anında hastaların %15'i 50 yaş ve üzerindedir (27).

HIV ile yaşayan bireyler, aynı yaştaki popülasyona göre daha fazla sayıda komorbiditeye sahiptir ve kabaca yaşlarına göre 10 yıl daha erken komorbidite sahibi olurlar (29)

.2.3. HIV'den Korunma Tanı ve Tedavi

Tedavisinin olmayan tüm hastalıklarda olduğu gibi HIV konusunda da en önemli nokta virus ile temasın engellenmesidir. Bu sayede birey ve toplum sağlığı korunabilir. HIV virüsü yapısal olarak RNA genomu taşıyan zarflı retrovirus sınıfına ait bir virüstür. Bu bilgi bize virüsün dış ortamlara karşı hassas ve dayanıksız olduğu anlamına gelmektedir. Dolayısıyla tükürük, göz yaşı, el sıkışma, öpüşme, el sıkışma, idrar, dışkı, aynı çatal kaşık bardağı kullanma, havuz-sauna paylaşımı, sivrisinek böcek sokması, kedi tırmalaması ile bulaşmaz. Sağlam deri üzerinden HIV virüsü bulaşı olmaz ancak diş eti kanaması varlığında öpüşmek, deri bütünlüğünün bozulduğu durumlarda temas edilmesi HIV virüsü bulaşması açısından risk taşımaktadır. Dünyada ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda halk arasında HIV/AIDS konusunda bilgi düzeyleri yetersiz olduğu bulunmuştur (30-33)

HIV virüsünün bulaşabilmesi için virüsü dış ortam koşullarında bozulmayacağı kadar kısa bir süre içinde bir kişiden diğerine aktarılması gerekmektedir. Bu da çoğu zaman virüsün diğer vücut sıvılarının içerisinde bir kişiden diğerine iletilmesi demektir. HIV virüsü cinsel ilişki, direk kan teması, organ nakilleri ve anneden bebeğine olmak üzere başlıca dört yolla bulaşır.

HIV'in, virüsü taşıyan birisinin kanı, spermi, vajinal akıntıları veya diğer vücut sıvılarının transferi yoluyla bulaşması en yaygın bulaş yöntemidir. Bu transfer korunmasız cinsel ilişki yolu ile olur. Tüm bulaşmaların %80-85'i bu yolla olmaktadır (34).

Bu durum vajinal, oral veya anal seks sırasında transferin gerçekleşebileceği anlamına gelmektedir. Lateksten yapılmış bir prezervatif (kondom, kılıf) kullanarak kişiler HIV virüsünden korunabilirler. Geriye kalan doğum kontrol yöntemleri (Doğum kontrol hapları, Rahim içi araç, ovul-köpük, geri çekme, takvim) ve lateks olmayan prezervatifler, HIV virüsünden koruma sağlamazlar. HIV virüsü hem bir erkekten hem de bir kadından bulaşabilir. Homoseksüel veya heteroseksüel bir ilişki sonucu bulaş gerçekleşebilir. Herhangi bir cinsel yolla bulaşan hastalığa sahip olanlarda HIV virüsünün bulaşma ihtimali daha da yüksektir.

HIV virüsü taşıyan birisiyle kontamine bir iğne paylaşımı bulaş sebebi olabilir (Parenteral yol). Bu yöntem intravenöz (IV) ilaç kullananlar ve uyuşturucu bağımlıları

arasında HIV'in en önemli bulaşma yoludur. Dövme ve vücuda piercing yaptırma işlemlerinde kullanılan iğneler kontamine işe HIV bulaşabildiği söylenmektedir. Her ne kadar dış ortamda kısa sürede canlılığını yitirdiği söylene de, diğer bazı hastalıkların (Hepatit B, Hepatit C vb.) da benzer yolla bulaşabildiği asla unutulmamalıdır.

Nakil ürünleri (organ, kan, kan ürünleri vb.) aracılığıyla HIV virüsü bulaşabilir. Bu durumun engellenmesi için her türlü organ, doku, kan ve kan ürünleri nakil öncesi HIV virüsü tarafından dikkatle control edilmeli ve alıcıya bu işlem uygulanmadan kesinlikle verilmemelidir. Unutulmamalıdır ki araştırma testleri pencere döneminde bulunan hastalarda yalancı negatif sonuç verebilir ve bulaşma gerçekleşebilir.

HIV virüsü taşıyan bir anneden doğum veya emzirme esnasında bebeğe bulaş gerçekleşebilir. HIV virüsü ile enfekte bir anne bebeğini emzirmemelidir.

Bulaş gerçekleşen kişinin vücudu HIV virüsü ile karşılaştığı an itibariyle vücut bu durumla savaşmak için HIV virüsüne karşı antikorlar oluşur. Kandaki bu antikorların ELISA ile testi (indirekt tanı methodu) veya direkt virüsün proteinlerini tespit eden PCR testi (Direkt Tanı Methodu) gibi yöntemlerle tespit edilebilir. 4. Kuşak ELISA yöntemi ile %99,5 sensitivite %99,8 spesitife ile tanı koymak mümkündür (35).

Pencere dönemi elisa yöntemleri geliştikçe birinci kuşaktan dördüncü kuşağa giderken 3 aydan 2 haftaya kadar düşmüştür (35).

Anti-HIV testinin pozitif olması, kanda HIV virüsüne karşı antikorların olduğunu gösterir. Ancak anti-HIV testinin yalancı pozitif çıkma ihtimali de vardır. Bu nedenle, kişinin HIV pozitif olduğunun söylenebilmesi için, Western blot testi denen doğrulama testinin de yapıp sonucunun pozitif olması gerekmektedir. Anti-HIV testi, üniversite hastanelerinin mikrobiyoloji laboratuvarlarında, sigorta ve devlet hastanelerinin laboratuvarlarında ve özel laboratuvarlarda yaptırabilir. Son zamanlarda HIV virüsünün kandaki varlığının kanıtlanması direkt olarak PCR (polymerase chain reaction = polimeraz zincir reaksiyonu) yöntemi ile de yapılabilmektedir.

Pencere dönemi ile ilgili bazı konuların iyi anlaşılması gerekir. "Üç Ay" ifadesi, HIV virüsü bulaşmış her bireyin 'üçüncü ayda' antikor üreteceği gibi yaygın bir yanlışlığa yol açmaktadır. Pencere döneminin uzunluğu kişiden kişiye değişmektedir. Bahsi geçen "Üç Aylık" süre, uluslararası sağlık kuruluşlarının bulaş gerçekleşen tüm bireyleri kapsayacak

şekilde belirlediği 'maksimum' süredir. Bulaş gerçekleşen 100 kişi olduğunu düşünelim, bu durumda %50'sinin, 30. günde; %20'sinin 55. günde; %15'inin 70. günde; %10'unun 80. günde; %5'inin de 90. günde yeterli antikor seviyesine ulaşacağı anlamına gelir (Oranlar tamamen kurgusaldır). Görüldüğü gibi bahsedilen "üç ay" sınırı, 'en geç antikor üreten bünyeyi' de kapsayacak 'maksimum' sınırdır. Yeni geliştirilen elisa yöntemleri ile daha az miktarda antikor fark edilebilmekte ve bu süre 2 hafta olarak belirtilmektedir. İlk tarama testi negatif olan "riskli" kişiler" ve ilk tarama testi negatif olan kişilerde "üçüncü ay" taraması önerilmektedir (36).

CDC (Center of Disease Control -USA) gibi bazı büyük sağlık örgütleri, HIV şüphesi olan kişiye tesin altıncı ayda tekrarlanması gerektiğini savunmaktadır. Antikor oluşturma (serokonversiyon) süreci üç ayı geçen çok nadir bazı vakalar rapor edilmişse de bunlar o kadar nadirdir ki, olgu kontrol olarak sunulur. Birçok sağlık örgütü eğer "çok kesin" bir risk yoksa, şüpheli bireye 'altıncı ay'da yeniden test yapılmasını gereksiz bulmaktadır ve "cost-effective" olmadığını söylemektedir. Bazı kuruluşların 'pencere dönemi' ile ilgili olarak verdikleri süreler, "Üçüncü Ay"ın maksimum sınır olarak düşünülmesi gerektiğini kanıtlamaktadır (37-46)

Tedavi olarak bugüne kadar bulunan ilaçlardan erki mekanizmaları birbirinden farklı olan iki veya üç ilacın eşzamanlı kullanılması ile HIV pozitif bireylerin yaşam süresi ve kalitesi sağlıklı bireylere yakın olmaktadır. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi tedavi doktor kontrolünde ve kesintisiz olarak yaşam boyu sürdürülmelidir. Eskiden, enfeksiyon mekanizması bilinmeden ve tedavi ajanları geliştirilmeden önce hastalıkta AIDS yönünde gelişim kaçınılmazken; bu alanlardaki gelişmeler sonucunda hastalık kronik bir hastalık haline dönüşmüştür. Unutulmamalıdır ki diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi HIV için de hastanın yaşam tarzı adaptasyonu, medikal tedaviye uyumu ve düzenli kontrolleri son derece önemlidir.

2.4. Stigma Kavramı, Stigmaya uğrayan hastalıklar ve Tarih boyunca stigma

Birey ya da toplum; kendisini rahatsız eden, korkutan bir durumla karşılaştığında sıklıkla onu dışlayıp uzaklaştırma yolunu seçer. Bu süreç bazı hastalıklarda özellikle daha şiddetli görülen stigmaya (damgalama) katkıda bulunmakta ve bu stigma zaman zaman hastalığın kendisi kadar tehlike yaratmaktadır.

Damgalama kuramının öncüsü Amerikalı sosyolog Goffman stigmayı, “damgalanan bireye daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi algılanmaması” olarak belirtmiştir. Becker ise toplumsal gruplar, oluşturdukları kurallara uymayanları “dışarıdakiler” olarak etiketlediklerini ve sapmayı yarattıklarını belirtmiştir. Gruplara ait kurallar, grup içinde olan davranışı tanımlamaktadır. Bu kurallara uyulmadığı takdirde, bu kişinin grup dışında kalması kaçınılmazdır (47).

Kocabaşoğlu ve arkadaşları “Stigmatizasyon (etiketleme veya damgalama) önyargılar sonucu bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır alması, onları toplumdan dışlamasına kadar giden davranışlar bütünüdür” olarak stigmayı tanımlamaktadır (48, 49).

Stigma kavramı özellikle sağlık alanında ekstra bir önem kazanmaktadır. Damgalama ve önyargının neden olduğu ayrımcılık sebebiyle; toplumdaki kişi ya da grupların bazı hak ve menfaatlardan yoksun kalmaktadır. Van Brakel ve arkadaşlarının çalışmasında “Kanser, tüberküloz, lepra, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, epilepsi, psikiyatrik bozukluklar, alkol ve ilaç bağımlılıkları ve AIDS; üzerinde stigma bulunan hastalıklardan bazılarıdır” şeklinde stigmaya uğrayan hastalıklara değinilmiştir (50, 51).

Elbette stigma HIV ile ortaya çıkan bir kavram değildir ve yaşanacağı son hastalık da HIV olmayacaktır. Yeni bir fenomen olmayan stigmanın izleri, geçmiş zamanlarda da mevcuttur. Dünya üzerinde geniş sonuçları olan salgın hastalıklar incelendiğinde; toplum üzerinde oluşturduğu felaketin boyutuyla paralel olarak toplumda yaşanan korkuların ve bu hastalığa yakalananların eziyet görme şiddetinde artış olduğu saptanmıştır. Çok eski bir tarihi olan Cüzzam hastalığı, tanrının insana verdiği bir “kötülük” olarak nitelendirilmiştir. Kara ölüm diye adlandırılan Veba hastalığı, tanrının insanlara günahkâr

davranışları yüzünden gönderilen bir ceza olarak görülmüş, tanrının öfkesini yatıştırmak için toplumun normlarına aykırı yaşayan grupları günah keçisi ilan etmişlerdir. 15. yüzyılda tüm Avrupa kıtasını kasıp kavuran Frengi, Orta Doğu'ya sıçramış, hastalığa yakalananlar tarih boyunca lanetlenmişlerdir (52). 18. yüzyılda adı konan Tüberküloz, aşağı tabakanın bir hastalığı olarak bilinmiştir (53).

Tütün kullanımının oluşturduğu sağlık sorunlarının ortaya konulmasıyla eskiden çok daha yaygın olan ve film-reklamlar ile öznedirilen tütün kullanımı azalmıştır. 1900'lü yıllar itibariyle dünya kanser adı verilen bir hastalık ile savaşa girmiş, kanser hastaları stigmaya maruz kalmışlardır. Bu kişiler ilk zamanlarda bulaşıcı enfeksiyonu varmış gibi davranışlarla karşılaşmışlardır. İlk zamanlarda bu durum son 20 yıla kadar hala devam etmiş ve kanser hastalarına ayrımcı davranışlarda bulunulmuştur (54).

HIV konusunda en çarpıcı ifadelerden birisi ise hastalığın yeni yeni isimlendirildiği 1980'lerde söylenmiştir. İlk zamanlar homoseksüel hastalığı olarak bilinen AIDS hakkında "Allah'ın günahkârlara verdiği bir cezası" yorumları yapılmıştır (55).

Toplumsal sonuçları olan tüm hastalıklar ilk dönemlerinde damgalanmaya maruz kalmaktadır. Bu hastalıkların tedavisinde başarı elde edildikçe (Cüzzam, tüberküloz, sifiliz vb) üzerlerindeki damgalama hafiflemektedir. HIV/AIDS'in sosyal yapısı onu modern tarihin en damgalayıcı tıbbi konularından biri durumuna getirmiştir. Bunun pek çok nedeni arasından en önemli nedenleri:

- Etkenin hızla yayılması
- Sebep olduğu kayıpların fazla olması
- Cinsel yolla bulaşan bir hastalık olması
- Etkili bir tedavi/aşının henüz bulunamamış olmasıdır.
- Hastalığın eşcinsel hastalığı olarak algılanması

Yaşanan süreçte hastalığa karşı toplum ve bireylerce gerçek ve gerçek olmayan korkular sonucunda sosyal önyargılar gelişmiş, bu durum hastaların; korku, sessizlik, şiddet, inkar, stigma gibi olumsuz tutumlara maruz kalmasına neden olmuştur. Örnek vermek 1985 yılında Türkiye'de HIV (+) olduğu anlaşılan ilk birey M.E'nin ölümünden sonra verilen demeçte "İnsanların sağlıkları ile oynamanın cinayet olduğunu düşünüyorum. İğdir'da bir vatandaş AIDS'ten hayatını kaybetti. Defin esnasında bizim ne çektiğimizi bir Allah bilir. AIDS'li kişi

vefat edince virüs ölmüyor. Yer altı sularıyla, içme suyuna çok rahat bulaşabiliyor. Iğdır Asri Mezarlığı'nda yerin 4 metre altına mezar çukuru kazdık. Ama taban suyu çıktı, mezarı kapatmak zorunda kaldık. Başka bir yerde yeniden 2 metre derinliğinde yeni bir mezar daha kazdık. Mezarın etrafını betonladık. Cesedi çinko tabut içine koyduk. Tabutun etrafını, mezarın içini ve dışını kireçledik. Öyle gömdük" denilmiştir. HIV (+) kişiler hayattayken de stigma ile karşılaşmaktadır. El sıkışmaktan aynı havuza girmekten korkan toplum, kan alırken çift eldiven ile kendisini daha fazla koruyabileceğini düşünen sağlık çalışanları örnek olarak verilebilir.

Çok farklı inanç sistemleri, kültürler ve tarihsel olaylar hastalıklara karşı tutum ve davranışı büyük ölçüde etkilemektedir. Özellikle stigma ve ayrımcılığa kadar uzanan olumsuz tutumların herhangi bir hastalık nedeniyle kullanılması aslında tamamıyla toplumun hastalıklar üzerinden bireylere yansıttığı yüklemelerdir. Şüphesizdir ki bu olumsuz durum stigmaya uğrayan bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanma, sağlığa yeniden kavuşma, iyileşme gibi bir dizi hakkına ulaşımını engellemekte, sonuç olarak hasta birey ve bireyin ailesi sağlık açısından eşitlik ilkesinin gerektirdiği hizmetler bütününden yararlanamamaktadır. Çin'de yapılan bir çalışmada; HIV (+) ve cinsel yolla bulaşan hastalığı olan bireylerin büyük bir çoğunluğunun toplum tarafından damgalanma korkusu nedeniyle tedavilerini erteledikleri saptanmıştır (56).

Birçok toplum, kendi önyargıları çerçevesinde üzerinde stigma bulunan hastalıkları farklı derecede damgalamakta ya da etiketlemektedir. Mak ve arkadaşları tarafından Hong Kong da 3011 kişi ile yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan grubun en fazla damgalayıcı olarak belirttikleri hastalık HIV/AIDS olmuştur. Bunu sırayla tüberküloz ve SARS izlemiştir. Bunun temeli daha hastalığın fark edilmesi zamanlarında atılmıştır. Hastalığa AIDS adı verilmeden önce, sendrom "Gay Kanseri" ve "Gey Bağlantılı Bağışıklık Yetmezliği - Gay Related Immune Deficiency (GRID)" olarak tanımlanmıştır (57 – 59).

