

44207

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ÇEŞME'DE TURİSTİK
KONAKLAMA İŞLETMELERİNDE ÇALIŞANLARIN AIDS KONUSUNDA
BİLGİ DÜZEYLERİ ve TUTUMLARI**



UZMANLIK TEZİ
Dr. Hülya ELLİDOKUZ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
Doç. Dr. Zuhal AMATO

İZMİR - 1995

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
BONİFANTIA-YIG MERKEZİ

ÖNSÖZ

Halk Sağlığı konuları arasında günden güne önem kazanmakta olan Turizm ve Turist Sağlığı Hekimliği konularına bir adım atmamı sağlayan Doç. Dr. Zuhal Amato'ya tezime katkıları nedeniyle teşekkür ederim. Uzmanlık eğitimim boyunca gerek destekleri gerek eleştirileriyle gelişimimde temel taşları oluşmasında katkıları olan Prof. Dr. Sevin Ergin, Doç. Dr. Reyhan Uçku ve Yrd. Doç. Dr. Berna Musal'a teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin planlama aşamasından başlayarak, yol gösterici eleştiri ve katkılarından, uzmanlık eğitimim sırasında kazandırdığı özelliklerden dolayı Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu'na teşekkür ederim.

Asistanlık dönemim boyunca dostça ve güleryüzle çalıştığımız değerli arkadaşlarım Uzm. Dr. Sevim Özaltın ve Dr. Mehmet Zencir'e teşekkürü borç bilirim. Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum çalışma arkadaşlarım ile tezimle ilgili ankete katılanlara ve yardımcı olanlara teşekkür ederim.

Hülya Ellidokuz

İÇİNDEKİLER	Sayfa
1- Giriş	1
2- Genel Bilgiler	2
2.1. AIDS	3
2.1.1. AIDS tanımı ve tanı ölçütleri	3
2.1.2. Enfeksiyon Ajanı	5
2.1.3. HIV Enfeksiyonunun Doğal Öyküsü	6
2.1.4. Dünyada AIDS ve Epidemiyolojisi	7
2.1.5. Bulaşma Yolları	9
2.1.6. Korunma Yolları	11
2.1.7. Aşı geliştirilmesi	13
2.1.8. Bulguları	13
2.1.9. Laboratuvar	14
2.1.10. Sağaltımı	14
2.1.11. AIDS'in Toplumsal Boyutu	15
2.1.12. Türkiye'de AIDS	16
2.2. Turizm ve Konaklama İşletmeleri	17
2.2.1. Turizm	17
2.2.2. Konaklama İşletmesi Yönetim Şeması	18
2.2.3. Turizm Sektöründe Çalışanların Sağlığı	19
2.2.4. Konaklama İşletmeleri Hakkında Mevzuat	20
2.3. Çalışma Bölgesi Tanıtımı	21
2.3.1. Çeşme	21
3- Amaç	23
4- Yöntem	23
5- Bulgular	28
5.1. Konaklama İşletme Çalışanlarının Tanımlayıcı Bulguları	28
5.2. Konaklama İşletmelerinin Tanımlayıcı Bulguları	32
5.3. AIDS'le İlgili Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımlar	32
5.4. AIDS Konusundaki Tutumlara Göre Dağılımlar	36
5.5. AIDS ve Eğitim	40
5.6. AIDS Konusunda Bilgi Puanlarına Göre Tablolar	42
5.7. Tutumlara Göre Karşılaştırmalı Tablolar	46
6- Tartışma	50
7- Sonuç ve Öneriler	63
8- Özet	65
9- Kaynaklar	66
10- Ekler	75

TABLoların DİZİNİ

Sayfa

Tablo 2.1. AIDS olguları ve HIV enfekte kişilerin yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı	17
Tablo 5.1. Araştırma kapsamındaki konaklama işletmelerinin yıldız sayıları ile kadın erkek çalışan sayısına göre dağılımı	28
Tablo 5.2. Araştırmaya katılan konaklama işletmelerinin yıldız sayıları ve çalışanların cinsiyete göre dağılımı	28
Tablo 5.3. Araştırmaya katılan konaklama işletmesi çalışanlarının yaş gruplarına göre dağılımı	29
Tablo 5.4. Araştırma grubunun medenî durumlarına göre dağılımı	29
Tablo 5.5. Araştırma grubunun öğrenim durumlarına göre dağılımı	29
Tablo 5.6. Araştırma grubunun turizmle ilgili eğitim durumlarına göre dağılımı	30
Tablo 5.7. Araştırmaya katılanların görevli oldukları bölüme göre dağılımı	30
Tablo 5.8. Araştırmaya katılan işletme çalışanlarının şu andaki görevlerine göre dağılımı	31
Tablo 5.9. Araştırmaya katılan işletme çalışanlarının turizm sektöründe çalıştıkları yıllara göre dağılımı	31
Tablo 5.10. Araştırmaya katılanların AIDS bilgisine göre dağılımı	32
Tablo 5.11. Konaklama işletme çalışanlarının AIDS'in bulaşma yolları bilgilerine göre dağılımı	33
Tablo 5.12. Araştırmaya katılanların AIDS'den korunma olanağına göre dağılımı	34
Tablo 5.13. Araştırmaya katılanların AIDS'den korunma yöntemleri bilgilerine göre dağılımı	34
Tablo 5.14. Araştırmaya katılanların AIDS'e yakalanma açısından risk altında olan kişiler ve meslek grupları bilgilerine göre dağılımı	35
Tablo 5.15. Araştırma grubunun AIDS'le ilgili bilgileri aldıkları kaynaklara göre dağılımı	35
Tablo 5.16. Araştırma grubunun hazırlanan birinci senaryoda gösterdikleri tutumlara göre dağılımı	36
Tablo 5.17. Araştırma grubunun hazırlanan ikinci senaryo için gösterdikleri tutumlara göre dağılımı	37
Tablo 5.18. AIDS'li olduğu söylenen turistin kullandığı eşyaların temizlenmesi konusunda tutumlarına göre dağılımı	38
Tablo 5.19. Hazırlanan üçüncü senaryoya verilen yanıtlara göre dağılımı	38