Fife ve Wright (2000) stigmanın etkileri açısından kanser hastaları ile HIV/AIDS hastaları karşılaştırmışlar, HIV/AIDS hastalarının daha fazla stigmaya maruz kaldıklarını saptamışlardır (59)

Yine bu dönemde HIV/AIDS'li kişiler; risklerin farkında olmayan masum kurbanlar (HIV ile infekte anneden doğan bebekler, hemofili hastaları, kan/kan ürünü transfüzyonu

yapılan kişiler gibi) ve suçlular (homo/biseksüel cinsel ilişkide bulunanlar, damar içi uyuşturucu madde kullananlar, seks işçileri gibi) olmak üzere iki gruba ayrılmış, damgalayıcı davranışların çoğu ikinci gruba yöneltilmiştir (60).

Yapılan çalışmalarda HIV hastalarının diğer hastalıklara sahip bireylere oranla daha fazla stigmaya maruz kaldıkları tespit edilmiştir (59, 61).

Stigmatizasyonun ise bu hastalara en sık sağlık personelleri tarafından uygulandığı fark edilmiştir (62-64)

HIV(+) ve cinsel yolla bulaşan hastalığı olan bireylerin büyük bir çoğunluğunun toplum tarafından damgalanma korkusu nedeniyle tedavilerini erteledikleri saptanmıştır (65).

2.5. Aile Hekimleri ve HIV (+) birey ilişkisi

HIV enfeksiyonlu hastaların sağlık gereksinimlerini karşılamaları bireysel ve toplumsal sağlık açısından son derece önemlidir. Aile hekimleri bireylerin istediği zaman randevu almadan ve kısa sürede başvurabilmeleri nedeniyle ilk temas noktası özelliğindedir. Kronik hastalıklara bütüncül olarak yaklaşım yapabilen tek disiplindir. Aile hekimi hastasını tanır, hastası ile güven endeksli bir ilişkisi bulunur. Stigmaya uğrayan tüm hastalıkların tanı ve takibinde, karşılıklı güven ilişkisinin tanı ve tedavi başarısını artırdığını söyleyen çalışmalar mevcuttur. Özellikle hastalığın taranması ve takibi konusunda aile hekimlerine gittikçe daha çok görev düşmektedir (66–68).

HIV rutin olarak taranması önerilen bir hastalık değildir. Risk grubundaki kişilerin taranması önerilir. IV ilaç kullanımı olanlar, çok eşli (veya partneri çok eşli) olanlar, partneri sık değişenler, homoseksüeller, kişide HIV dışında cinsel yolla bulaşan hastalık olması, mesleki risk grubunda olunması, partnerin hiv pozitif olması, yüksek HIV prevalansına sahip ülkede yaşamak, gebelik, cinsel istismar, TBC öyküsü olanlarda HIV taraması yapılmalıdır. Kişinin istemesi tarama açısından yeterlidir. Evlilik öncesinde ise HIV taranması gönüllülük esasına dayanmaktadır. Umumi Hıfzısıha kanununa göre evlilik öncesi zorunlu testler arasında yer almamaktadır ve kişiler HIV dışındaki hastalıklara karşı da kendisini korumakla yükümlüdür ve evlenmeye engel bir durum değildir (69-71).

HIV (+)'li bireylerin toplum tarafından etiketlenmesine (stigma) neden olan bir durumdur. Etiketlenme, tanıda da belirtildiği gibi, bu faktörlerin yanında bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanması üzerinde de olumsuz etkiye sahiptir. HIV (+) hastaların sağlık hizmeti alımı ile ilgili pek çok çalışma bulunmasına karşın bu çalışmalar ağırlıklı olarak HIV, ilişkili sorunlar, tedavi uyumu ve prognoz alanlarında ve hastane ve laboratuvar gibi ortamlarla sınırlıdır. HIV (+) bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanımları ve bunu etkileyen faktörleri bilinmemektedir. Bu hastalar HIV hastalığı nedeniyle veya bundan bağımsız olarak herhangi bir hastalığa maruz kaldığında; bu sorunlarını nasıl çözdüğünü bilinmemektedir. Zamanında stigmaya maruz kalan verem, veba, cüzzam hatta kanser gibi pek çok hastalık gibi, çalışmalar göstermektedir ki HIV hastaları da sağlık sisteminden uzaklaşmak ve tedavilerini aksatmak eğilimi göstermektedir.

Hastalıkla ilgili yapılan araştırmaların daha çok HIV hastalığın medikal tedavisi yönünde olması; bu hastaların diğer sağlık problemlerini ne şekilde çözdükleri, sağlık sistemi dışında kalan diğer problemlerini (sosyal, ekonomik, ...) ne şekilde çözdükleri, bu problemlerin oluşumu ve çözümünde rol oynayan faktörlerin neler olduğu sorularının karanlıkta kalmasına sebep olmuştur. Bireyi yaşam ortamıyla bir bütün olarak ele alan aile hekimliği disiplini, HIV enfeksiyonu takibinde daha aktif yer alırsa bu alanlarda iyileşme görülmesi teorik olarak mümkündür.

Yeni tedavilerin geliştirilmesi ile HIV de artık DM veya hipertansiyon gibi kronik bir hastalık olarak ele alınmaktadır. Diğer kronik hastalıklarda yapıldığı gibi HIV hastalarının da birinci basamak düzeyinde takip edilmesi son derece önemlidir. Bu hastalar HIV ile ilgili problem çözümlerine ve tedavilerine ulaşabilmelerine rağmen, HIV dışında kalan diğer sağlık problemlerine bütüncül yaklaşım; aşılama, rutin takipler, taramalar gibi sadece birinci basamak hekimliğinde sağlanabilecek yaklaşımlardan mahrum kalmaktadırlar. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi bu insanlar zaten HIV nedeni ile genel popülasyona oranla risk altındadırlar ve birinci basamak hekimliğinin bu hastalar için bir sağlık danışmanı olarak rol alması gereklidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırma Deseni

Bu çalışma, kesitsel analitik tipte bir çalışma olarak yürütülmüştür.

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini, Türkiye’de yaşayan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan HIV enfeksiyonuna sahip bireyler oluşturmaktadır.

Türkiye’de HIV enfeksiyonuna sahip birey prevalansı bilinmediğinden evreni bilinmeyen örneklem plama formülü kullanılarak %99 güven düzeyi, %95 güven aralığı, %5 hata payı ve %80 güç ile örneklem büyüklüğü 384 olarak hesaplanmıştır. Ancak hastalığın stigmaya uğrayan özel bir grup olması, 384 rakamının literatürdeki diğer sosyal HIV çalışmaları örneklemelerinin çok üzerinde olması nedeniyle, uygun örneklem yöntemiyle ulaşılabilecek maksimum sayıya ulaşılmaya çalışılmıştır.

3.3. Örneklem Seçimi

Çalışma evreni bilinmeyen bir örnekleme planlandığı için örneklem seçimi yapılmamıştır. Katılımcılara uygun örneklem yöntemi ile ulaşılmıştır

3.4. Uygulama

Çalışmada veriler e-anket ve basılı anket ile toplanmıştır. Kartopu yöntemiyle veri toplanacağı için; başlangıç noktası olarak, Türkiye’de HIV tanısı almış hastaların sıkça irtibata geçtiği Pozitif Yaşam Derneği (PYD)’yle iletişime geçilmiştir. E-anket formunun el ile doldurulabileceği bir alternatifini derneğe bırakılmıştır.

Anket formunun katılımcılara ulaştırılabilmek için yazılı form ve e-anket formu oluşturulmuştur. E-anket formu araştırmacı tarafından bir e-posta adresi kullanılarak Google Drive üzerinden Online Form olarak oluşturulmuş, ulaşım kolaylığı açısından “bit.ly” sitesi üzerinden “ bit.ly/hivanket ” olarak link kısaltılması yapılmıştır. Link kısaltma işleminden sonra ön izleme ile değerlendirilip anketin doldurulmasında herhangi bir sorun olmadığından emin olunmuştur. Kısaltılmış e-anket link bilgisi aynı zamanda yazılı form’a eklenmiş ve katılımcılardan çevresinde tanıdığı HIV enfeksiyonlu bireylerden ankete bu link aracılığıyla katılabileceğini bildirmesi istenmiştir.

3.5. Anketler

Çalışmada Kişisel Veri Formu ve PCAS (BDÖ – Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği) olmak üzere iki adet anket formu kullanılmıştır. Anket formları Ek-4’te mevcuttur.

3.5.1 Kişisel Veri Formu

Birinci anket formu kişinin demografik verilerini ve HIV ile ilgili soruları yöneltmek amacıyla kullanılmıştır. Katılımcının yaşı, cinsiyeti, cinsel yönelimi, çalışma – gelir durumu, ikamet durumu, eş – çocuk bilgileri, HIV ile yaşam süresi, HIV edinme biçimi, HIV tanısı alma biçimi, aile ve çevrenin HIV durumu ile ilgili davranışları, HIV durumunun sosyal hayatı üzerine etkisi, sağlık arama davranışını hangi kaynaklardan aldığı, sağlık çalışanlarının hastayla ilişkisi ile ilgili sorular sorulmuştur. Ayrıca kişinin kişisel deneyimlerini aktarabileceği açık uçlu sorular da sorulmuştur. Anket Ek-4’te mevcuttur.

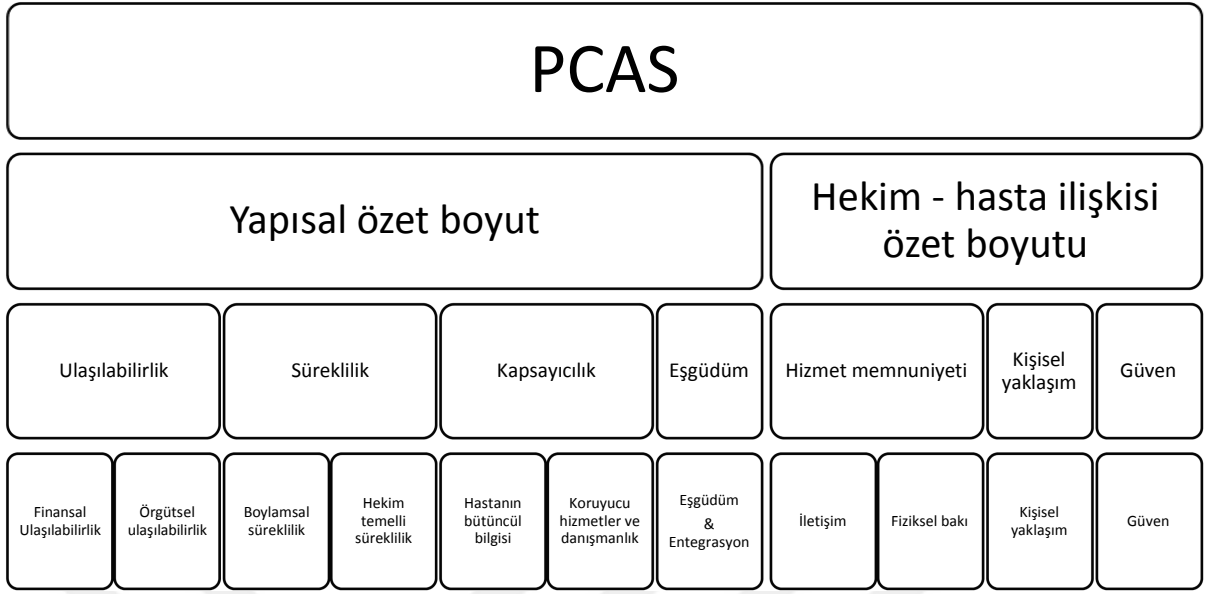
3.5.2 PCAS

PCAS Massachusetts, Boston, ABD ‘de 6094 kişilik bir örnekte uygulanarak geliştirilmiş ve uluslararası geçerliliği yapılmış, birinci basamak ölçme ve değerlendirme ölçeğidir (72).

Türkiye’de geçerlilik-güvenilirliğin Lağarlı ve arkadaşları 2007’de Manisa kent merkezinde yapılmıştır (73).

Cronbach alfa değeri 0,80-0,90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin orijinal formunda 33 adet ana sorunun altında toplam 83 soru bulunmaktadır. Bu sorular sağlık hizmeti alanların hizmeti değerlendirmesine yöneliktir. Ölçekteki 49 soru boyutları sorgulamakta ve skorlamaya katılmaktadır; 34 soru ise katılmamaktadır. Ölçekteki 11 alt boyut uluslararası geçerlilik çalışmasında 7 boyuta indirgenmiştir (82) Ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm “yapısal özet boyut” u oluşturmakta; kişisel yaklaşım, hizmet memnuniyeti ve güven ise “hekim-hasta ilişkisi özet boyutu”nu oluşturmaktadır.

PCAS alt boyut, boyut ve özet boyutları Tablo 1 de gösterilmiştir.,



Bu boyutları oluşturan soruların özellikleri şöyledir (Tablo 3)

1. Ulaşılabilirlik: Muayene ve tedavi ücretlerini değerlendirilmesi, hekime telefonla ulaşarak randevu ve bilgi alabilme durumu, birinci basamak sağlık kuruluşunun yerleşim yerine yakınlığı, birinci basamak sağlık kuruluşunun hizmet verdiği saat/günlerin değerlendirilmesi
2. Süreklilik: Hastanın hekime kayıtlı olduğu süre, birinci basamak sağlık kurumunda yapılan olağan sağlık kontrolleri ve sağlık sorunu için alınmış randevularda düzenli hekimini hangi sıklıkla görüştüğünün değerlendirilmesi.
3. Kapsayıcılık: Hekimin hastasının tıbbi özgeçmişi, ev ve işteki sorumlulukları, başıca sağlık sorunları, bireyin inanç ve değerlerine olan yaklaşımı ve sunduğu koruyucu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.
4. Eşgüdüm: Aile hekimliğinden sevk edilen hastanın ayaktan ya da yatarak tedavilerinde; uzman hekim/hekimlerce yapılan muayene ve laboratuvar sonuçlarının, aile hekimliğinde kayıtlara işlenmesi ve bu bilginin koordinasyonunda birinci basamak hekiminin rolünün değerlendirilmesi.
5. Hizmet memnuniyeti: Hekimin hastanın sorularına gösterdiği dikkat, yaptığı açıklama ve önerilerin yeterince anlaşılır olması, hastanın sağlığı ile ilgili verilen kararlarda desteği ve düzenli hekiminin yaptığı fizik bakımın yeterliliğinin değerlendirilmesi.
6. Hekimin kişisel yaklaşımı: Hekimin sabrı, dostluğu, nazikliği, ilgisi, bakımı ve hastaya ayırdığı zamanın değerlendirilmesi.

7. Güven: Birinci basamak hekiminin dürüstlüğünün, yeterliliğinin ve tıbbi bakım sürecinde hasta adına karar verebilme yetkisinin değerlendirilmesi

PCAS soruları altılı likert tipindedir. En küçük değer 1, en yüksek değer 6 olarak değerlendirilmiştir ve puan arttıkça özelliğin daha iyi olduğu anlatılmaktadır. 7 soruda sorunun soruluş biçimi/şıkların sıralanış biçimi sebepleriyle skor tersine çevrilmelidir. (Soru no: 14a, 15a, 23a, 23c, 23e, 23f, 26). Bu sorular anket formunda 1 puan en olumlu, 6 puan en olumsuz olarak düzenlenmiştir. 8 sorunun ise (21a, 21b, 21c, 21d, 21e, 21f, 21g, 26) değerleri düzenlenmelidir. Örneğin 21. Soru koruyucu hizmetleri sorgulamaktadır ve evet cevabı için 100 hayır cevabı için 0'a dönüşüm yapılmıştır. Boyutları oluşturan soruların puanları toplanarak boyut puanları hesaplanmıştır. Elde edilen bu puan 0-100 puan sistemine dönüştürülmüş, dönüşümde PCAS skora rehberinde verilen formül kullanılmıştır.

Dönüşüm puanı = (alınan puan – min puan)x100/ (max-min puan farkı)

Tablo 2 de olası max-min puan farkları belirtilmiştir.

Boyutlar	Soru Sayısı		Min Puan	Max Puan	Max – Min Puan Farkı
Finansal ulaşılabilirlik	2	FINU1-FINU2	2	12	10
Örgütsel ulaşılabilirlik	6	ORGU1-ORGU6	6	36	30
Boylamsal süreklilik	1	BS	1	5	4
Hekim temelli süreklilik	2	**HTS1-HTS2	2	12	10
Hastanın bütüncül bilgisi	5	**HBB1, HBB2-HBB5	5	30	25
Koruyucu hizmetler ve danışmanlık	7	**KOHD1-KOHD7	0	7	7
Eşgüdüm	6	EŞG1-EŞG6	6	36	30
Fiziksel bakı	1	FM1	1	6	5
İletişim	6	İLT1-İLT6	6	36	30
Kişisel yaklaşım	5	KŞSY1-KŞSY5	5	30	25
Güven	8	**GVN1,GVN3, GVN5, GVN6, GVN2, GVN4, GVN7, GVN8	8	40	32

**Dönüştürülmüş sorular

Tablo 2 PCAS Ölçeğinin 100'lük sisteme çevrilmeden önce puan aralıkları

Tablo 3. PCAS Boyutları ve Soruların içerikleri

Boyutlar	Soru	Soruların içerikleri
Finansal ulaşılabilirlik	FINU1 (S11b)	Muayene için doktora ödediğiniz parayı nasıl değerlendirirsiniz?
	FINU2 (S12b)	İlaç tedavisi ve önerilen diğer tedaviler için harcadığınız para miktarını nasıl değerlendirirsiniz?
Örgütsel ulaşılabilirlik	ORGU1 (S9b)	Doktorunuzdan randevu alabilme sürenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
	ORGU2 (S10b)	Muayene olmadan önce bekleme süresini nasıl değerlendirirsiniz?
	ORGU3 (S13a)	Telefon aracılığıyla ulaşabilmek konusunda doktorunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
	ORGU4 (S13b)	Telefon aracılığıyla tıbbi yardım alabilmek konusunda doktorunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
	ORGU5 (S7b)	Evinizden doktorunuzun çalıştığı yere ulaşabilme kolaylığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
	ORGU6 (S8b)	Doktorunuzun sağlık hizmeti verdiği saatleri nasıl değerlendirirsiniz?
Boylamsal süreklilik	BS (S2)	Doktorunuzun ne zamandan beri sizin doktorunuz olduğunu belirtir misiniz?
Hekim temelli süreklilik	HTS1 (S14a)	Düzenli kontrolleriniz veya genel muayene (çekap) için gittiğinizde kendi doktorunuzu görebiliyor musunuz?
	HTS2 (S15a)	Hastalandığınız zaman gittiğinizde kendi doktorunuza muayene olabiliyor musunuz? (yardımcı sağlık personeli ya da yerine bakan başka bir doktoru değil)
Hastanın bütüncül bilgisi	HBB1 (S26)	Komaya girer ya da bilinç kaybı yaşarsam doktorum benim için tıbbi olarak ne yapılmasını isteyeceğimi bilir ?
	HBB2 (S25a)	Doktorunuzun tıbbi özgeçmişiniz ile ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz?
	HBB3 (S25b)	Doktorunuzun ev ve iş yerindeki sorumluluklarınız ile ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz?
	HBB4 (S25c)	Doktorunuzun tıbbi olarak sizi endişelendirecek durumlar ile ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz?
	HBB5 (S25d)	Doktorunuzun inanç ve kültürel değerleriniz ile ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz?
Koruyucu hizmetler ve danışmanlık	KOHD1 (S21a)	Doktorumla sigara içme ilgili konuştuk
	KOHD2 (S21b)	Doktorumla alkol kullanma ile ilgili konuştuk
	KOHD3 (S21c)	Doktorumla emniyet kemeri takma hakkında konuştuk
	KOHD4 (S21d)	Doktorumla sağlıklı beslenme ile ilgili konuştuk
	KOHD5 (S21e)	Doktorumla egzersiz yapma hakkında konuştuk
	KOHD6 (S21f)	Doktorumla stres yönetimi hakkında konuştuk

	KOHD7 (S21g)	Doktorumla güvenli cinsel ilişki hakkında konuştuk
Eşgüdüm	EŞG1 (S31a)	Doktorunuzun gideceğiniz uzman hekimi seçmedeki yardımını nasıl değerlendirirsiniz?
	EŞG2 (S31b)	Doktorunuzun uzman hekimden randevu almada yardımını nasıl değerlendirirsiniz?
	EŞG3 (S31c)	Doktorunuzun uzman hekim tarafından tedavi edilirken hastalığınız ve tedavinize ilgisini nasıl değerlendirirsiniz?
	EŞG4 (S31d)	Doktorunuzun diğer uzman hekimlerle iletişimini nasıl değerlendirirsiniz?
	EŞG5 (S31e)	Doktorunuzun uzman hekimlerin verdiği öneri ve tedavileri anlayabilmen konusunda yardımını nasıl değerlendirirsiniz?
	EŞG6 (S31f)	Doktorunuzun sizi gönderdiği diğer uzmanların kalitesini nasıl değerlendirirsiniz?
Fiziksel bakı	FM1 (S16a)	Doktorunuzun yaptığı fizik muayeneyi nasıl değerlendirirsiniz?
İletişim	İLT1 (S17a)	Doktorunuzun şikayetinizle ilgili sorduğu soruların yeterliliğini nasıl değerlendirirsiniz?
	İLT2 (S17b)	Doktorunuzun anlattıklarınızla ilgili dikkatini nasıl değerlendirirsiniz?
	İLT3 (S17c)	Doktorunuzun sağlık sorunlarınızı ve tedavilerini açıklamasını nasıl değerlendirirsiniz?
	İLT4 (S17d)	Doktorunuz sizi uzmana sevk ettiğinde hazırladığı raporları nasıl değerlendirirsiniz?
	İLT5 (S17e)	Doktorunuzun sağlığınızla ilgili karar verme konusunda yardım ve önerilerini nasıl değerlendirirsiniz?
	İLT6 (S18)	Doktorunuzun yanından sorularınıza yanıt alamadan ayrıldığınız olur mu?
Kişisel yaklaşım	KŞSY1 (S19a)	Doktorunuzun size ayırdığı zamanı nasıl değerlendirirsiniz?
	KŞSY2 (S19b)	Doktorunuzun sorularınız ve endişelerinize gösterdiği sabrı nasıl değerlendirirsiniz?
	KŞSY3 (S19c)	Doktorunuzun size karşı dostluk ve yakınlığını nasıl değerlendirirsiniz?
	KŞSY4 (S19d)	Doktorunuzun size ilgisi ve bakımını nasıl değerlendirirsiniz?
	KŞSY5 (S19e)	Doktorunuzun size karşı saygısını nasıl değerlendirirsiniz?
Güven	GVN1 (S23a)	Doktoruma her şeyi anlatabilirim
	GVN2 (S23b)	Doktorum bazen tam olarak emin olmadığı şeyleri biliyormuş gibi yapar
	GVN3 (S23c)	Tıbbi bakımım konusunda doktorumun vereceği kararlara tam olarak güvenirim
	GVN4 (S23d)	Doktorum benim sağlığım için gerekenleri yaparken maliyeti düşük tutmaya çok dikkat eder
	GVN5 (S23e)	Doktorum sağlığım ile ilgili kötü bile olsa her zaman gerçeği söyler
	GVN6 (S23f)	Doktorum sağlığım için benim kadar dikkat eder
	GVN7 (S23g)	Doktorum sağlığım ile ilgili hata yaptığında benden saklamaya çalışır
	GVN8 (S24)	Bütün etkenleri göz önünde bulundurarak güven konusunda doktoruna on üzerinden kaç puan verirsin

3.6. Veri Toplama

Araştırmada veri toplamak için yöntem olarak uygun örneklem yöntemi kullanılmıştır. El ile doldurulabilecek yazılı anket formları Pozitif Yaşam Derneği aracılığı ile katılımcılara ulaştırılmıştır. Google Formlar üzerinden oluşturulmuş e-anket yine Pozitif Yaşam Derneği ve araştırmacının tanıdığı HIV enfeksiyonlu kişiler aracılığıyla uygun örneklem yöntemi ile katılımcılara ulaştırılmıştır.

3.7. İstatistiksel Analizler

Çalışmadaki tüm veriler, IVM SPSS Statistics V24.0 programı ile analiz edilmiştir. El ile doldurulan 20 adet anket ve e-anket olarak doldurulan 122 adet anket önce Microsoft Office Excel ® belgesinde toplanmış, daha sonra SPSS istatistik programına aktarılmıştır.

Tüm veriler için tanımlayıcı analizler yapılmış karşılaştırmalarda kategorik değişkenler için ki-kare testi, sürekli değişkenler için Student's t testi kullanılmıştır

PCAS formunun değerlendirilmesi, değerlendirme formuna uygun olarak yapılmıştır.

3. BULGULAR

Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışmaya Türkiye genelinde 142 katılımcı dâhil oldu bu katılımcıların 122'sine çevrimiçi 20 tanesine basılı anket ile ulaşıldı.

Katılımcıların yaş ortalamaları $29,49 \pm 7,69$ olup, %20,4'ü kadın (n=29) %79,6'sı erkekti (n=113). Katılımcıların %62,7'si kendini heteroseksüel olarak tanımlarken (n=89)' bunu %21,1 ile homoseksüel yönelim (n=30) ve %12,7 ile biseksüel yönelim (n=18) takip etti. Katılımcıların %50,7'si duygusal bir partnerinin olmadığını (n=72) ifade etti. Katılımcıların %79,6'sının çocuğu yoktu (n=113) (Tablo 1)

Tablo:4 Katılımcıların demografik özellikleri 1

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Biyolojik Cinsiyet	Kadın	29	%20,4
	Erkek	113	%79,6
Cinsel Yönelim	Heteroseksüel	89	%62,7
	Lezbiyen	1	%0,7
	Gay	30	%21,1
	Biseksüel	18	%12,7
	Transeksüel	1	%0,7
	Yanıt yok	3	%2,1
Duygusal bağ / partner varlığı (eş, sevgili)	Evet	69	%48,6
	Hayır	72	%50,7
	Yanıt yok	1	%0,7

Çocuk durumu	Var	28	%19,7
	Yok	113	%79,6
	Yanıt yok	1	%0,7

Katılımcıların %60,6'sı üniversite (n=96), %11,3'si yüksek lisans mezunuydu (n=16). %82,4'ü çalışıyordu (n=117) ve %76,1'inin düzenli geliri vardı (n=108). Katılımcıların %43,7'si gelirini giderinden az olarak tanımladı (n=62); bunu %34,5 ile gelirim giderime eşit olarak ifade eden katılımcılar izledi (n=49). Katılımcıların %93'ünün sağlık güvencesi vardı (n=132).

Tablo 5: Katılımcıların demografik özellikleri 2

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim Seviyesi	Okuryazar	1	%0,7
	İlkokul	0	%0
	Ortaokul	7	%4,9
	Lise	32	%22,5
	Üniversite	86	%60,6
	Yüksek Lisans	16	%11,3
	Yanıt yok	0	%0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	117	%82,4
	Çalışmıyor	25	%17,6
Düzenli Gelir Durumu	Var	108	%76,1

	Yok	33	%23,2
	Yanıt yok	1	%0,7
Maddi Durumu	Gelirim giderime eşit	49	%34,5
	Gelirim giderimden az	62	%43,7
	Gelirim giderimden fazla	30	%21,1
	Yanıt yok	1	%0,7
Sosyal Güvence Durumu	Var	132	%93,0
	Yok	10	%7,0

Katılımcılar $3,46 \pm 1,84$ yıldır HIV ile yaşıyorlardı. Bulaş yolu olarak %84,5'i korunmasız cinsel yolla ilişkiyi belirtti (n=120). Bu kişilerin %58,5'i şüphelenme sonucu test yaptırmaya (n=83); %33,1'i ise bir sağlık kurumunda herhangi bir şikâyetle başvuru sonrasında yapılan testler sırasında tanı aldığını belirtti (n=47). Katılımcıların %35,2'si HIV durumlarını ailesi ile paylaşabildiğini (n=50), %46,5'i eş/sevgili ile paylaşabildiğini (n=66), %26,1'i ise yakın çevresi ile paylaşabildiğini belirtti (n=37). %2,1 katılımcı bu durumun sakladığı bir şey olmadığını ifade ederken (n=3); %43,7'si ise bunun herhangi biri ile paylaşabildiği bir durum olmadığını ifade etti (n=62).

Tablo 6: Katılımcıların HIV bulaş ve tanı süreci ile ilgili özellikleri

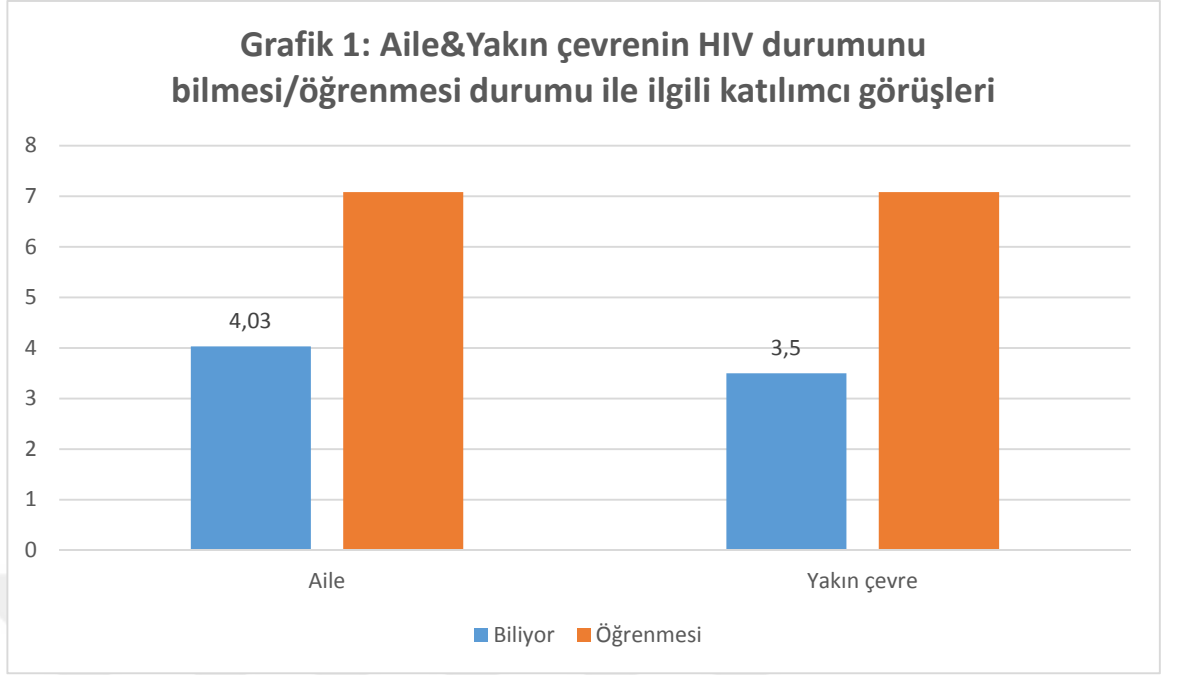
		Sayı (n)	Yüzde (%)
HIV ile enfekte olma yolu	Tıbbi müdahale	3	%2,1
	Korunmasız cinsel ilişki	120	%84,5
	Emin değilim	18	%12,7
	Yanıt yok	1	%0,7
HIV tanısı alma yöntemi	Şüphelenme	83	%58,5
	Sağlık kurumu başvurusunda tesadüf	47	%33,1
	Bürokratik sağlık muayenesi (işe giriş, yurda giriş, check up vb)	9	%6,3
	Yanıt yok	1	%0,7

Tablo 7:
Katılımcıların
HIV (+) olma
durumlarını
kimlerle
paylaşabildiklerine
ilişkin ifadeleri

			Aile Üyeleri	Eş/sevgili	Yakın Çevre	Sakladığım bir şey değil	Paylaşabildiğim bir şey değil
Paylaşım	Evet	n	50	66	37	3	62
		%	35,2	46,5	26,1	2,1	43,7
	Hayır	n	91	74	104	136	78
		%	64,1	52,1	73,2	95,8	54,9
	Yanıt yok	n	1	2	1	3	2
		%	0,7	1,4	0,7	2,1	1,4

Katılımcıların %38,0'i ailesinin HIV (+) olduğunu bildiğini belirtmiştir (n=54). 1 puan olumlu-destekleyici kabul edici, 10 puan dışlayıcı-reddedici-cezaladıcı olmak üzere bu kişilerin ailesinin bu hastalara yaklaşımı ortalama $4,03 \pm 1,62$ olarak saptanmıştır. Ailesinin HIV pozitif olduğunu bilmediğini belirten %61,3 katılımcı ise (n=87) ailesinin durumunu öğrenirse gösterecekleri tutumu benzer puan aralığında ortalama $7,08 \pm 1,68$ olarak değerlendirmiştir.