Tablo 5.20. Cinsel ilişki kurduğu kişinin AIDS'li olduğunu öğrendiğindeki tutumuna göre dağılım	39
Tablo 5.21. AIDS ile ilgili bilgi alınabilecek kurum varlığına göre dağılım	39
Tablo 5.22. Araştırmaya katılanların AIDS ile ilgili bildikleri kurum isimlerine göre dağılımı	40
Tablo 5.23. AIDS'le ilgili eğitim isteklerine göre dağılım	40
Tablo 5.24. Eğitimi nerede almak istediklerine göre dağılım	41
Tablo 5.25. AIDS'le ilgili eğitimi kimin vereceğine göre dağılım	41
Tablo 5.26. Araştırma grubunun AIDS ile ilgili aldıkları puanlara göre dağılımı	42
Tablo 5.27. Araştırma grubunun cinsiyet ile AIDS hakkında bilgi düzeyi ilişkisi	43
Tablo 5.28. Araştırma grubunun yaş grupları ile AIDS hakkında bilgi düzeyi ilişkisi	43
Tablo 5.29. Araştırma grubunun medeni durumları ile AIDS hakkında bilgi düzeyi ilişkisi	44
Tablo 5.30. Araştırmaya katılan konaklama tesis çalışanlarının turizm sektöründe çalıştıkları süre ile AIDS hakkında bilgi düzeyi ilişkisi	44
Tablo 5.31. Araştırmaya katılan otel çalışanlarının eğitim durumları ile AIDS hakkında bilgi düzeyi ilişkisi	45
Tablo 5.32. Araştırmaya katılan otel çalışanlarının turizmle ilgili eğitim durumları ile AIDS hakkında bilgi düzeyi ilişkisi	45
Tablo 5.33. Otelde konaklayan bir turistle elele dolaşanlar ile AIDS'li olduğu bilinen bir turistle elele dolaşanların ilişkisi	46
Tablo 5.34. Otelde konaklayan bir turiste sarılanlar ile AIDS'li olduğu bilinen bir turiste sarılanların ilişkisi	46
Tablo 5.35. Otelde konaklayan bir turiste dokunanlar ve AIDS'li olduğu bilinen bir turiste dokunanların tutarlılığı	47
Tablo 5.36. Otelde konaklayan bir turisti öpenler ile AIDS'li olduğu bilinen bir turisti öpenlerin ilişkisi	47
Tablo 5.37. Otelde konaklayan bir turistle oral seks yapanlar ve AIDS'li olduğu bilinen bir turistle oral seks yapanlara göre dağılım	47
Tablo 5.38. Otelde konaklayan bir turistle cinsel ilişki kuranlar ve AIDS'li olduğu bilinen bir turistle cinsel ilişki kuranlara göre dağılım	48
Tablo 5.39. Otelde konaklayan bir turistle anal seks yapanlar ve AIDS'li olduğu bilinen bir turistle anal seks yapanların ilişkisi	48

Tablo 5.40. AIDS'li olup olmadığını bilmediği veya AIDS'li olduğunu bildiği turiste karşı cinsel ilişkiye yönelik tutumları etkileyen faktörler

49

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Türkiye'de AIDS olguları ve HIV seropozitiflerin yıllara göre dağılımı

16

Şekil 2.2. Türkiye'deki AIDS olguları ve HIV enfekte kişilerin risk gruplarına göre dağılımı

16



1- GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, dünyada yılda 250 milyon kişinin Human Immunodeficiency Virus (HIV), sifilis, genital herpes, gonore ve diğer cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalandığı tahmin edilmektedir (1).

Yılda 2.5-3.0 milyon adolesanının enfekte olduğu cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında ise Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) oldukça önem taşımaktadır. Hastalığın ortaya çıkışına dek 10 yıldan daha uzun bir sürenin sağlıklı denebilecek düzeyde geçirilmesi söz konusudur (2,3).