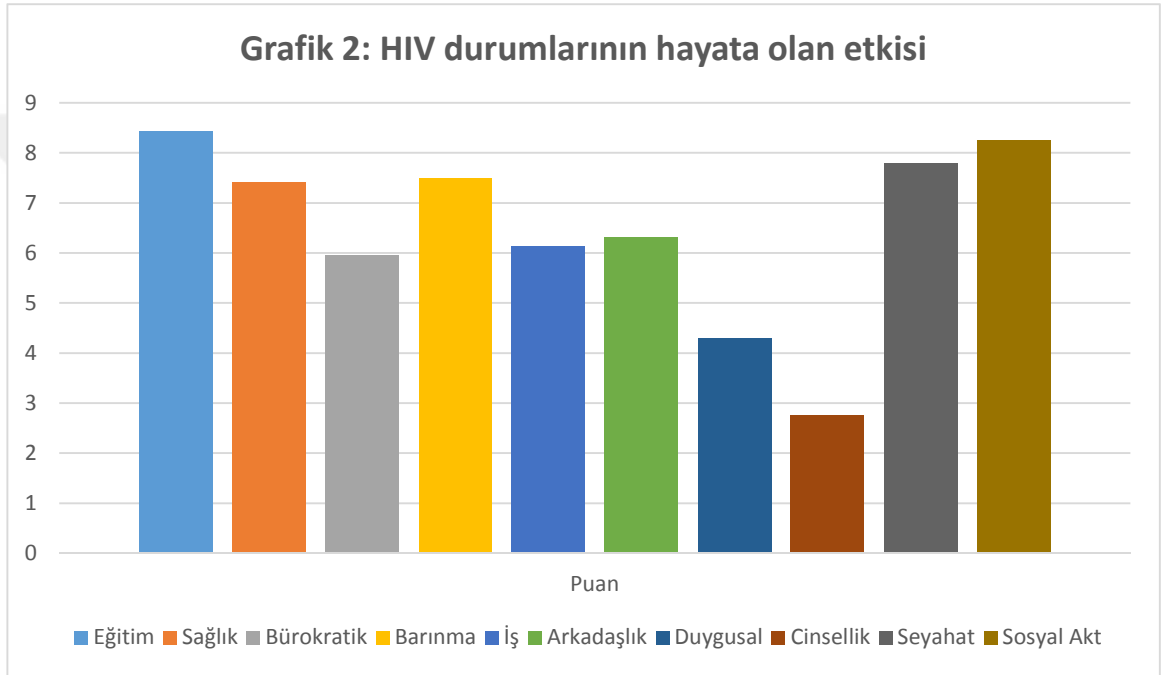
Katılımcıların %35,9'u yakın çevresinde en az bir kişinin HIV durumunu bildiğini belirtti (n=51). 1 puan olumlu-destekleyici kabul edici, 10 puan dışlayıcı-reddedici-cezaladıcı olmak üzere bu kişilerin yakın çevresinin bu hastalara yaklaşımı ortalama $3,50 \pm 1,56$ puan aldı. Yakın çevresinin HIV durumunu bilmediğini belirten %63,4 (n=90) kişi iste yakın çevresinin durumunu öğrenirse gösterecekleri tutumu benzer puan aralığında ortalama $7,08 \pm 1,53$ olarak değerlendirmiştir. (Tablo: 8)



Tablo 8: Aile&Yakın çevrenin HIV durumunu bilmesi/öğrenmesi durumu ile ilgili katılımcı görüşleri

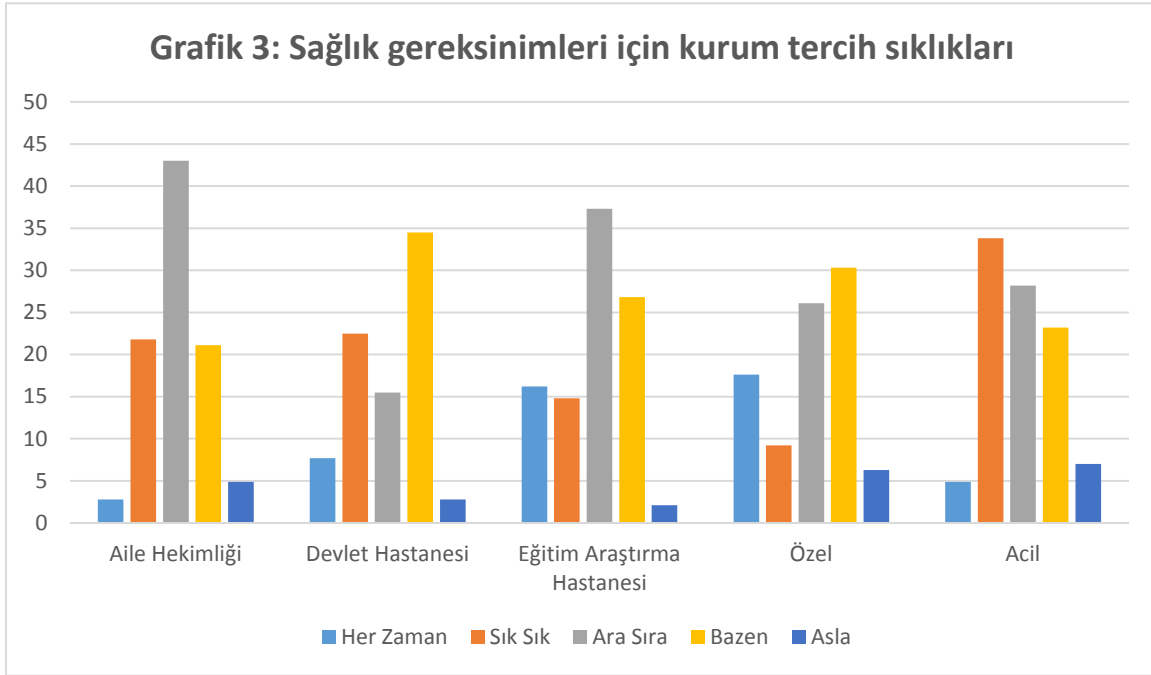
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Ortalama±SD
Ailenin HIV enfeksiyonunu bilme durumunda tutumu / olası tutumu	Bilgisi Var	54	38	4,03±1,62
	Öğrenmesi durumunda	87	61,3	7,08±1,68
	Yanıt yok	1	0,7	NA
Yakın çevrenizin HIV enfeksiyonunu bilme durumunda tutumu / olası tutumu	Bilgisi Var	51	35,9	3,50±1,56
	Öğrenmesi durumunda	90	63,4	7,08±1,53
	Yanıt yok	1	0,7	NA

Katılımcılara HIV durumlarının hayatlarına olan etkileri sorulmuştur. Katılımcılar 1 puan olumsuz yönde etkilediğini düşünüyorum ile 10 puan herhangi bir etkisi olduğunu düşünmüyorum olmak üzere yanıtlar vermiştir. Katılımcılar eğitim hizmetlerine ulaşım için $8,44 \pm 1,71$, Sağlık hizmetlerine ulaşım için $7,41 \pm 1,68$, Yasal/bürokratik işler (evlilik başvurusu, işe giriş raporu vb.) için $5,95 \pm 2,17$, Barınma için $7,50 \pm 2,09$, İş bulma/sürdürme için $6,13 \pm 2,40$, Arkadaş edinme $6,31 \pm 2,28$, Duygusal hayat için $4,23 \pm 1,91$, Cinsel hayat için $2,76 \pm 1,71$, Seyahat etme için $7,79 \pm 1,97$, Sosyal etkinliklere katılım için ise $8,26 \pm 1,99$ puan vermişlerdir.



Katılımcılara sağlık gereksinimleri ve sağlık sistemini kullanımları ile ilgili sorular sorulmuştur. %66,9'unun HIV enfeksiyonu dışında bir hastalığı bulunmamaktaydı (n=95). Her zaman ve sık sık gruplarının yoğun kullanıldığı göz önüne alınarak gruplama yapıldığında; bilgi kaynağı olarak katılımcıların %66,2'si sağlık çalışanlarına (n=94), %63,4'ü internete (n=90), %56,3'ü ailesine (n=80), %32,4'ü arkadaşlarına (n=46), %18,3'ü yazılı/basılı kaynaklara (n=26), %10,6'sı sivil toplum kuruluşlarına (n=15) başvuruyordu. Kişilerin sağlık kuruluşlarını kullanma sıklıkları Grafik 3'deki gibidir.

Her zaman ve sık sık gruplarının yoğun kullanıldığı göz önüne alınarak gruplama yapıldığında; sağlık gereksinimlerini karşılamak için katılımcıların %24,6'sı aile sağlığı merkezini (n=35), %30,2'si devlet hastanesini (n=43), %31,0'ı eğitim araştırma hastanesini (n=44), %26,8'i özel hekim/hastaneleri (n=38), %38,7'si acil servisleri (n=55) daha sık tercih ettiklerini belirtti. Kişilerin sağlık kuruluşlarını başvuru tercih sıklıkları tablo 9 daki gibidir.



Katılımcılara sağlık hizmeti alırken yaşadıkları deneyimler sorulmuştur. Bazen ve asla seçenekleri ile Her Zaman ve Sık sık seçenekleri birlikte gruplandığında, katılımcıların %69,7'si sağlık personellerine HIV enfeksiyonuna sahip olduklarını bilmediğini (n=99), %66,9'u sağlık çalışanlarına bu durumu söylemediklerini (n=95) belirtti. Katılımcıların %47,9'u mahremiyet konusunda sorun yaşamazken (n=68), %52,1'i kendini sağlık çalışanlarının yanında güvende hissediyordu (n=74). Katılımcıların sağlık hizmet deneyimleri Tablo 11 de sunulmuştur

Tablo 9: Katılımcıların sağlık gereksinimleriyle ilgili kaynak başvurusu hakkındaki öz değerlendirmeleri

	Her Zaman		Sık Sık		Ara Sıra		Bazen		Asla		Yanıt Yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sağlık Çalışanları	28	19,7	66	46,5	40	28,2	6	4,2	0	0	2	1,4
Arkadaşlar	4	2,8	42	29,6	36	25,4	47	33,1	7	4,9	6	4,2
Aile	27	19	53	37,3	34	23,9	15,	10,6	10	7,0	3	2,1
Sivil Toplum Kuruluşları	3	2,1	12	8,5	44	31,0	52	36,6	29	20,4	2	1,4
İnternet	40	28,2	50	35,2	23	16,2	23	16,2	5	3,5	1	0,7
Yazılı/Basılı kaynakla	2	1,4	24	16,9	47	33,1	39	27,5	27	19,0	3	2,1

(Tablo 9'de satır yüzdeleri sunulmuştur.)

Tablo 10: Katılımcıların sağlık gereksinimleriyle ilgili kurum başvurusu hakkındaki öz değerlendirmeleri

	Her Zaman		Sık Sık		Ara Sıra		Bazen		Asla		Yanıt Yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aile Sağlığı Merkezi	4	2,8	31	21,8	61	43,0	30	21,1	9	6,3	7	4,9
Devlet Hastanesi	11	7,7	32	22,5	22	15,5	49	34,5	24	16,9	4	2,8
Eğitim Araştırma Hastanesi	23	16,2	21	14,8	53	37,3	38	26,8	4	2,8	3	2,1
Özel Hekim/Hastane	25	17,6	13	9,2	37	26,1	43	30,3	15	10,6	9	6,3
Acil Servis	7	4,9	48	33,8	40	28,2	33	23,2	4	2,8	10	7,0

(Tablo 10'de satır yüzdeleri sunulmuştur.)

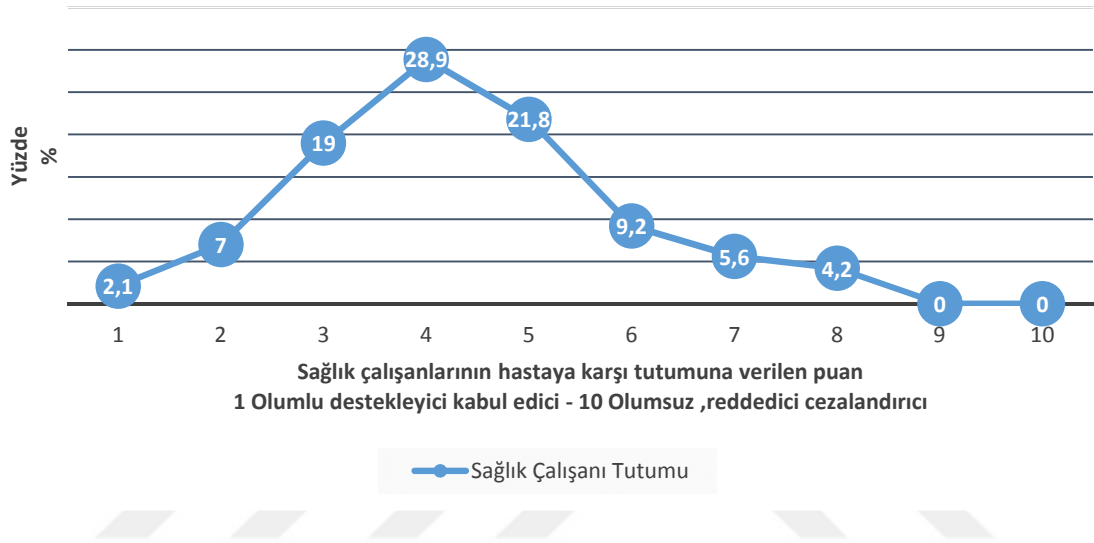
Tablo 11: Katılımcıların sağlık hizmeti deneyimleri

	Her Zaman		Sık Sık		Ara Sıra		Bazen		Asla		Yanıt Yok	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Benimle ilgilenen sağlık çalışanları HIV + olduğumu bilirler	5	3,5	8	5,6	30	21,1	67	47,2	32	22,5	0	0
Benimle ilgilenecek sağlık çalışanlarına HIV + olduğumu söyleyebilirim	9	6,3	10	7	28	19,7	43	30,3	52	36,6	0	0
Sağlık hizmeti alırken mahremiyetime saygı gösteril	32	22,5	36	25,4	47	33,1	20	14,1	5	3,5	2	1,4
Sağlık hizmeti alırken kendimi güvende hissedirim.	30	21,1	44	31,0	36	25,4	26	18,3	3	2,1	3	2,1

(Tablo 11’de satır yüzdeleri sunulmuştur.)

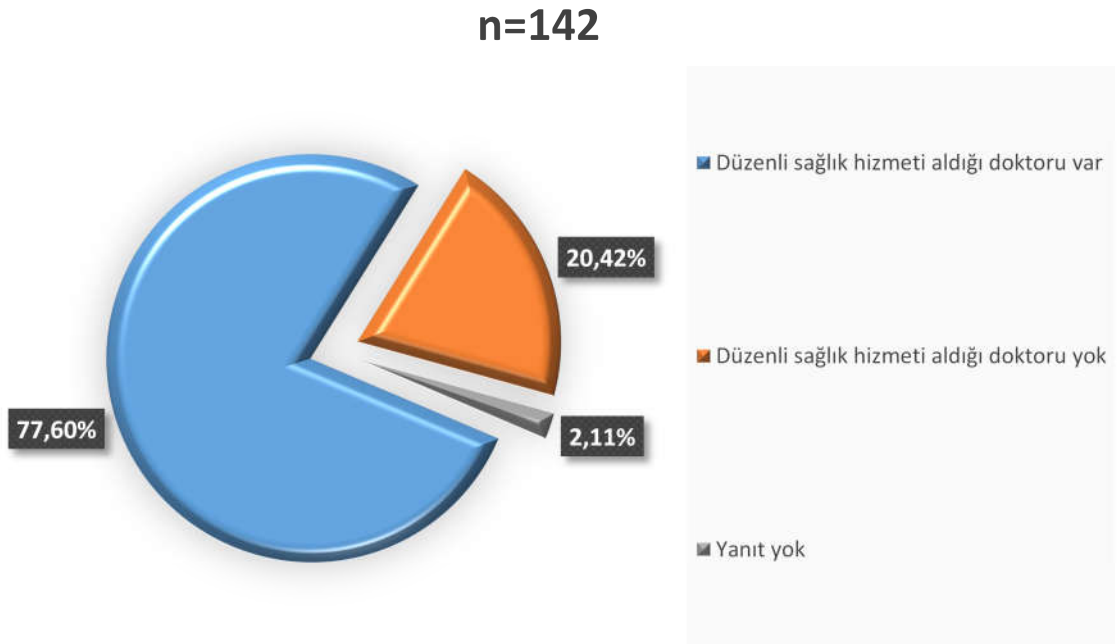
Katılımcılara sağlık alışanlarının HIV + olduklarını bilmeleri durumundaki tutum ve davranışları sorulmuştur. 1 puan olumlu-destekleyici kabul edici; 10 puan dışlayıcı-reddedici-cezaladırıcı olmak üzere $4,35 \pm 1,54$ puan olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların verdikleri puanlar Grafik 4'te aktarılmıştır

Grafik 4:
Sağlık alışanı Tutumu



PCAS

Araştırmamızda kullanılan birinci basamak değerlendirme ölçeği (PCAS)'ın ilk sorusu düzenli olarak sağlık hizmeti alınan bir hekimin varlığını sorgulamaktadır. Bu soruya hayır cevabı veren 29 kişi ile cevaplamayan 3 kişiye ölçeğin diğer soruları soruları uygulanmadı. Katılımcıların %77,4'ü düzenli sağlık hizmeti aldığı bir hekimin olduğunu (n=110) belirttiler (Grafik 5)



Grafik 5: Katılımcıların düzenli sağlık hizmeti aldığı bir doktor var mı?

4.6 Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) Boyut Puanları

Araştırmamıza katılan katılımcılardan PCAS uygulanan 110 kişinin 11 alt boyut puanı hesaplandı. Bu alt boyutların ortalama puanları: Finansal Ulaşılabilirlik $80,4 \pm 17,56$, Örgütsel Ulaşılabilirlik $54,55 \pm 24,22$, Boylamsal Süreklilik $59,54 \pm 27,92$, Hekim Temelli Süreklilik $65,92 \pm 26,04$, Hastanın Bütüncül Bilgisi $56,81 \pm 22,96$, Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık, $68,35 \pm 25,58$, Eşgüdüm (entegrasyon) $58,43 \pm 18,66$, İletişim $62,6 \pm 17,57$, Fiziksel Bakı $71,21 \pm 17,41$, Kişisel Yaklaşım $65,11 \pm 20,83$, Güven $59,98 \pm 21,19$ puan aldı (tablo 11).

Tablo 11. PCAS 11 ALT BOYUT PUANLARI

Boyutlar (n=110)	Soru sayısı	Min	Max	Ort	Ss
Finansal Ulaşılabilirlik	2	0,00	100,00	80,87	16,15
Örgütsel Ulaşılabilirlik	6	10,00	100,00	54,55	24,22
Boylamsal Süreklilik	1	0,00	100,00	59,54	27,92
Hekim Temelli Süreklilik	2	0,00	100,00	65,92	26,04
Hastanın Bütüncül Bilgisi	5	0,00	100,00	56,81	22,96
Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	7	0,00	100,00	68,35	25,58
Eşgüdüm (Entegrasyon)	6	13,33	100,00	58,43	18,66
İletişim	6	26,67	100,00	62,6	17,57
Fiziksel Bakı	1	20,00	100,00	71,21	17,41
Kişisel Yaklaşım	5	16,00	100,00	65,11	20,83
Güven	8	9,38	100,00	59,98	21,19

Araştırmamıza katılan katılımcılardan PCAS uyguladığımız 110 kişinin 7 boyut ve 2 özet boyut puanları hesaplandı. Boyutların ortalama puanları: Ulaşılabilirlik $61,01 \pm 20,23$, Süreklilik $63,62 \pm 19,34$, Kapsayıcılık $63,54 \pm 21,44$, Eşgüdüm (Entegrasyon) $58,43 \pm 18,66$, Hizmet Memnuniyeti $63,73 \pm 16,76$, Kişisel Yaklaşım $65,11 \pm 20,83$, Güven $59,98 \pm 21,19$, Yapısal Özet Boyut $64,09 \pm 17,07$, İlişki Özet Boyut $62,33 \pm 17,78$ olarak bulundu (Tablo 12).

Tablo 12 PCAS 7 Boyut ve Özel Boyutlar

Boyutlar (n=110)	Soru sayısı	Min	Max	Ort	Ss
Ulaşılabilirlik	8	15,00	100,00	61,11	20,03
Süreklilik	3	20,00	100,00	63,62	19,34
Kapsayıcılık	12	0,00	100,00	63,54	21,44
Eşgüdüm (Entegrasyon)	6	13,33	100,00	58,43	18,66
Hizmet Memnuniyeti	7	28,57	100,00	63,73	16,76
Kişisel Yaklaşım	5	16,00	100,00	65,11	20,83
Güven	8	9,37	100,00	59,98	21,19
Yapısal Özet Boyut	29	21,21	98,97	64,09	17,07
İlişki Özet Boyut	20	21,00	98,00	62,33	17,78

Kişilerin kurum kullanma sıklıklarının PCAS puanları üzerine etkisi

Aile Hekimi kullanma sıklığının PCAS puanları üzerine etkisi

Kişilerin aile hekimi kullanma sıklığının PCAS puanlarına etkisinin ilişkisi tablo 13’de özetlenmiştir.

Tablo 13 AH başvuru sıklığı ile PCAS puan ortalamaları arasındaki ilişki

Alt Boyutlar (n=110)	AH başvuru sıklığı	n	Ortalama	Ss	p
Ulaşılabilirlik	Sık	25	69,60	20,875	<0,05
	Nadir	75	58,33	19,475	
Süreklilik	Sık	25	75,80	17,119	<0,01
	Nadir	78	59,93	18,893	
Kapsayıcılık	Sık	25	74,95	22,612	<0,01
	Nadir	77	60,05	20,250	
Eşgüdüm (Entegrasyon)	Sık	24	67,91	15,348	<0,01
	Nadir	75	54,57	18,411	
Hizmet Memnuniyeti	Sık	25	68,34	14,566	<0,01
	Nadir	77	61,33	16,721	
Kişisel Yaklaşım	Sık	25	76,00	16,733	<0,01
	Nadir	78	60,61	20,649	
Güven	Sık	25	63,25	23,459	>0,05
	Nadir	77	57,50	20,017	
Yapısal Özet Boyut	Sık	24	72,49	18,066	<0,01
	Nadir	73	58,37	17,053	
İlişki Özet Boyut	Sık	25	68,22	17,585	<0,01
	Nadir	76	59,22	17,134	

Düzenli sağlık hizmeti aldığını söyleyen katılımcılar (n=110) analiz edildiğinde, aile hekimliğini sık kullandığını söyleyen kişilerin PCAS puanlarının, nadir kullananlara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Devlet hastanesi kullanma sıklığının PCAS puanları üzerine etkisi

Kişilerin devlet hastanesi kullanma sıklığının puanlarına etkisinin ilişkisi tablo 14 de özetlenmiştir.

Tablo 14 Devlet Hastanesi başvuru sıklığı ile PCAS puan ortalamaları arasındaki ilişki

Alt Boyutlar (n=110)	Devlet Hst. başvuru sıklığı	n	Ortalama	Ss	p
Ulaşılabilirlik	Sık	33	53,63	17,265	<0,01
	Nadir	68	64,81	20,657	
Süreklilik	Sık	35	60,47	15,084	>0,05
	Nadir	70	65,52	21,254	
Kapsayıcılık	Sık	34	57,99	17,849	<0,05
	Nadir	70	66,59	22,894	
Eşgüdüm (Entegrasyon)	Sık	32	52,08	18,544	<0,05
	Nadir	68	60,93	18,201	
Hizmet Memnuniyeti	Sık	34	57,64	13,556	<0,01
	Nadir	70	66,16	17,318	
Kişisel Yaklaşım	Sık	34	57,76	19,551	<0,05
	Nadir	71	68,05	20,712	
Güven	Sık	34	54,59	18,354	>0,05
	Nadir	70	61,83	22,064	
Yapısal Özet Boyut	Sık	31	55,23	14,531	<0,05
	Nadir	66	64,98	19,096	
İlişki Özet Boyut	Sık	34	56,45	14,312	<0,05
	Nadir	69	64,56	18,753	

Düzenli sağlık hizmeti aldığını söyleyen katılımcılar (n=110) analiz edildiğinde, devlet hastanesini sık kullandığını söyleyen kişilerin PCAS puanlarının, nadir kullananlara göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Eğitim Araştırma Hastanesi/Üniversite hastanesi kullanma sıklığının PCAS puanları üzerine etkisi

Kişilerin EAH/Universite hastanesi kullanma sıklığının PCAS puanlarına etkisinin ilişkisi Tablo 15 de özetlenmiştir.

Tablo 15 EAH / Üniversite hastanesi başvuru sıklığı ile PCAS puan ortalamaları arasındaki ilişki

Alt Boyutlar (n=110)	EAH/UNV başvuru sıklığı	n	Ortalama	Ss	p
Ulaşılabilirlik	Sık	32	58,98	18,814	>0,05
	Nadir	69	62,06	20,920	
Süreklilik	Sık	34	60,49	17,868	>0,05
	Nadir	71	65,32	20,220	
Kapsayıcılık	Sık	35	66,29	20,254	>0,05
	Nadir	70	62,49	22,254	
Eşgüdüm (Entegrasyon)	Sık	31	58,70	18,046	>0,05
	Nadir	70	58,14	19,132	
Hizmet Memnuniyeti	Sık	34	66,55	18,335	>0,05
	Nadir	71	62,33	16,150	
Kişisel Yaklaşım	Sık	35	68,22	20,963	>0,05
	Nadir	71	63,32	20,970	
Güven	Sık	35	62,41	19,959	>0,05
	Nadir	70	58,43	21,906	
Yapısal Özet Boyut	Sık	30	62,89	16,966	>0,05
	Nadir	68	61,43	18,788	
İlişki Özet Boyut	Sık	34	64,89	16,872	>0,05
	Nadir	70	60,86	18,368	

Düzenli sağlık hizmeti aldığını söyleyen katılımcılar (n=110) analiz edildiğinde, EAH/Universite hastanesini sık kullandığını söyleyen kişilerin PCAS puanlarının, nadir kullananlara göre istatistiksel olarak fark tespit edilmemiştir.

Özel Hekim/Hastane kullanma sıklığının PCAS puanları üzerine etkisi

Kişilerin Özel Hekim/Hastane kullanma sıklığının PCAS puanlarına etkisinin ilişkisi tablo 16 da özetlenmiştir.

Tablo 16 Özel Hekim/Hastane başvuru sıklığı ile PCAS puan ortalamaları arasındaki ilişki

Alt Boyutlar (n=110)	Özel başvuru sıklığı	n	Ortalama	Ss	p
Ulaşılabilirlik	Sık	29	78,96	15,490	<0,01
	Nadir	70	54,10	17,424	
Süreklilik	Sık	29	77,06	13,082	<0,01
	Nadir	72	58,86	19,516	
Kapsayıcılık	Sık	29	82,72	14,243	<0,01
	Nadir	72	55,86	19,420	
Eşgüdüm (Entegrasyon)	Sık	29	73,33	15,404	<0,01
	Nadir	70	51,85	16,147	
Hizmet Memnuniyeti	Sık	29	78,52	13,673	<0,01
	Nadir	72	57,69	13,969	
Kişisel Yaklaşım	Sık	29	82,48	14,438	<0,01
	Nadir	73	57,97	19,138	
Güven	Sık	29	77,37	17,828	<0,01
	Nadir	72	51,69	17,630	
Yapısal Özet Boyut	Sık	29	79,16	11,127	<0,01
	Nadir	68	54,62	15,589	
İlişki Özet Boyut	Sık	29	79,05	13,760	<0,01
	Nadir	71	54,86	14,273	

Düzenli sağlık hizmeti aldığını söyleyen katılımcılar (n=110) analiz edildiğinde, Özel Hekim/Hastane'yi sık kullandığını söyleyen kişilerin PCAS boyut puanlarının, nadir kullananlara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Acil Servis kullanma sıklığının PCAS puanları üzerine etkisi

Kişilerin Acil Servis kullanma sıklığının PCAS puanlarına etkisinin ilişkisi tablo 17 de özetlenmiştir.

Tablo 17 Acil Servis başvuru sıklığı ile PCAS puan ortalamaları arasındaki ilişki

Alt Boyutlar (n=110)	Acil Servis başvuru sıklığı	n	Ortalama	Ss	p
Ulaşılabilirlik	Sık	37	60,81	18,550	>0,05
	Nadir	61	61,84	21,558	
Süreklilik	Sık	37	65,58	21,203	>0,05
	Nadir	63	63,49	18,876	
Kapsayıcılık	Sık	37	65,69	23,440	>0,05
	Nadir	63	62,32	20,996	
Eşgüdüm (Entegrasyon)	Sık	37	57,47	18,348	>0,05
	Nadir	61	58,19	18,920	
Hizmet Memnuniyeti	Sık	37	64,01	17,695	>0,05
	Nadir	63	62,90	15,770	
Kişisel Yaklaşım	Sık	37	62,91	21,429	>0,05
	Nadir	64	65,56	20,601	
Güven	Sık	37	57,93	21,227	>0,05
	Nadir	63	59,42	21,235	
Yapısal Özet Boyut	Sık	37	62,63	18,555	>0,05
	Nadir	59	61,51	18,366	
İlişki Özet Boyut	Sık	37	61,31	18,524	>0,05
	Nadir	62	61,74	17,357	

Düzenli sağlık hizmeti aldığını söyleyen katılımcılar (n=110) analiz edildiğinde, Acil Servis'i sık kullandığını söyleyen kişiler ile nadir kullandığını ifade edenlerin PCAS boyut puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Aile Hekimliği kullanma sıklığının Kişisel Değerlendirme Formu soruları ile ilişkisi

**Tablo: 18 Aile Hekimliği
Kullanma Sıklığı – Eğitim
Seviyesi İlişkisi**

		Aile Hekimi Kullanma Sıklığı						P
		Sık		Nadir		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Eğitim Seviyesi	Lise ve Altı	15	42,9	20	57,1	35	100	<0,01
	Üniversite ve Üstü	20	20,2	79	79,8	99	100	

Tablo 18’de satır yüzdeleri sunulmuştur

Aile Hekimi kullanma sıklığının eğitim seviyesi ile ilişkisi incelendiğinde, Lise ve altı eğitim düzeyi grubu aile hekimini Üniversite ve üstü grubuna göre daha sık kullanmaktadır.

**Tablo: 19 Aile Hekimliği
Kullanma Sıklığı – Cinsiyet
İlişkisi**

		Aile Hekimi Kullanma Sıklığı						P
		Sık		Nadir		Toplam		
		N	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	12	42,9	16	57,1	28	100	<0,05
	Erkek	23	21,5	84	78,5	107	100	

Tablo 19’de satır yüzdeleri sunulmuştur

Aile Hekimi kullanma sıklığının cinsiyet ile ilişkisi incelendiğinde kadınların erkeklere göre aile hekimliğini daha sık tercih ettiği tespit edilmiştir.

**Tablo: 20 Aile Hekimliği
Kullanma Sıklığı – Cinsel
Yönelim İlişkisi**

		Aile Hekimi Kullanma Sıklığı						P
		Sık		Nadir		Toplam		
		N	%	n	%	n	%	
Cinsel Yönelim	Heteroseksüel	27	31,44	59	68,6	86	100	>0,05
	Diğer	8	16,3	41	83,7	107	100	

Tablo 20’de satır yüzdeleri sunulmuştur

Aile Hekimi kullanma sıklığının cinsel yönelim ile ilişkisi incelendiğinde heteroseksüel gruba oranla diğer grubunun aile hekimini daha sık tercih ettiği tespit edilmiştir.

**Tablo: 21 Aile Hekimliği
Kullanma Sıklığı Çocuk Varlığı
İlişkisi**

		Aile Hekimi Kullanma Sıklığı						P
		Sık		Nadir		Toplam		
		N	%	n	%	n	%	
Çocuk	Var	13	46,4	15	53,6	28	100	<0,01
	Yok	22	20,6	85	79,4	107	100	

Tablo 21’de satır yüzdeleri sunulmuştur

Aile Hekimi kullanma sıklığının çocuk varlığı ile ilişkisi incelendiğinde çocuğu olan grubun olmayan gruba göre aile hekimini daha sık tercih ettiği tespit edilmiştir.

**Tablo: 22 Aile Hekimliği
Kullanma Sıklığı - Mahremiyet
İlişkisi**

		Aile Hekimi Kullanma Sıklığı				Toplam		P
		Sık		Nadir				
		N	%	n	%			
Mahremiyet	Evet	33	29,7	78	70,3	111	100	<0,05
	Hayır	2	8,3	22	91,7	24	100	

Tablo 22’de satır yüzdeleri sunulmuştur

Mahremiyete gösterilen özen ile aile hekimi kullanma sıklığının ilişkisi incelendiğinde Aile Hekimini sık kullanan kişilerin mahremiyetine özen gösterildiğini söylemesi; nadir gruba göre daha siktir.

Özel Hekim/Hastane kullanma sıklığının Kişisel Değerlendirme Formu soruları ile ilişkisi

Tablo: 23 Özel Hekim/Hastane Kulanma Sıklığı – Eğitim Seviyesi İlişkisi

		Özel Hekim / Hastane Kullanma Sıklığı				Toplam		P
		Sık		Nadr				
		N	%	n	%	n	%	
Eğitim Seviyesi	Lise ve Altı	4	11,8	30	88,2	34	100	<0,01
	Üniversite ve Üstü	34	34,7	64	65,3	98	100	

Tablo 23’de satır yüzdeleri sunulmuştur

Özel Hekim/Hastane kullanma sıklığının eğitim seviyesi ile ilişkisi incelendiğinde, Lise ve altı eğitim düzeyi grubu aile hekimini Üniversite ve üstü grubuna göre daha sık kullanmaktadır.

Tablo: 24 Özel Hekim/Hastane Kulanma Sıklığı – Maddi durum algısı ilişkisi

		Özel Hekim / Hastane Kullanma Sıklığı				Toplam		P
		Sık		Nadr				
		N	%	n	%	n	%	
Maddi Durum Algısı	Gelirimi giderime eşit	8	17	39	83	47	100	<0,01
	Gelirim giderimden az	7	12,3	50	87,3	57	100	
	Gelirim giderimden fazla	23	79,3	6	20,7	29	100	

Tablo 24’de satır yüzdeleri sunulmuştur

Özel Hekim/Hastane kullanma sıklığının maddi durum algısı ile ilişkisi incelendiğinde, Maddi durum algısı iyileştikçe kişilerin Özel Hekim/Hastane tercih etme sıklığı artmaktadır

Tablo: 25 Özel Hekim/Hastane Kullanma Sıklığı – Cinsiyet İlişkisi

		Özel Hekim / Hastane Kullanma Sıklığı						P
		Sık		Nadr		Toplam		
		N	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	6	21,4	22	78,6	28	100	>0,05
	Erkek	32	30,5	73	69,5	105	100	

Tablo 25’de satır yüzdeleri sunulmuştur

Özel Hekim/Hastane kullanma sıklığının cinsiyet ile ilişkisi incelendiğinde, Kadın ve erkek cinsiyet arasında kullanım sıklığı açısından bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo: 26 Özel Hekim/Hastane Kullanma Sıklığı – Cinsel yönelim İlişkisi

		Özel Hekim / Hastane Kullanma Sıklığı						P
		Sık		Nadr		Toplam		
		N	%	n	%	n	%	
Cinsel Yönelim	Heteroseksüel	19	21,8	68	78,2	87	100	<0,05
	Diğer	19	41,3	27	58,7	46	100	

Tablo 26’de satır yüzdeleri sunulmuştur

Özel Hekim/Hastane kullanma sıklığının cinsel yönelim ile ilişkisi incelendiğinde, Heteroseksüel olmayan grup, heteroseksüel gruba oranla Özel Hekim/Hastaneyi daha sık tercih etmektedir.

5. TARTIŞMA

Bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi HIV hastalarının da sağlık sistemi ile ilk temas noktası sıklıkla aile hekimleridir. HIV (+) birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumlarının ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi bu hastaların tanı, takip ve tedavi süreçlerini geliştirebilmek adına son derece önemlidir.