Cinsel ilişki sırasında bulaşma riski en yüksek orandadır. Bu nedenle HIV ile enfekte kişinin ilişkide bulunduğu diğer kişilere de rahatlıkla virüs bulaştırabileceği dikkat çekmektedir.

AIDS'in bulaşma riskinin arttığı davranışlarda bulunan insanlar vardır. Homoseksüel ilişki kuranlar, hayat kadınları, intravenöz ilaç kullananlar, kan ve kan ürünlerini yaşamını sürdürebilmek için sürekli almak zorunda olanlar, annesinde HIV virusu bulunan bebekler (doğumdan önce ve sonra) riskli davranış grubunda yer almaktadır (4).

Son yıllarda artan turizm etkinlikleri sonucunda turizm sektöründe çalışanların da risk altında olabileceği düşünülmektedir. Daha çok hizmet sektörü özelliğini taşıyan turizm sektöründe hizmeti alanlar (turistler, konuklar, yabancılar...) ve hizmeti sunanlar (turizm sektörü çalışanları) biraradadır. Özellikle sahil kentlerinde güneş, deniz, kum üçlüsü çekiciliğini gitgide arttırmaktadır. Tüm yılın yorgunluğunu kısa zamanda, güzel ve zevkli bir şekilde geçirmeyi amaçlayan turistler sıcak, güleryüzlü bir ortamda daha rahat ve özgürce davranmaktadır. Günlük stres ve rutin işlerin dışına çıkılan yolculukla rahatlama ve bu etkilerden uzaklaşma sağlanmakta, özgürlük duygusu sonucunda cinsel aktivitelerde artış kaçınılmaz olmaktadır. Bu rahatlık hizmeti sunan kişilere de zaman zaman yansımakta ve insan ilişkisinin ön planda olduğu turizm sektöründe özellikle cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklar başta olmak üzere önlenmesi oldukça basit ama bilgi eksikliği nedeniyle ya da aldırmaçlıkla ortaya çıkan sağlık sorunları yaşanabilmektedir.

Dünya'da ve Türkiye'de Turizm Sağlığı Derneği'nin düzenlediği konferanslarda da, yolculukların kısa zamanda yapılabilmesi, olgu ya da taşıyıcıların kuluçka

dönemi boyunca farklı yerlerde olup cinsel ilişkiye girebilmesi ile bu hastalıkların yayılmasının kolaylaştığı belirtilmektedir (5).

AIDS cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında en korkulunu ve en az bilinenidir. Turizm sektöründe çalışanların, genellikle heteroseksüel ilişki yoluyla AIDS'e yakalanma riski altında olmaları nedeniyle bu konudaki bilgi düzeyleri ve cinsel ilişkiye yönelik tutumları önem taşımaktadır. Çeşitli yayınlarda, cinsel yolla bulaşan hastalıkların epidemiyolojisinde yolculuk etmenin büyük etkisi olduğu, yolculukların cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS'e yakalanma konusunda bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (6). Güvenli olmayan cinsel ilişki ile pek çok kişi kısa ya da uzun süreli gittiği yolculuklarda bu hastalıklara yakalanmaktadır (1,7,8).

Türkiye'de kurulmuş AIDS ile ilgili derneklerin yayınlarında da turist olarak Türkiye'ye gelen, bazıları HIV taşıyıcısı yabancıların AIDS'i yaymada büyük rolü olduğu belirtilmektedir (9).

Bu konuyla ilgili çalışmaların yoğunlaşması, turizm sektöründe çalışanların risk altında olabildiği göz önünde tutularak eğitim ve bilgi desteğinin sürekli kılınması gerekmektedir.

2- GENEL BİLGİLER

2.1. AIDS (ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME) (EDİNSEL BAĞIŞIKLIK EKSİKLİĞİ SENDROMU)

2.1.1. AIDS TANIMI ve TANI ÖLÇÜTLERİ

ABD'de Hastalık Kontrol Merkezi (CDC - Center for Disease Control) tarafından AIDS'in tanımı şu şekilde yapılmıştır: 60 yaşın altında, bilinen immün yetmezlik hastalıklarından birisi bulunmadığı ve immün yetmezliğe neden olacak bir ilaç alınmadığı halde, yaşamı tehdit eden fırsatçı enfeksiyonlar ve Kaposi sarkomu ile seyreden bir immün yetersizlik tablosudur (10).

CDC, 1982'de hastalık tanısı konması için üç kriterin varlığı koşulunu getirmiştir:

- i-Hastalarda immün yetmezlik zemininde gelişmiş pnömosistis karini pnömonisi ya da Kaposi sarkomu olacak,
- ii-İmmün yetersizlik; ilaç, bazı kanserler, konjenital bazı hastalıklar gibi bilinen bir nedene bağlı olmayacak,
- iii-Diğer bazı fırsatçı enfeksiyonlar ve lenf dokusundan gelişen kanserler tabloya eşlik edebilecek ve kanda HIV'e karşı antikolar bulunacak (Fırsatçı enfeksiyonlar arasında pnömosistis karini pnömonisi, kronik kriptosporidiozis, Santral Sinir Sistemi (SSS) toksoplazmozisi, özefajial ya da aşağı solunum yolu kandidiazisi, yaygın ya da SSS kriptokokkozisi, akciğer, gastrointestinal, SSS ya da göz sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu, kronik ülseratif mukokutonöz ya da yaygın herpes simpleks, ilerleyici multifokal lökoensafalopati, yaygın atipik mikobakteriozis, kanserler arasında ise Kaposi sarkomu, birincil B hücreli beyinle sınırlı gelişen lenfoma, non Hodgkin lenfoma sayılabilmektedir).