5.1. Sosyodemografik veriler

Katılımcıların %79,6 (n=113)'u erkekti. %62,7 (n=89) cinsel yönelimini heteroseksüel olarak tanımladı. %48,6 (n=69)'ı Duygusal Bağ/Partner'inin var olduğunu belirtti. %79,6 (n=113) çocuğunun olmadığını belirtirken %71,9 (n=102)'sinin eğitim seviyesi üniversite ve üstüydü. Çalışmada veri toplama yöntemi olarak "uygun örneklem" yönteminin kullanılmış olması nedeniyle çalışmamızın sonuçları ülkemizdeki tüm HIV (+) bireylere genellenemez.

Katılımcıların %77,6 sı düzenli bir doktorunun olduğunu belirtiyor. Çınar ve arkadaşlarının verisi ile benzer özellikler taşıyor. HIV hastalarının düzenli doktora sahip olma yüzdesinin toplumdan farklı olmadığı söylenebilir (75-77).

Önceki yıllarda stigma ile ilgili pek çok çalışma mevcuttur. Güncel hastalıklar arasında HIV'in stigma ile en çok karşılaşan kronik hastalık olduğunu da bilmekteyiz. Verimiz enfekte kişilerin %43,7 sinin durumlarını kimse ile paylaşamadıklarını göstermiştir. Mevcut stigma sorununun hala çözülmesi gereken bir sorun olduğunu göstermektedir. Kişilerin yaşı arttıkça paylaşabilme oranı da artmaktadır. Bu bilgi de kişinin zaman geçtikçe stigma davranışı ile karşılaşmayacaklarını düşünerek paylaşım gerçekleştirdiklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda ailesi HIV olduğunu bilen kişiler ailesinin kendisine karşı tutumlarına ortalama 7,08 puan verdi. Ailesinin HIV durumunu bilmediğini söyleyen kişilerin eğer öğrenirlerse karşılaçıklarını düşündükleri tutuma verdikleri puan ise ortalama 3,50 idi. Bilen kişilerin karşılaştıkları tutumun aslında tahmin edilenden çok daha olumlu yönde olduğu göze çarpmaktadır. Söyleyemeyen kişiler stigma barajını aşabilirlerse destekleyici tutumlarla karşılaçacakları verimize dayanarak söylenebilir.

5.2. PCAS verileri

PCAS puan standart sapmalarımız genel olarak beklediğimizden yüksek olmasına rağmen ($62,3 \pm 17,3$) yapılan diğer çalışmaların standart sapmalarından çok farklı değildi. Lee ve arkadaşlarının Korede yaptıkları toplum bazlı çalışmada 70.9 ± 13.5 olarak tespit edilmiştir (75). Bizim örneklemimizin sınırlı olması bundaki belirleyici etken olabilir.

Düzenli doktora sahip olan 110 katılımcının verileri incelendiğinde ilk göze çarpan veri finansal ulaşılabilirlik alt boyutunun 80,87 ortalama ile son derece yüksek olmasıydı. Bunun sebepleri arasında katılımcıların %93'ünün sosyal güvencesinin olması ve HIV ilaçlarının devlet tarafından ücretsiz verilmesi söylenebilir.

En düşük puan ise 54,55 ile örgütsel ulaşılabilirlikti. Katılımcılarımız ağırlıklı olarak Türkiye'nin üç büyük ilinde (İstanbul, Ankara ve İzmir) ikamet ediyorlardı ve şüphesizdir ki PCAS'ın örgütsel ulaşım sorularını etkileyen en önemli faktör trafiktir. Sağlık kurumlarının da mesafe olarak ikamet adreslerine uzak olması puan düşüklüğünü açıklayan bir başka etmendi.

Özata ve arkadaşlarının araştırmasında aile hekimlerinin pcas puanlarında eşgüdüm boyutunda düşük gelen puan ortalaması bizim araştırmamızda da düşük tespit edilmiştir ve geliştirilmesi gereken boyutlardan birisidir (88).

Kişinin erkek olması PCAS boyut puanları üzerinde artış şeklinde bir etki yaptı. Lee ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların puanları erkeklerden daha düşüktü (75). Kadınların puanının daha düşük olmasının nedeni daha sık olan başvuruları ile daha yüksek bir sağlık gereksinimi beklentisi olabilir.

Kişinin HIV dışı sağlık sorunu bulunması PCAS boyut puanlarını anlamlı biçimde artırıyordu. Yapılmış toplum bazlı çalışmalarda da komorbiditesi olan insanların PCAS boyut puanları anlamlı biçimde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (75, 77).

Kişiler HIV durumlarını sağlık personeli ile paylaşabileceğini düşünüyorsa bu durum PCAS boyut puanlarını anlamlı biçimde artırmaktadır. Literatürde doğrudan bu konuya vurgu yapan bir çalışma bulunmamaktadır; ancak yapılan çalışmalar doktor hasta ilişkisinin iyileştikçe tedavi uyumunun arttığını göstermektedir (78-79). Paylaşabileceğini düşünmenin bile hasta için oluşturduğu anlamlı fark son derece önemlidir.

5.2. Düzenli doktor varlığını etkileyen faktörler

Çalışmamızda düzenli doktor varlığını etkileyen faktörleri araştırmak için sorduğumuz sorulara verilen yanıtlardan katılımcıların cinsiyetlerinin, gelir durumlarının ve eğitim durumlarının düzenli doktor varlığını etkilemediğini gördük. Lee ve arkadaşlarının toplum tabanlı çalışmasında (75) da arada bir ilişki bulunamamış. Ancak eğitim seviyesi ile ilişkisi ($p=0,053$) istatistiksel olarak anlamsız olmasına rağmen daha geniş bir örnekleme anlamlı çıkması son derece mümkündür.

Kişilerin yaşları ile düzenli doktor varlığı arasında bir ilişki tespit edilememiştir. Li ve arkadaşlarının Korede toplum tabanlı geniş örnekli bir çalışmada düzenli doktor varlığının yaş ile arttığı saptanmıştır (76). Bunun en önemli sebebi yaş arttıkça artan sağlık ihtiyacıdır. Bizim çalışmamızda yaş ortalamamız 29,49 'du. Çok genç bir katılımcı profiline sahip olmamız bu ilişkiyi saptamamızı engellemiş olabilir.

Sosyal güvence varlığı ile düzenli doktor ilişkisi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Yurt dışında yapılan büyük örneklemler çalışmalarda anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (76). Bizim çalışmamızda sadece 10 (%7) katılımcının sağlık güvencesi yoktu ve güvencesi olmayan kişiler de ülkemizde sağlık sisteminden yararlanabilmektedir. Korenin sağlık yapılanması ve bu çalışmanın örneklem büyüklüğü düşünüldüğünde analizimizin bu yönde çıkması beklediğimiz bir sonuçtu. Koredeki çalışmalarda sağlık güvencesi olan kişilerin doktor başvurusu sıklığı ve düzenli doktor varlığı anlamlı biçimde yüksekti, bunun en önemli sebebi ise ülkenin sağlık yapılanmasında sigorta sistemi ve özel hekimliğin önemli bir yer tutmasıdır.

HIV dışında bir hastalığının varlığı düzenli doktor varlığını etkilemiyordu. Literatürde ek hastalık varlığının etkisi gösterilmiştir ancak bu ek hastalıklar DM, HT gibi komorbiditelerdir (76, 77). Komorbiditelerin önemli olduğunu söyleyen araştırmalarda yaş ortalaması yüksektir; bizim çalışmamızda ise 29,49'dur. Ulaşılabilen katılımcılara sözel olarak sorulduğunda hastaların belirttiği ek hastalık ise "hpv enfeksiyonu" idi.

HIV durumunu bilen sağlık çalışanlarının hastaya olan tutumlarına verilen puan arttıkça kişilerin düzenli doktora sahip olma oranı daha yüksekti. Literatürdeki diğer araştırmaların da söylediği üzere kişinin doktor ile ilişkisi ne kadar iyiye sağlık hizmetinden ve tedaviden yararlanma oranı o kadar artmaktadır (78-79).

5.3. Kurum kullanma sıklığıyla ilgili veriler

Goldstein ve arkadaşlarının da belirttiği gibi kronik hastalıklarda hastanın tedavi adezyonunu anlamak için sadece hasta faktörlerine odaklanmak yetersizdir. Doktor hasta ilişkilerinin incelenmesi ve bunun PCAS ile yapılması önerilmektedir (80).

Aile Hekimlerine ve Özel Hekimlere sık başvuran kişilerin PCAS puanlarının anlamlı bir seviyede yüksek olduğunu farkettilik. Kişiler aldıkları sağlık hizmetinden, bu kurumları nadiren kullanan kişilere göre daha memnundular. Devlet hastanelerini sık kullanan kişilerde ise tam tersine puanlarda anlamlı bir düşüklük mevcuttu. Literatürde birinci basamağı sık kullanmanın PCAS puanlarını yükselttiğine dair çalışma mevcuttur (75, 81-86)

Acil servis veya 3. Basamak sağlık kuruluşu (üniversite, eğitim araştırma hastanesi) tercih etmek ise PCAS puanları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildi. HIV hastalarının kurum tercihlerini inceleyen 12000 kişilik retrospektif bir araştırmaya göre tedavinin başarısını etkileyen faktörler kurum büyüklüğü, bu kurumdaki HIV hastasının yoğunluğu ve kurumun mesafesidir (66). Özel hekim ve aile hekimlerinin kişilerin evine yakın olması, daha az miktarda hiv hastası olması ve aynı hastaların düzenli olarak görülmesi sebebiyle bulgularımız bu çalışma ile aynı yöndedir. Martini ve arkadaşları Hasta – Hekim ilişkisi tatmin ediciyse hastanın tedavi adezyonunun daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Bakken ve arkadaşlarının 707 hastada yaptıkları korelasyon çalışması da hasta – hekim ilişkisine vurgu yapmaktadır(79).

Kuanq ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların daha sık doktor başvurusu yaptığı söylenmektedir (81). Bizim çalışmamızda da kadınlar erkeklere göre aile hekimini daha sık tercih etmektedir: Bunun en önemli etkeni de izlem ve tarama programlarıdır (15-49 yaş kadın izlemleri, gebe ve lohusa izlemleri, kanser taramaları...)

Kişilerin eğitim seviyesi düştükçe aile hekimi kullanma sıklığı düşmekte; eğitim seviyesi arttıkça özel hekim tercih etme sıklığı artmaktadır. Kişinin maddi durumu, aile Hekimi kullanma sıklığını etkilemiyorken; maddi durumu arttıkça özel hekim tercih etme sıklığı artmaktadır. Bu veriler birlikte incelendiğinde etkileyen faktörün eğitim seviyesinden ziyade gelir seviyesi olduğu düşünülmelidir. Gelir düzeyini giderinden fazla olarak tarif eden kişilerin para ile hizmet veren özel kişi/kurumlara başvurması tesadüfi değildir. Sung ve arkadaşlarının çalışmasında da aynı yönde bulgular mevcuttur (87).

Kadın hastalar ve çocuğu olan katılımcılar aile hekimliğini anlamlı seviyelerde daha sık kullanıyordu. Bunun tarafımızca düşünölen en önemli sebebi aile hekimleri tarafından yürütölen tarama, takip ve izlem programlarıdır. Bu kişiler aile hekimleri ile düzenli temas halinde oldukları için oluşın bağ ile kendi sağlık ihtiyaçlarını da birinci basamak sağlık kurumunda görmeyi alışkanlık haline getirebilmişlerdir.

Aile hekimini sık kullananların “hekimim mahremiyetimi korur” önermesine sıklıkla katıldığını görüyoruz. Hasta hekim ilişkisi geliştikçe kişinin memnuniyeti ve aldığı sağlık hizmeti kalitesi artar. Düzenli ve kalıcı bir hekimin varlığı son derece önemlidir.



6. SONUC VE ÖNERİLER

HIV(+) bireylerin önemli bir kısmı düzenli bir hekimi olduğunu ifade etmektedir. Ancak bu hekimlerin ağırlıklı olarak birinci basamak hekimleri olduğu söylenemez. Bu hasta grubunda özel hekim/hastane tercihi tüm PCAS boyutlarında anlamlı bir yükseklikle birlikte. Kişilerin gelir düzeyi arttıkça özel hekimi daha çok tercih etmektedir.

Düzenli sağlık hizmetinin özel hekim/hastane aracılığı ile sağlanması finansal zorluklarla birlikte bu düzenliliği daha kırılgan hale getirebilir.

Hekim – hasta ilişkisi geliştikçe kişinin tedavi uyumu artmaktadır. Düzenli sağlık hizmeti alınan ve kişiye son derece yakın olan kurumlar olan birinci basamak sağlık kuruluşlarında; Aile hekimlerinin HIV (+) bireylerin aldığı sağlık hizmetindeki rolünün artırılması yönünde çaba gösterilmelidir.

7. KAYNAKÇA:

1. World Health Organization. WHO Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016-2021 [Internet]. WHO. [cited 2017 Apr 30]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>
2. World Health Organization. WHO Global Strategy for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections: 2006-2015: Breaking the Chain of Transmission. 2007;
3. Gewirtzman A, Bobrick L, Conner K, Tyring SK. Epidemiology of sexually transmitted infections. *Sex Transm Infect Sex Transm Dis*. 2011;13–34.
4. World Health Organization. WHO Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections-2012. 2012;
5. Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N, et al. Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. *PloS One*. 2015;10(12):e0143304.
6. World Health Organization Map Production: Information Evidence and Research (IER), World Health organization. https://www.who.int/gho/hiv/hiv_013.png?ua=1
7. Carr A, Cooper D. Adverse effects of antiretroviral therapy. *Lancet* 2000; 356(9239): 1423–1430.
8. Mansfield S, Singh S. Who should fill the gap in HIV disease? *Lancet* 1993; 342(8873): 726–728.
9. Kurtyka D. From terminal disease to chronic illness: HIV infection in 2010. *Adv Nurse Pract*. 2010;18(1):33–8.
10. Nakagawa F, May M, Phillips A. Life expectancy living with HIV: recent estimates and future implications. *Curr Opin Infect Dis*. 2013;26:17–25.
11. Greene M, Justice AC, Lampiris HW, Valcour V. Management of human immunodeficiency virus infection in advanced age. *JAMA*. 2013;309(13): 1397–405.
12. Crum NF, Riffenburgh RH, Wegner S, Agan BK, Tasker SA, Spooner KM, Consortium TAC. Comparisons of causes of death and mortality rates among HIV-infected

persons: analysis of the pre-, early, and late HAART (highly active antiretroviral therapy) eras. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006; 41(2):194–200. [PubMed: 16394852]

13. Mocroft A, Ledergerber B, Katlama C, Kirk O, Reiss P, d'Arminio Monforte A, group, E. s. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. *Lancet*. 2003; 362(9377):22–29. [PubMed: 12853195]
14. Akgun KM, Huang L, Morris A, Justice AC, Pisani M, Crothers K. Critical illness in HIV-infected patients in the era of combination antiretroviral therapy. *Proc Am Thorac Soc*. 2011;8(3):301–7.
15. Sanchez CR, Cisneros GP, Penaranda CG, Ruiz C, Hernandez A, Cascales A, Oliva J. Changes in hospitalizations due to opportunistic infections, chronic conditions and other causes among HIV patients (1989–2011). A study in a HIV unit. *J Int AIDS Soc*. 2012;15:96.
16. Balderson BH, Grothaus L, Harrison RG, McCoy K, Mahoney C, Catz S. Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV population. *Aids Care-Psychol Socio Med Aspects AIDS/HIV*. 2013;25:451–8.
17. Guaraldi G, Orlando G, Zona S, Menozzi M, Carli F, Garlassi E, Berti A, Rossi E, Roverato A, Palella F. Premature age-related comorbidities among HIV- infected persons compared with the general population. *Clin Infect Dis*. 2011;53(11):1120–6.
18. Hasse B, Ledergerber B, Furrer H, Battegay M, Hirschel B, Cavassini M, Bertisch B, Bernasconi E, Weber R. Swiss HIV Cohort Study. Morbidity and aging in HIV- infected persons: the Swiss HIV cohort study. *Clin Infect Dis*. 2011;53(11):1130–9.
19. British HIV Association. Standards of Care for People Living with HIV 2013. London: British HIV Association. 2013. Accessed at <http://www.bhiva.org/documents/Standards-of-care/BHIVASStandardsA4.pdf> on 11 Apr 2016.
20. Defty H, Smith H, Kennedy M, Perry N, Fisher M. GPs' perceived barriers to their involvement in caring for patients with HIV: a questionnaire-based study. *Br J Gen Pract*. 2010;60(574):348–51.
21. BBC news: Aids: Origin of pandemic 'was 1920s Kinshasa' [Internet] [cited 2019 Mar 13] Available from: <https://www.bbc.com/news/health-29442642>.

22. Aids Origins: Edward Hooper's Site on the Origin of AIDS [Internet] [cited 2019 Mar 13] Available from: <http://www.aidsorigins.com/people>
23. Wikipedia: HIV [Internet] [cited 2019 Mar 13] Available from: <https://wikipedia.org/wiki/HIV>
24. Pozitif Yaşam Derneği (2007a) Pozitif Yazılar, İstanbul.
25. Zhu T et al. Science 1998; 391: 594
26. HIV. Available at :https://wikipedia.org/wiki/HIV#cite_note-1 Accessed at March 13.3.2019
27. Türkiye'de bildirilen HIV/AIDS vakalarının yıllara göre dağılımı. Available at: <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/verilerHaziran2016web.pdf> Published June 2016. Accessed January 30, 2017.
28. Korten V. Prevalence of HIV infection in Turkey and importance of cardiovascular disease. Turk Kardiyol Dern Ars 2017;45(2):113-117
29. Guaraldi G, Orlando G, Zona S, Menozzi M, Carli F, Garlassi E, et al. Premature age-related comorbidities among HIVinfected persons compared with the general population. Clin Infect Dis 2011;53:1120–6.
30. Artan, M.O. ve Güleser, G.N. (2006). Sağlık okulu öğrencilerinin HIV/AIDS, Hepatit B virüsü ve Hepatit C virüsü konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Erciyes Tıp Dergisi, 28 (3),125-133.
31. Kır, T., Kılıç, S., Oğur, R., Uçar, M., Hadse, M. (2004). Ankara'daki iki askeri birlikte erlerde HIV/AIDS bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 3(5), 93- 102.
32. Kişioğlu, A.N., Öztürk, M., Uskun, E., Doğan M. (2004). Isparta'daki kuaför ve güzellik salonlarında HIV/AIDS konusunda bilgi ve durum değerlendirmesi. Türk HIV/AIDS Dergisi, 7(1), 10-14.
33. Öztürk, A. ve Kolutek, R. (2003). Kapadokya bölgesinde bulunan otellerde çalışanların AIDS konusundaki bilgi düzeyleri. Erciyes Tıp Dergisi, 25(2), 61-72.
34. <https://www.unicef.org/turkey/ir/ah16.html>
35. <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/2013SempSunum/SELIMBADUR.pdf>

36. 2008 European Guideline on HIV Testing, BASHH statement on HIV seroconversion window period. March 2010 http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/bulasici-hastaliklar-db/hiv_aids_tani_tedavi_rehberi_2013.pdf
37. <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/facts/questions/docs/100questions.pdf>
38. http://www.thebody.com/sfaf/hiv_testing.html
39. <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-02-02-01>
40. <http://www.metrokc.gov/HEALTH/apu/healthed/background/testing.htm>
41. http://www.touchbriefings.com/pdf/1043/Paul_edit.pdf
42. http://www.sfaf.org/aids101/hiv_testing.html
43. http://www.kizilay.org.tr/channels/1.asp?id=118&prev_place=&cps=0&cpp=1
44. <http://www.redcross.org/services/biomed/blood/supply/nucleic.html>
45. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00040546.htm>
46. Reduction of Diagnostic Window by New Fourth-Generation Human Immunodeficiency Virus Screening Assays" (Journal of Clinical Microbiology, Aug 1998, s. 2235-2239)
47. Bakacak, A.G. (2002). Modern dönemde Becker ve Goffman'ın yaklaşımlarında etiketlenmiş suçlu anlayışı ve günümüzdeki yansımaları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara,
48. Kocabaşoğlu N. ve Aliustaoğlu, S. (2003). Stigmatizasyon. Yeni Symposium, 41(4), 190-192, Küresel Fon Destekli Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı.
49. http://www.unaidsturkiye.org/index.php?option=com_content&task=view&id=32&Itemid=47 (24.12. 2007)
50. Van Brakel, W.H. (2006). Measuring health-related stigma- A literature review.
51. Psychology, Health & Medicine, 11(3): 307- 334,
52. Özdemir, H. (2005). Salgın hastalıklardan ölümler, 1914–1918. Türk Tarih Kurumu Yayınları, Ankara.

53. Barış, Y.İ. (2002). Dünyada tüberkülozun tarihçesi. *Toraks Dergisi*, 3(3), 338-340 .
54. Stahly, G.B. (1988). Psychosocial aspects of the stigma of cancer: An overview. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6, 3-27
55. Sontag, S. (2005) *Metafor Olarak Hastalık-AIDS ve Metaforları* (çev: Akınhan, O.), Kitap Matbaacılık, İstanbul
56. Lieber, E., Li, L., Wu, Z., Rotherdam-Borus, M.J., Guan, J., & the National Institute of Mental Health (NIMH) Collaborative HIV Prevention Trial Group (2006), *AIDS Behav.* 10(5): 463–471.
57. Starr, G. (2004) Looking back to look forward. *Journal of the Association of Nurses in AIDS*
58. Mak, W.W.S., Mo, P.K.H., Cheung, R.Y.M., Woo, J., Cheung, F.M., Lee, D. (2006). Comparative Stigma of HIV-AIDS, SARS and Tuberculosis in Hong Kong. *Social Science and Medicine*, 63(7), 1912-1922.
59. Holzomer, W.L., & Uys, L.R. (2004). Managing AIDS stigma. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 1(3), 165-174
60. McDonell, J.R. (1993) Judgments of personal responsibility for HIV infection: An attributional analysis. *Social Work*, 38 (4), 403-410.
61. . Mak, W.W.S., Mo, P.K.H., Cheung, R.Y.M., Woo, J., Cheung, F.M., Lee, D. (2006). Comparative Stigma of HIV-AIDS, SARS and Tuberculosis in Hong Kong. *Social Science and Medicine*, 63(7), 1912-1922.
62. Wang, J.F.,& Paterson, J. (1996). Using factor analysis to explore nurses' fear of AIDS in the United States of America. *J Advanced Nurses*, 24(2): 287-295.
63. Pierret, J. (2000). Everyday life with HIV/AIDS: Surveys in the social sciences. *Social Sciences and Medicine*, 50, 1589-1598.
64. Gordon, J.H., Ulrich, C., Feeley, M., Pollack, S. (1993). Staff distress among haemophilia nurses. *AIDS Care*. 5(3), 359-367
65. Lieber, E., Li, L., Wu, Z., Rotherdam-Borus, M.J., Guan, J., & the National Institute of Mental Health (NIMH) Collaborative HIV Prevention Trial Group (2006), *AIDS*

Behav. 10(5): 463–471. Özdemir, H. (2005). Salg in hastal ıklardan ölümler, 1914–1918. Türk Tarih Kurumu Yayınları, Ankara.

66. Wiewel, E. W., Borrell, L. N., Jones, H. E., Maroko, A. R., & Torian, L. V. (2019). Healthcare facility characteristics associated with achievement and maintenance of HIV viral suppression among persons newly diagnosed with HIV in New York City. *AIDS care*, 1-10.

67. da Silva, C. B., de Paula, C. C., Lopes, L. F. D., Harzheim, E., de Souza Magnago, T. S. B., & Schimith, M. D. (2016). Health care for children and adolescents with HIV: a comparison of services/Atenção à saúde de criança e adolescente com HIV: comparação entre serviços/Atención de salud del niño y el adolescente con HIV: comparación entre servicios. *Revista brasileira de enfermagem*, 69(3), 489.

68. McWhinney I, Freeman T. Principles of Family Medicine, The Community Service Network In: McWhinney I, Freeman T. Textbook of family medicine. 3rd ed. United States of America: Oxford University Press, 2009:13-29, 396-400.

69. http://www.turkhukuk sitesi.com/makale_1174.htm

70. thsk.saglik.gov.tr/eDosya/bulasici-hastaliklar-db/aiv_aids_tani_tedavi_rehberi_2013.pdf

71. <http://www.pozitif yasam.org/index.php?mid=14>

72. Safran DF, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DA, Lieberman N, et alç The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. *Medical care*. 1998;36 (5): 728-39.

73. Lağarlı, T., Eser, E., Akdeniz, M., Aydoğdu, B., Baklaya, Ü., Fıra, C., ... & Topçu, K. aCelal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, bCelal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi İntern Hek. Sorumlu Yazar: Tülay Lağarlı, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağ. AD Manisa Cep. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1), 16-32.

74. Çımar et al (2016). İzmir ili bornova ilçesindeki 55 yaş üstü kadınların kanser taraması yaptırma davranışı ve bu davranışın birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkisi.

75. Lee, J. H., Choi, Y. J., Sung, N. J., Kim, S. Y., Chung, S. H., Kim, J., ... & Park, H. K. (2009). Development of the Korean primary care assessment tool—measuring user

experience: tests of data quality and measurement performance. *International journal for quality in Health Care*, 21(2), 103-111.

76. Li, L., Zhong, C., Mei, J., Liang, Y., Li, L., & Kuang, L. (2018). Effect of family practice contract services on the quality of primary care in Guangzhou, China: a cross-sectional study using PCAT-AE. *BMJ open*, 8(11), e021317.

77. Rolim, L. B., Monteiro, J. G., Meyer, A. P. G. F. V., Nuto, S. D. A. S., Araújo, M. F. M. D., & Freitas, R. W. J. F. (2019). Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(1), 19-26.

78. Martini M, Parazzini F, Agnoletto V. Adherence to HIV treatment: Results from a 1-year follow-up study. *HIV Medicine* 2002;3:62–64. [PubMed: 12059953]

79. Bakken S, Holzemer WL, Brown MA, Powell-Cope GM, Turner JG, Inouye J, Nokes KM, Corless IB. Relationships between perception of engagement with health care provider and demographic characteristics, health status, and adherence to therapeutic regimen in persons with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDS* 2000;14:189–197. [PubMed: 10806637]

80. Goldstein, MG. Building relationships and promoting partnerships: Creating bonds to strengthen adherence; Presidential address given at the Society of Behavioral Medicine 23rd annual meeting and scientific sessions; Washington, DC. Apr. 2002

81. Kuang, L., Liang, Y., Mei, J., Zhao, J., Wang, Y., Liang, H., & Shi, L. (2015). Family practice and the quality of primary care: a study of Chinese patients in Guangdong Province. *Family practice*, 32(5), 557-563.

82. Wei X, Li H, Yang N et al. Comparing quality of public primary care between Hong Kong and Shanghai using validated patient assessment tools. *PLoS One* 2015; 10: e0121269.

83. Tsai J, Shi L, Yu WL, Lebrun LA. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. *Med Care* 2010; 48: 628–34.

84. Wong SY, Kung K, Griffiths SM et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health* 2010; 10: 397.

85. Pongpirul K, Starfield B, Srivanichakorn S, Pannarunothai S. Policy characteristics facilitating primary health care in Thailand: a pilot study in transitional country. *Int J Equity Health* 2009; 8: 8.
86. Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J. Primary care quality: community health center and health maintenance organization. *South Med J* 2003; 96: 787–95.
87. Sung, N. J., Suh, S. Y., Lee, D. W., Ahn, H. Y., Choi, Y. J., Lee, J. H., & Korean Primary Care Research Group. (2010). Patient's assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(6), 493-499.
88. Özata, M., Tekin, F., & Öztürk, Y. E. (2016). Konyadaki Aile Hekimliği Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (35), 205

EKLER

Ek 1. Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurul Onayı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/12-35	Tarih:17.05.2018				
	Doç.Dr.Tolga GÜNVAR'ın sorumlusu olduğu "HIV Pozitif Hastaların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanımı ve Bunları Etkileyen Faktörler" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Bana ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Ayrıldı
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Ayrıldı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Ayrıldı
Prof.Dr. Mehmet Refik MAS	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Ayrıldı
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Ayrıldı
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Ayrıldı
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Ayrıldı
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Ayrıldı
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Ayrıldı
Doç.Dr.Yasemin SOYSAL	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Uzm.Dr.Ahmet Can BILGIN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Ayrıldı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Ayrıldı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Kararı Formu

Ek 2. Pozitif Yaşam Derneği Kurum İzni Belgesi

05.01.2018

POZİTİF YAŞAM DERNEĞİ'NE,

Etik kurul izinleri için başvurduğumuz, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görevli Dr. Hasan Faruk DEMİRÖRS'ün koordinatörlüğünde yürüteceğimiz "HIV + hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanımı ve bunu etkileyen faktörler" konulu çalışmamızı Pozitif Yaşam Derneği'nde hayata geçirmeyi planlamaktayız.

Çalışmamız için derneğinizde kayıtlı olan 18 yaş üstü HIV + hastalardan gönüllülük esasına dayanarak, online anket ve yazılı anket seçenekleri arasından katılımcının isteği doğrultusunda, "PCAS" (Birinci Basamak Değerlendirme Anketi) ve "Kişisel Bilgi Formu" anketlerimizin uygulanması üzere tarafınızca onam vermenizi arz ederiz.

Dr. Hasan Faruk DEMİRÖRS
İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi
Aile Hekimliği AD
Tel: +90 (534) 641 07 34

"Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde söz konusu klinik araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın onam veriyorum."

Pozitif Yaşam Derneği Yönetim Kurulu'ndan:

Adı: *Cemal*
Soyadı: *Harmanlı*

POZİTİF YAŞAM DERNEĞİ
Kasapçılar Mahallesi Nispetiye Sokak
No:492 Kadıköy / İZMİR
Kod No:34 12000
Tel:0216 411 01 01
Görsel VD: 722 00 000

Dr. Hasan Faruk DEMİRÖRS

Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu HIV + hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanımı ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan tez çalışması için geliştirilmiştir.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Lütfen her madde için size uygun seçeneği/seçenekleri işaretleyiniz. Seçenek verilmeyen sorularda cevabınızı boşluğa yazınız. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Konu hakkında bana sözlü açıklamalar yapıldı. Belirtilen koşullar dahilinde söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının:

Adı: Hasan Faruk

Soyadı: DEMİRÖRS

Tel: 0534 641 07 34

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih:

İmza:

Ek 4. Anket Formu 1: PCAS-BDÖ (Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği)

Birinci Basamak Değerlendirme Anketi (PCAS)



The Health Institute
New England Medical Center

NOT: 51 sorudan oluşan bu ankette ile çevrelenmiş olan sorular ölçeğin puanlamasında kullanılan sorulardır.

AÇIKLAMALAR

Her bir soru için kutucuğu doldurun ya da ayrılan çizgi _____ içine uygun cevabı yazın.

Cevapların doğrusu ya da yanlışı yoktur. Lütfen bütün soruları (soru atlamanız istenmediķe) cevaplayın. Anketi bir seferde doldurmak zorunda değilsiniz, dilerseviz anketi doldururken ara verebilirsiniz.

Bazı soruları çok özel veya kişisel bulursanız soruyu atlayıp diğer soruya geçiniz. Her koşulda verdiğiniz cevapları kimse bilmeyecek gizli kalacaktır.

Sorularınız olursa bilgi almak için lütfen _____ nolu telefonu arayınız.

Anketi bitirdiğinizde gerektiğinde size verilmiş olan zarfla anketi postalayınız.

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Düzenli olarak sizi takip eden Doktorunuzla ilgili sorular

1. Düzenli olarak sağlık hizmeti aldığınız bir doktorunuz var mı?

evet
[1]
↓

hayır
[2]



Diğer ankete geçiniz. Anket sorularımıza yanıt vermek istemeyenler için de yalnızca diğer anketin (sosyodemografik bilgiler) yanıtları alınacak

2. Bu doktorun ne zamandan beri sizin doktorunuz olduğunu belirtir misiniz?

6 aydan daha az

6ay-1yıl arası

1-2 yıl arası

3 – 5 yıl arası

5 yıldan çok

[1]

[2]

[3]

[4]

[5]

3. Bir sağlık sorunuz ya da sağlığınızla ilgili öğrenmek istediğiniz bir konu olduğunda bu doktoru mu ararsınız?

evet [1]

hayır [2]

4. Bu doktor sağlık gereksinimlerinizin çoğuna yanıt verebiliyor mu?

evet [1]

hayır [2]

5. Bu doktora bir sağlık sorunu nedeniyle bundan bir önceki başvurunuz ne kadar zaman önceydi?

Bir aydan daha kısa

1-3 ay

4-6 ay

7ay-1yıl

Bir yıldan daha çok

[1]

[2]

[3]

[4]

[5]

6. Bu doktoru ailenizin diğer üyelerine ve arkadaşlarınıza, komşularınıza tavsiye eder misiniz?

Kesinlikle evet

Muhtemelen evet

Emin değilim

Muhtemelen hayır

Kesinlikle hayır

[1]

[2]

[3]

[4]

[5]

Aşağıdaki sorular **düzenli olarak sağlık hizmeti aldığınız doktorla** ilgili sorulardır.

7a. Evinizden doktorunuzun muayenehanesine ulaşmak genellikle kaç dakikanızı alır?

[1] 15 dakikadan az

[2] 16 – 30 dakika

[3] 31- 60

[4] 60 dakikadan uzun

B. Evinizden doktorunuzun çalıştığı yere ulaşabilme kolaylığınızı nasıl değerlendirirsiniz



Çok kötü

[1]

Kötü

[2]

Orta

[3]

İyi

[4]

Çok iyi

[5]

Mükemmel

[6]

8a. Doktorunuzun çalışma saatlerinin şu anki çalışma saatlerine ek olarak hangi zamanlarda da devam etmesini isterdiniz (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- [1] sabahları erkenden
[2] akşamları ve geceleri
[3] hafta sonları
[4] çalışma saatlerinden memnunum

B. Sağlık gereksinimleriniz açısından doktorunuzun sağlık hizmeti verdiği saatleri nasıl değerlendirirsiniz

→ →
Çok Kötü Orta İyi Çok Mükemmel
kötü [1] [2] [3] [4] iyi [5] [6]

9a. Hastalandığımızda genellikle doktorunuzdan telefonla kaç gün sonrası için muayene randevusu alabiliyorsunuz?