Pek çok ülke için model oluşturan 1982 tanımlaması geri kalmış ülkelerin çoğunda genellikle ulaşılamayan laboratuvar ölçütlerini içermesi nedeniyle 1985 yılında daha çok klinik olguların izlem ve sağaltımında kullanılan Bangui tanımlaması yayınlanmıştır.

1987'de CDC tarafından semptomatik HIV enfeksiyonu tanı ölçütlerine, yeniden gözden geçirilip ek getirilmiştir. Tükenme sendromu , akciğer dışı tüberkuloz ve HIV'e bağlı demans ya da duysal nöropati gibi nörolojik hastalıkların varlığı, HIV'e karşı antikor saptanması, kuşku edilen durumlarda HIV enfeksiyonunun

kanıtıdır denmiştir. Yineleyen bakteriyel septisemi, pnömoni ve akciğer tüberkulozu HIV'e bağlı immun yetmezliğin göstergesi olarak kabul edilmektedir. 1993 yılında DSÖ ve CDC, AIDS tanımlamasına yeni ölçütleri eklemiş ve klinik kullanımda yol gösterici olmayı hedeflemişlerdir. DSÖ dünyanın her yerinde kullanılabilir ve hastalara verilen sağlık hizmetlerinde yararlanabilecek semptomatik HIV enfeksiyonu tanı ölçütleri yayınlamıştır. Bu ölçütler DSÖ'nün 1985'te yayınladığı "Klinik AIDS Tanımı"nın eksiklerini gidermeyi amaçlamıştır. Ölçütlere göre konulan tanının hastanın rızası alınarak ve sırrı saklanarak yapılacak bir HIV antikor testi ile doğrulanabileceği belirtilmiştir.

1993 yenilenmiş sınıflandırma sistemine uygun olarak CDC tarafından, AIDS olgu tanımlaması $200/\text{mm}^3$ 'ten az CD4+ T lenfosit taşıyan ya da CD4+ T lenfosit oranı toplam lenfositlerin %14'ünden az olan kişileri kapsayacak şekilde genişletilmiştir (11).

Bu kapsam ayrıca yeni olarak akciğer tüberkulozunu, yineleyen pnömoniyi, yayılma gösteren uterus kanserlerini ve 1987'de yayınlanan AIDS olgu tanımlanmasında yer alan 23 klinik durumu da içermektedir (12).

DSÖ'nün yayınladığı HIV enfeksiyonu ve hastalığın evrelendirme sistemi ile ilaç ve aşı geliştirilmesine yönelik araştırmaların değerlendirilmesine yardım etmesi, güvenilir prognozun saptanması ve hastaların klinik olarak yönlendirilmesi amaçlanmaktadır. Buna göre CD4+ T lenfosit sayısı $200/\text{mm}^3$ 'ten daha az ise AIDS tanısı konmaktadır (13).

Bu tanımlama ve olgu tanısı öncelikle gelişmiş ülkeler erişkin AIDS olguları için geçerlidir. Gelişmekte olan ülkelerde histolojik ya da kültür tanısı için laboratuvar koşullarının yetersizliği nedeniyle tanı güçlüğü vardır. DSÖ klinik olgu tanısı için major ve minör belirtilerin birlikteliği ve bazı hastalıkların varlığı ile belirlenen AIDS tanısını geliştirmiştir. Kanser ya da ağır malnutrisyon gibi bilinen bir immünyetmezlik nedeninin yokluğunda da aşağıdaki temel bulgulardan ikisi ve yan bulgulardan birinden yakınan bir kişinin ileri tetkik için uygun laboratuvar desteği olan bir birime sevk edilmesi uygundur (10).

Temel bulgular:

- 1-Vücut ağırlığının %10'undan fazla kilo kaybı
- 2- Bir aydan uzun süren kronik diyare
- 3- Bir aydan uzun süren ateş (sürekli ya da aralıklı)

Yan bulgular:

- 1- Bir aydan uzun süren öksürük
- 2- Yaygın kaşıntılı dermatit
- 3- Yineleyen Herpes Zoster
- 4- Orofaringeal kandidiazis
- 5- Kronik ilerleyici ve yaygın herpes simpleks enfeksiyonu
- 6- Yaygın lenfadenopati

Ayrıca, yaygın Kaposi sarkomu ya da kriptokokkal menenjitin varlığı AIDS tanısı için yeterlidir.

Bebek ve Çocuklarda AIDS Görünüşü:

İlk çocuk AIDS olgusu 1982 yılında saptanmıştır (14). Anneden enfeksiyon almış bebeklerin ortalama yaşları 17 aydır. Genellikle ciddi klinik belirtiler altıncı ayda görülmeye başlar. Bu belirtiler diyare, büyümede yavaşlama gibi sık görülen sorunlardır. Gelişmekte olan ülkelerdeki HIV enfekte çocukların çoğunluğu yaşamlarının ikinci yıllarında ölmektedir (15).

CDC'un çocuk AIDS olguları için ayrı sınıflandırması da bulunmaktadır (16).

2.1.2. ENFEKSİYON AJANI

HIV bir retrovirustur. İki tipi tanımlanmaktadır:

Tip 1 = HIV-1

Tip 2 = HIV-2

Bu virüsler serolojik ve coğrafik olarak görece farklılık göstermektedir, ancak epidemiyolojik ve patolojik karakteristik açısından birbirlerine benzerdir(17). HIV-1 enfeksiyonu Amerika, Avrupa, Sahraaltı Afrika ve diğer ülkelerde, HIV-2 enfeksiyonu öncelikle Batı Afrika, bazı olgular diğer Afrika ülkelerinde görülmektedir.

Retrovirüsler revers-transkriptaz enzimleriyle RNA'dan DNA'ya dönüşüm yapabilmektedir. Doğada yaygın olarak bulunmaktadır. Tüm retrovirüsler deterjan, ısı, kuruluk yüksek ya da düşük pH'da inaktive olmaktadır. HIV kan, tükürük, semen ve vajinal salgılardan olduğu gibi dışkı, gözyaşı, idrardan da izole edilmektedir. Virüsün kan, semen ve vajinal salgıların makrofaj, lenfosit ve monositlerinde yoğunlaştığı düşünülmektedir.

Bulaşmaları kan ya da diğer vücut sıvılarını içeren fiziksel temas ile örneğin cinsel ilişki sırasında ya da anneden bebeğine geçiş şeklindedir (18).

Enfeksiyonun kaynağı insandır (17).

2.1.3. HIV ENFEKSİYONUNUN DOĞAL ÖYKÜSÜ

Kişinin HIV ile enfekte olduğu süre uzadıkça bağışıklık sistemi daha fazla bozulmakta, kanserler dahil olmak üzere çeşitli fırsatçı hastalıklara karşı direnç azalmaktadır.

Virus alındıktan sonra aktive olmakta ve hızla ilerleyerek en erken iki yılda olmak üzere 10 yılı aşan sürelerle ulaşacak bir zaman diliminde AIDS ortaya çıkarmaktadır (15). Kohort çalışmaları HIV enfeksiyonlu yetişkinlerin özgün antiviral sağaltımından önce beş yıl içinde %15-20'sinde AIDS gelişeceğini, %50'sinin 7-10 yılda AIDS olacağını göstermektedir. 10 yılı geçirenlerde izleyen 5-10 yıl içinde AIDS olacağı tahmin edilmektedir. Modern sağaltımla bu inkübasyon dönemi bir kaç yıl daha uzamaktadır (17). AIDS'in geliştiği olguların %50'si 18 ay içinde, %80'i de üç yıl içinde yitilmektedir. Afrika ya da Haiti gibi bölgelerde bildirilen yaşama süresi, olgular geç tanındığı ve tıbbi bakımdan yeterince yararlanamadıkları için daha da kısadır (10).

1979-1989 yılları arasında Avrupa'da 17 ülkenin 6,578 yetişkin AIDS olgusunun tanı konduktan sonra ortanca yaşam süresi 17 ay olarak belirtilmektedir. Olguların ancak %16'sı üç yıl yaşamıştır (19).

HIV ile cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında güçlü bir ilişki vardır (15). Şankroid, sifilis gibi hastalıkların neden olduğu genital ülserasyonlar erkeklerin HIV'e olan duyarlılıklarını ya da HIV ile enfekte olan kadınların enfektivitesini arttırabilmektedir. Genital ülserler ve klamidya trokomatis epiteli bozarak ya da lenfositleri genital bölgeye çekip HIV'in hedef hücrelerini arttırarak, penetrasyonu kolaylaştırabilmektedir. Bağışıklık sistemini harekete geçiren diğer enfeksiyonların, özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıkların, virüsün daha hızla çoğalmasını uyardıkları düşünülmektedir. Bir araştırmada herhangi bir cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü varlığında HIV geçiş olasılığının değişen oranlarda (3.3-5.1 kat), anlamlı artış gösterdiği saptanmıştır (20). Bu konuyla ilgili olarak yapılan bir başka araştırmada cinsel yolla bulaşan hastalıklardan özellikle ülseratif formda olanlarının varlığı durumunda, HIV geçiş riskinde, erkekten kadına 20-40 kez fazla, kadından erkeğe ise 100-2000 kat daha fazla artış olduğu belirtilmektedir (21).