- [0] Telefonla randevu alamıyorum
[1] aynı gün içinde
[2] ertesi gün için
[3] 2 veya 3 gün içinde
[4] 4-5 gün içinde
[5] 5 günden daha çok

B. Bu randevu alabilme sürenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

→ →
Çok Kötü Orta İyi Çok Mükemmel
kötü [1] [2] [3] [4] iyi [5] [6]

10a. Size verilen randevu saatinde doktorunuza gittiğinizde muayeneniz genellikle randevu saatinden ne kadar sonra başlıyor (randevu almadıysanız sağlık ocağına ulaştıktan sonra muayene için ne kadar bekliyorsunuz?)

- [1] zamanında başlıyor
[2] beş dakikadan daha az

B. Bu bekleme süresini nasıl değerlendirirsiniz?

→ →
Çok Kötü Orta İyi Çok Mükemmel
kötü [1] [2] [3] [4] iyi [5] [6]

15a. Hastalandığınız zaman gittiğinizde kendi doktorunuza muayene olabiliyor musunuz ? (yardımcı sağlık personeli ya da yerine bakan başka bir doktoru değil) →

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B Bunu nasıl değerlendirirsiniz ?

→

16. Aldığınız sağlık hizmetini aşağıdaki sorulara yanıt vererek teknik yeterlilik açısından değerlendiriniz

A. Sağlık sorununuzu tanımlayabilmek için doktorunuzun yaptığı fizik muayenenin (tam) yeterliliği

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B)sağlık sorunlarınıza doğru teşhisler koyabiliyor mu?

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

17. Düzenli olarak doktorunuzla konuştuğunuz zamanlarla ilgili olarak aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz?

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel

A. Şikayet ve belirtilerinizle ilgili sorularının yeterliliği (tamlığı)

B. Anlattıklarınızla ilgili dikkati

C. Sağlık sorunlarınız ve tedavilerinizle ilgili olarak yaptığı açıklamalar

D. Sizi daha ileri bir sağlık hizmetine (hastaneye veya uzman doktora) yönlendirdiğinde hazırladığı ve size verdiği (sevk) raporları

E. Sağlığınızla ilgili kararlar vermek konusunda yardım ve önerileri

18. Doktorunuzun yanından sorularınıza yanıt alamadan ayrıldığınız olur mu?

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

15a. Hastalandığınız zaman gittiğinizde kendi doktorunuza muayene olabiliyor musunuz ? (yardımcı sağlık personeli ya da yerine bakan başka bir doktoru değil) →

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman	Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B Bunu nasıl değerlendirirsiniz ?

→

16. Aldığınız sağlık hizmetini aşağıdaki sorulara yanıt vererek teknik yeterlilik açısından değerlendiriniz

A. Sağlık sorununuzu tanımlayabilmek için doktorunuzun yaptığı fizik muayenenin (tam) yeterliliği

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B)sağlık sorunlarınıza doğru teşhisler koyabiliyor mu?

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

17. Düzenli olarak doktorunuzla konuştuğunuz zamanlarla ilgili olarak aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz?

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel

A. Şikayet ve belirtilerinizle ilgili sorularının yeterliliği (tamlığı)

B. Anlattıklarınızla ilgili dikkati

C. Sağlık sorunlarınız ve tedavilerinizle ilgili olarak yaptığı açıklamalar

D. Sizi daha ileri bir sağlık hizmetine (hastaneye veya uzman doktora) yönlendirdiğinde hazırladığı ve size verdiği (sevk) raporları

E. Sağlığınızla ilgili kararlar vermek konusunda yardım ve önerileri

18. Doktorunuzun yanından sorularınıza yanıt alamadan ayrıldığınız olur mu?

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

5

19. **Doktorunuzdan aldığınız sağlık hizmetini aşağıda sıralanan maddelere göre kişisel olarak nasıl değerlendirirsiniz ?**

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel

- A. Size ayırdığı zaman
- B. Sorularınız ve endişelerinize karşı size gösterdiği sabır
- C. Size karşı olan dostluk ve yakınlığı
- D. İlgisi ve bakımı
- E. Size karşı saygısı

20. **Doktorunuzun sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak konusunda verdiği önerileri nasıl değerlendirirsiniz ?**

Her şık için ayrı yanıt işaretlenecek

[1]	[2]
Evet	Hayır

- A. Oldukça az öneride bulunuyor
- B. Oldukça çok öneride bulunuyor

21. **Doktorunuz bugüne kadar aşağıdakilerden hangisi/hangileriyle ilgili sizinle konuştu**

	[1]	[2]	[3]	[4]
Her şikkı ayrı yanıtlayınız	Evet üç yıl içinde	Evet 3 yıldan daha uzun	Evet zamanımı hatırlamıyorum	hayır

- A. Sigara içme
- B. Alkol kullanımı
- C. Aile planlaması
- D. Beslenme (gebe, bebek beslenmesi) ve şişmanlık gibi.
- E. Egzersiz ve spor yapma
- F. Kişisel temizlik (eller, dişler vb.)
- G. Güvenli, sağlıklı cinsel ilişki

22. Aşağıdakilerden hangilerini onun önerilerine uyarak gerçekleştirdiniz ?

(lütfen her satırı yanıtlayınız)

[1]	[2]
Evet	Hayır

- A. Sigarayı bırakmaya çalışmak/bırakmak
- B. Alkolü bırakmaya çalışmak/bırakmak
- C. Aile planlaması yöntemi kullanmak
- D. Beslenme alışkanlıklarını değiştirmek
- E. Egzersiz ve spora başlamak
- F. Kişisel temizliğe (el yıkama, diş fırçalama) özen göstermek
- G. Güvenli cinsel ilişkide bulunmak (örneğin cinsel ilişkide gerektiğinde kılıf kullanmak gibi)

23. Doktorunuza olan güveninizle ilgili olarak aşağıdaki durumları değerlendirir misiniz

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

- A. Başka kimseye söyleyemeyeceğim bir şeyi doktoruma söyleyebilirim
- B. Doktorum bazen tam olarak emin olmadığı şeyleri biliyormuş gibi yapar
- C. Tıbbi bakımım konusunda doktorumun vereceği kararlara tam olarak güvenirim
- D. Doktorum benim sağlığım için gerekenleri yaparken maliyeti düşük tutmaya çok dikkat eder
- E. Sağlığım ile ilgili kötü bile olsa her zaman gerçeği söyler
- F. Sağlığım benim kadar dikkat eder
- G. Tedavimde bir hata yapılmışsa benden saklamaya çalışır

24. Tüm bunları dikkate aldığımızda doktorunuza olan güveninizi aşağıda yazılı rakamlara göre nasıl değerlendirirsiniz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç güvenmiyorum Tam olarak güveniyorum

25. Doktorunuzun sizinle ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz

[1] [2] [3] [4] [5] [6]
Çok kötü Kötü Orta İyi Çok iyi Mükemmel

A. Tıbbi özgeçmişinizle ilgili bilgisi

B. Evde ve işyerindeki sorumluluklarınızla ilgili bilgisi

C. Sağlığınızla ilgili sizi en çok endişelendiren durumlarla ilgili bilgisi

D. Bir kişi olarak inanç ve değerlerinizle ilgili bilgisi

26. Komaya girer ya da bilinç kaybı yaşarsam doktorum benim için tıbbi olarak ne yapılmasını isteyeceğimi bilir

Kesinlikle katılıyorum [1]

Katılıyorum [2]

Emin değilim [3]

Katılmıyorum [4]

Kesinlikle katılmıyorum [5]

27. Doktorunuzun çalıştığı sağlık biriminde diğer doktorlar veya hemşireler sizin sağlık bakımınızda önemli bir rol üstleniyorlar mı ?

[1] evet
↓

[2] hayır
→

30. Soruya geçiniz

31. Bir sağlık sorununuz nedeniyle doktorunuz size farklı bir hekim önerdiğinde aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz?

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel

- A. Gideceğin uzman hekimini seçmene yardımı
- B. Uzman hekimden gerekli randevuyu almana yardımı
- C. Bir uzman tarafından tedavi olurken ya da hastaneye yatırılarak tedavi edilirken doktorunun ilgisi
- D. Düzenli doktorunun seni gören diğer doktorlar ya da uzmanlarla olan iletişimi
- E. Diğer pratisyen hekim veya uzman hekimlerin sana söylediklerini anlayabilmen konusunda yardımı
- F. Sizi gönderdiği diğer doktor ve uzmanların kalitesi

32. Bunların hepsini dikkate aldığınızda düzenli hekiminizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- [1] Fazlasıyla memnunum daha iyisi olamazdı
- [2] Çok memnunum
- [3] Biraz memnunum
- [4] Ne memnun ne de değilim
- [5] Biraz memnun değilim
- [6] Hiç memnun değilim
- [7] Tamamen memnuniyetsizim daha kötüsü olamazdı

33. Doktorunuzun adını yazınız _____

Tesekkür ederiz.

31. Bir sağlık sorununuz nedeniyle doktorunuz size farklı bir hekim önerdiğinde aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz?

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel

- A. Gideceğin uzman hekimini seçmene yardımı
- B. Uzman hekimden gerekli randevuyu almaya yardımı
- C. Bir uzman tarafından tedavi olurken ya da hastaneye yatırılarak tedavi edilirken doktorunun ilgisi
- D. Düzenli doktorunun seni gören diğer doktorlar ya da uzmanlarla olan iletişimi
- E. Diğer pratisyen hekim veya uzman hekimlerin sana söylediklerini anlayabilmen konusunda yardımı
- F. Sizi gönderdiği diğer doktor ve uzmanların kalitesi

32. Bunların hepsini dikkate aldığınızda düzenli hekiminizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- [1] Fazlasıyla memnunum daha iyisi olamazdı
- [2] Çok memnunum
- [3] Biraz memnunum
- [4] Ne memnun ne de değilim
- [5] Biraz memnun değilim
- [6] Hiç memnun değilim
- [7] Tamamen memnuniyetsizim daha kötüsü olamazdı

33. Doktorunuzun adını yazınız _____

Tesekkür ederiz.

Ek 5. Anket Formu 5: Kişisel Bilgi Formu

Anket

Anketimiz iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm sizin kişisel özelliklerinizi ikinci bölüm ise birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumunuzu araştırmayı amaçlamaktadır. Yanında kırmızı yıldız bulunan kutucuklar doldurulması gerekli alanlardır. Soruların bir kısmı kısa bir cümle ile yanıtlayabileceğiniz sorular, bir kısmı birkaç seçenek arasından size uygun olanı seçmemizi istediğimiz sorulardır. Diğer seçeneği olan sorularda şıklar dışında bir bilgiyi yazarak paylaşabilirsiniz. Anketin sonunda ----- adet soru bulunmaktadır. Bu sorulara istediğiniz uzunlukta cevap yazabilirsiniz.

* Gerekli

1. Yaşınız

2. Eğitim Durumunuz *

- Okuryazar
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite
- Yüksek Lisans

3. Çalışıyor musunuz? *

- Evet
- Hayır

4. Düzenli geliriniz var mı?

- Evet
- Hayır

5. Maddi durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- Gelirim giderime eşit
- Gelirim giderimden az
- Gelirim giderimden fazla

6. Sosyal Güvenceniz var mı? *

- Var
- Yok

7. İkamet ettiğiniz il?*

8. Biyolojik Cinsiyetiniz?

(Açıklama: organlar ve hormonlar vb etkisiyle doğuştan beden yapısı)

- Kadın
- Erkek
- İnterseks

9. Cinsel Kimliğiniz?

(Açıklama: Kişinin ait olduğunu hissettiği cinsiyet “Ben kadını/ben erkeğim” gibi)

- Kadın
- Erkek
- Transgender
- Genderqueer

10. Cinsel Yöneliminiz?

(Açıklama: Fiziksel ve duygusal olarak hoşlandığınız cinsiyeti göz önüne aldığınızda , kendinizi nasıl tanımlarsınız?)

- Biseksüel
- Homoseksüel
- Heteroseksüel

11. Şu anda hayatınızda duygusal bağınız olan biri (eş veya sevgili) var mı?

- Evet
- Hayır

12. Çocuğunuz var mı?

- Evet
- Hayır

13. Kaç yıldır HIV pozitifsiniz?

14. HIV size nasıl bulaştı?

- Tıbbi müdahale (Kan nakli, cerrahi girişim, diş tedavisi vs) sırasında
- Doğum sırasında (Anneden bebeğe geçiş)
- Cinsel ilişki yolu ile
- Damar içi madde kullanımı sırasında
- Emin değilim

15. HIV+ tanısını nasıl aldınız?

- Şüphelendim, test yaptırđım
- Bir sağlık sorunu nedeni ile yapılan testler sonucunda ortaya çıktı
- Rutin /Bürokratik sağlık muayenesi (işe giriş, yurda giriş, check-up vs.) sırasında yapılan testler sonucunda ortaya çıktı
- Diğer

16 HIV+ olduğunuzu ve bununla ilgili yaşadıklarınızı kimlerle paylaşabilirsiniz?

- Aile üyesi/üyeleri
- Eş/sevgili
- Yakın çevreniz
- Bu durum sakladığım bir şey değil
- Bu kimse ile paylaşabildiğim bir şey değil

17 Aileniz HIV + olduğunuzu biliyor mu?

- Evet (a. Soruya gidiniz)
- Hayır (b. Soruya gidiniz)

17A. HIV + olduğunuzu biliyorsa ailenizin tutumunu nasıl tanımlarsınız?

Olumlu/kabul edici/destekleyici

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Dışlayıcı/reddedici/cezalandırıcı

17B.HIV + olduğunuzu bilmiyorsa, öğrenmeleri durumunda ailenizin tutumunun nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

Olumlu/kabul edici/destekleyici

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Dışlayıcı/reddedici/cezalandırıcı

18 Yakın çevreniz HIV + olduğunuzu biliyor mu?

- Evet (a. Soruya gidiniz)
- Hayır (b. Soruya gidiniz)

18A. HIV + olduğunuzu biliyorsa yakın çevrenizin tutumunu nasıl tanımlarsınız?

Olumlu/kabul edici/destekleyici

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Dışlayıcı/reddedici/cezalandırıcı

18B HIV + olduğunuzu bilmiyorsa, öğrenmeleri durumunda yakın çevrenizin tutumunun nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

Olumlu/kabul edici/destekleyici

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Dışlayıcı/reddedici/cezalandırıcı

19 HIV+ olmanızın aileniz ve yakın çevreniz ile olan ilişkiniz üzerindeki etkisi ile ilgili belirtmek istediğiniz şeyler varsa buraya yazabilirsiniz.

20 HIV+ olmanın hayatınızın aşağıda belirtilen sosyal boyutlarında yaşadığınız sorunların boyutunu size en uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz?

	1 Olumsuz yönde etkilediğini düşünüyorum	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Etki ettiğini düşünmüyorum
Eğitim Hizmetlerine ulaşım										
Sağlık Hizmetlerine ulaşım										
Yasal/Bürokratik işler (evlilik, işe giriş raporu vb)										
Barınma										
İş bulma/sürdürme										
Arkadaş edinme										
Duygusal Hayat										
Cinsel Hayat										
Seyahat etme										
Sosyal Etkinlikler (spor yapma, aktivitelere katılma vb)										

20 B. HIV+ olmanın hayatınızın sosyal boyutları üzerindeki etkisi ile ilgili belirtmek istediğiniz şeyler varsa buraya yazabilirsiniz

21 Tedavi görmekte olduğunuz HIV dışında herhangi bir sağlık sorunuz var mı?

- Evet
- Hayır

22. Sağlığınız ile ilgili bilgi gereksinimini karşılamak için aşağıdaki kaynakları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?

	Her Zaman	Sık Sık	Ara Sıra	Bazen	Asla
Sağlık Çalışanları					
Arkadaşlar					
Aile					
Sivil Toplum Kuruluşları (dernekler vb)					
İnternet					
Yazılı/basılı kaynaklar					

23. Aşağıdaki sağlık kurumlarına hangi sıklıkla başvuruyorsunuz?

	Her Zaman	Sık Sık	Ara Sıra	Bazen	Asla
Aile Sağlığı Merkezi					
Devlet Hastanesi					
Üniversite/Eğitim Araştırma Hastanesi					
Özel Hekim/Hastane					
Acil servis					

24. Sağlık hizmeti ve sağlık çalışanları ile ilgili deneyimlerinize ilgili en uygun ifadeyi seçiniz.

	Her Zaman	Sık Sık	Ara Sıra	Bazen	Asla
Benimle ilgilenen sağlık çalışanları HIV + olduğumu bilirler					
Benimle ilgilenecek sağlık çalışanlarına HIV + olduğumu söyleyebilirim					
Sağlık hizmeti alırken mahremiyetime saygı gösterilir					
Sağlık hizmeti alırken kendimi güvende hissedirim					

25. HIV+ olduğunuzu bilen sağlık çalışanlarının sizinle ilgili tutumunu genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

Olumlu/kabul edici/destekleyici

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Dışlayıcı/reddedici/cezalandırıcı

26. Sağlık çalışanlarının sizinle ilgili tutumları hakkında belirtmek istediğiniz şeyler varsa buraya yazabilirsiniz

27. Paylaşmak istediğiniz başka herhangi bir şey varsa buraya yazabilirsiniz