2.1.4. DÜNYADA AIDS ve EPİDEMİYOLOJİSİ

AIDS ilk olarak 1981 yılında bildirilmiştir. Ancak 1970'lerden başlayarak ABD, Afrika ve Avrupa gibi dünyanın değişik bölgelerinde izole olgular görülmeye başlamıştır. Bildirilen AIDS olgu ve HIV ile enfekte kişi sayıları olması gereken rakamlardan oldukça düşüktür. Gecikmeler, tanı koymada yaşanan güçlükler ve eksik bildirimlerin varlığı buna neden olabilmektedir. Bazı bölgelerde bildirilen olgu sayısının veri toplama yöntemlerindeki yetersizliğe, veri toplanmasına ya da politik yetkililerin çeşitli nedenlerle olguların bildirilmekten kaçınılmasına bağlı olarak sorunun gerçek boyutunun yansımadağı belirtilmektedir. Doğu Avrupa ve Orta Asya'dan oldukça sınırlı veri alınmaktadır.

Politik, sosyal ve ekonomik dengesizlikler HIV yayılımını arttırmaktadır. Tayland, Filipinler gibi seks turizminin yoğun olduğu bölgelerde AIDS yayılımının oldukça hızlı olacağı tahmin edilmektedir (10).

AIDS tüm dünya ülkelerini etkileyecek bir pandemi halindedir. Bazı bölgelerde AIDS prevalansı diğerlerine göre daha yüksek olsa da epidemi kontrol altına alınana dek tüm bölgeler bu sorunla karşı karşıyadır.

AIDS başlıca cinsel yolla bulaşan bir hastalık olması nedeniyle insanların yaşamlarının en üretken çağında yakalamaktadır. Bu nedenle HIV enfeksiyonu etkileri bildirilen olgu sayılarından daha büyük ve önemli olacaktır. Örneğin bazı Afrika şehirlerinde sağlık bakım sistemi şimdiden aşırı sayıda AIDS olgusuyla yüklenmiştir. Tayland'da ise belirtisiz formdan belirtili forma dönüş oranı yıllık %6.8'dir. Böylece yılda 24,000'den fazla HIV enfekte kişi tıbbi bakıma gereksinim duymaktadır (10,22).

DSÖ, 1 Temmuz 1993 gününe dek pandemi başlangıcından bu yana tüm dünyada 13 milyondan fazla yetişkinin ve bir milyon çocuğun HIV ile enfekte olduğunu tahmin etmektedir (23). Bu kişilerin %20'sine yakınında AIDS gelişeceği ve 2000 yılında AIDS olgularının dört kat artacağı umulmaktadır (24).

Pandemi başlangıcından bu yana toplam AIDS olgu sayısının yaklaşık üç milyon olması tahmin edilmektedir. AIDS oldukça önemli boyutlarda gelişmekte olan ülkelerin sorunudur. 2000 yılı için tahmin edilen 30-40 milyon HIV ile enfekte kişinin %90'ından fazlasının gelişmekte olan ülkelerde yaşayanlar arasında yer alacağı yayınlanmaktadır. 1993 yılında görülmesi tahmin edilen 14 milyon enfekte kişinin yaklaşık sekiz milyonunun Afrika'da bulunduğu ve bu

kişilerin %90'ının enfeksiyonu heteroseksüel ve perinatal geçişle aldığı belirtilmektedir (25). Gelişmekte olan ülkeler arasında en fazla AIDS olgusu Brezilya, Haiti ve Orta Afrika ülkelerinde görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin birçok yöresinde yeterli tanı ve araştırma olanağı bulunmadığından olguların ancak bir bölümünün bildirildiği belirtilmektedir.

AIDS'in coğrafi olarak hızla yayıldığı Afrika, pandeminin boyutları ve doğal seyrini yansıtmaktadır. Sağlıklı erişkinlerde HIV enfeksiyonu prevalansı %2 iken, Orta ve Doğu Afrika'nın bazı bölgelerinde gebe kadınların %2-%15'inde HIV pozitifliği saptanmaktadır. Ruanda, Kenya ve Zaire'de belirtisiz hayat kadınlarında prevalans hızları %25-%88 arasındadır (10). ABD ise dünyadaki AIDS olgularının % 70'ini bildirmektedir. Bildirimi çok yüksek olduğundan ABD'den gelen olgu sayıları %39'u oluştururken, gerçek sayılara bakıldığında, ABD'de %9 olgu bulunduğu halde %70 oranı ile Afrika en fazla olguya sahip kıta olmaktadır (26). Kişi başına en yüksek AIDS olgusu İsviçre, Danimarka, Fransa ve Belçika'da bulunmaktadır. Asya'da AIDS durumuna ilişkin bilgiler sınırlıdır. Okyanusya'dan ise Avustralya ve Yeni Zelanda da dahil olgular bildirilmiştir.

HIV'in bulaşma yollarının özellikleri geri kalmış ülkelerle, gelişmiş ülkelerde önemli farklılıklar göstermektedir. HIV enfeksiyonunun dağılımındaki ve prevalansındaki farklılıklar, enfeksiyonun bir topluma girme zamanı, bulaşma şekillerinden hangisinin daha ağırlıklı olduğu ve o toplumun cinsel alışkanlıkları ile açıklanabilmektedir.

DSÖ tarafından epidemiyolojik özelliğe göre enfeksiyonun bulaşmasında üç farklı örüntü tanımlanmaktadır (27,28);

ÖRÜNTÜ I: En fazla Kuzey Amerika, Batı Avrupa, Avustralya ve Yeni Zelanda'da görülmektedir. Bu ülkelerde AIDS olgularının %80'inden fazlası homoseksüel ya da biseksüel erkeklerle, intravenöz (IV) uyuşturucu kullananlardır. Bir kadına karşı 10-20 erkekte AIDS gelişmektedir. Heteroseksüel bulaşmanın artması beklenmektedir. Enfekte kadın sayısı az olduğundan anneden bebeğe geçiş sık değildir. Dolayısıyla çocuk olgu sayısı azdır. 1985'den buyana incelendiklerinden kan ve kan ürünleriyle bulaşma ihmal edilecek denli azdır. Türkiye de bu grupta yer almaktadır.

ÖRÜNTÜ II: Afrika ile Karayibler'in ve Güney Amerika'nın bazı bölgelerinde görülmektedir. AIDS olgularının en önemli bölümünü heteroseksüeller

oluşturmaktadır. Bazı kentsel bölgelerde 20-40 yaş grubunun %25'i, hayat kadınlarının ise %90'ı enfektedir. En önemli risk kaynakları hayat kadınları ile ilişkide bulunma, çok sayıda cinsel eşin olması ve cinsel yolla bulaşan ülseratif hastalık öyküsüdür. Afrika'daki AIDS olgularının %90'ı heteroseksüel ilişki yoluyla bulaşmıştır. Kadın/erkek oranı yaklaşık olarak 1/1'dir. Hastalığın anneden bebeğe bulaşma olasılığı yüksek olduğu için çocuk olgu sayısı fazladır. Gelişmekte olan ülkelerde kan transfüzyonu ve diğer parenteral yollarla bulaşma, hala önemli bir sorundur.

ÖRÜNTÜ III: Hastalığın yeni ortaya çıktığı bölgelerde görülür. Doğu Avrupa, Ortadoğu Ülkeleri, Kuzey Afrika, Asya ve Pasifik Adaları (Avustralya ve Yeni Zelanda) ve Güney Amerika'nın bazı kırsal bölgeleri gibi ülkelerde enfeksiyon genel olarak dış kaynaklıdır. En fazla risk altında olanlar hayat kadınları ve çok sayıda cinsel eşi olanlardır. Bu yerlerde AIDS olguları görece olarak daha azdır.

Latin Amerika ve Karayipler Örneği I-II arasında yer almaktadır. Başlangıçta homoseksüel erkeklerde ve IV ilaç kullananlarda sık görülürken heteroseksüel ilişki ile bulaşma artmaktadır.

2.1.5. BULAŞMA YOLLARI

HIV, rutin, gündelik toplumsal ilişkilerle geçiş göstermemektedir. Yalnızca cinsel ilişki ve kan ya da dokular bulaşma riski taşımaktadır. HIV'in kişiden kişiye cinsel ilişki ile geçtiğini, HIV bulaşlı IV iğnelerle, enjektörlerle, enfekte kan transfüzyonu ile geçtiğini gösteren epidemiyolojik kanıtlar bulunmaktadır.

AIDS görülme olasılığı yüksek olan risk gruplarının varlığı sözkonusudur;

*Korunmadan cinsel ilişkiye giren cinsel aktif kişiler

*IV ilaç kullananlar

*1985 Nisan'dan bu yana Hemofili nedeniyle ve kan transfüzyonu ile kan ve kan ürünlerini alanları

*Bu kişilerin cinsel eşleri ve çocukları

HIV enfeksiyonunun epidemiyolojisi, coğrafik bölgeler arasında farklılık göstermekle birlikte elde edilen veriler bulaşmanın yalnızca üç yolla olduğunu kanıtlamaktadır. HIV enfeksiyonunun geçiş yolları;

I - Cinsel İlişki :

Homoseksüel; erkekler arasında (kadından kadına bir olgu vardır) (29)

Heteroseksüel; erkekten kadına ve kadından erkeğe

Penil vajinal, penil anal, oral genital temas ile bulaş olmaktadır.

II - Kan Yoluyla :

Kan ve kan ürünü transfüzyonu

Organ yada doku transplantasyonu

IV uyuşturucu kullananların ortak enjektör kullanması

Sağlık personelinde; mukoza, açık yara, iğne batması yoluyla (Enfekte bir iğne batmasıyla HIV bulaşma riski % 0.3 dolayındadır) (30).

Steril olmayan iğne ile enjeksiyon

III - Perinatal :

Intrauterin

Doğum sırasında

Doğum sonrası dönemde emzirme ile kesin olarak kanıtlanmamıştır.

Veriler virusun anneden çocuğa yüksek oranda geçtiğini, cinsel eşler arasında belli bir oranda geçiş olduğunu, öpüşmek, kucaklaşmak dahil olmak üzere gündelik, sıradan ilişkilerde ise hiç bulaşma olmadığını desteklemektedir. Böcekler, yiyecek ya da su ile bulaştığına ilişkin herhangi bir kanıt yoktur. Tüm dünyada HIV enfeksiyonlarının % 95'i cinsel ilişki yoluyla bulaşmaktadır. Çok sayıda ülkede enfekte kadınlar arasında uyuşturucu alışkanlığı hastalığın bulaşmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Sağlam deriden geçmemektedir. Ancak endometrium, vajen, serviks, rektum, penil üretra dokularının geçirgenliği virusun vücuda girişine izin verebilmektedir. Menstrüel kanda, semende, feçeste, tükürükte, idrarda, gözyaşında, servikal ve vajinal sıvılarda da virus bulunmaktadır (15,31-33).

Heteroseksüel geçiş: Tüm dünyada HIV enfeksiyonu en fazla heteroseksüel yolla geçmektedir. DSÖ tarafından tahmin edilen 13 milyon HIV enfeksiyonunun yaklaşık %75'i heteroseksüel ilişki sonucunda gelişmiştir. Çeşitli çalışmalarda heteroseksüel çiftlerin tek bir ilişki sırasında HIV bulaş riski 1000'de 1'den 100'de 1'e dek değişiklik göstermektedir, ancak erkekten kadına bulaşma olasılığı, kadından erkeğe bulaşma olasılığından çok daha fazladır (21). Tayland'da yapılan bir araştırmaya göre HIV-1'in bir cinsel ilişki sırasında kadından erkeğe geçiş olasılığı iki ayrı modelle hesaplanmasında 0.031-0.056 bulunmuştur (20).

1988'den bu yana 20-29 yaş grubundaki kadınlarda heteroseksüel ilişki sonucu AIDS'e yakalanma oranındaki artış %97.7dir (21).

Yapılan bir çalışmada sünnet olan erkeklerde HIV enfeksiyonunun ortaya çıkma riskinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır(34). Bir başka araştırmada ise cinsel eşi sünnetsiz olan kadınlara HIV bulaşma riskinin üç kat fazla olduğu belirtilmektedir(35).

Anneden bebeğe geçiş: Sahraaltı Afrika'daki gebe kadınların %30'unda HIV enfeksiyonu vardır. Pek çok HIV ile enfekte kadın gebeliğini sürdürmekte ve %14-39 arasında bebek enfeksiyonu almaktadır(36). 13 yaş altındaki olgu grubu genelde hastalığı anneden bebeğe geçiş ile, transfüzyon ve Hemofili sağaltımı sırasında almaktadır. DSÖ tarafından çocuk AIDS olgularının %75'inin anneden enfeksiyonu aldıkları belirtilmektedir(15). Enfeksiyonun anneden bebeğe geçişi plasenta ile, doğum sırasında anne kanıyla temas ve emzirme sırasında olmaktadır. Anneden bebeğe HIV geçiş oranları %20 ile %45 arasında değişmektedir(15,37,38). Annenin seropozitif olması sezeryan endikasyonu değildir. Sezeryan seksiyon doğum sırasında enfeksiyonun geçişini engellememektedir(39). HIV ile enfekte annelerin %25-50'si virüsü bebeklerine doğumdan önce, doğum sırasında ya da sonrasında bulaştırmaktadırlar(15). Virüsün uterusunda ve doğum sırasında bulaşma riski yüksektir. Belirtilen annelerin bebekleri de virüsten etkilenir. Anne HIV antikoru plasentadan geçmekte ve 15 ay süreyle bebek kanında saptanabilmektedir. Enfekte olmayan bebekte de HIV antikoru varlığı saptanabilmektedir.

Anne sütünden HIV geçişi: Anne sütünden HIV geçişinin olabileceği 1985'te anlaşılmıştır. HIV enfeksiyonunun başlangıcı doğumdan sonra olan anneden bebeğine geçiş riski oldukça düşüktür. Anne çocuk doğmadan enfekte durumda ise risk daha yüksektir. DSÖ, 1987 yılından buyana HIV ile enfekte annelerin bebeklerini emzirmelerini özellikle önermektedir. Bu bebeklerin yetersiz yaşam koşullarına, bir de anne sütünün kesilmesi eklenirse beslenme bozukluğundan yitirmeleri kaçınılmazdır. Yapılan bir araştırmada emzirme ile perinatal HIV geçişinde %14 oranında artış olduğu belirtilmektedir(40).

2.1.6. KORUNMA YOLLARI

AIDS epidemisini kontrol etmenin tek yolu HIV enfeksiyonundan korunmadır. 1987'den buyana HIV enfeksiyonu ve AIDS'in yayılmasını önlemede önemli olanın daha güvenli seks alışkanlıklarını özendirici halk eğitimi ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrol edilmesi görüşü vurgulanmaktadır.

İlk AIDS olgularının tanısı konmadan çok önce virus topluma girdiği için oluşturulan programlar ve eğitim, tüm topluma yönelik olmalıdır. Cinsel olgunluğa yaklaşan adölesanlara; okulda, evde, kamu iletişim araçları aracılığı ile cinsellik ve üreme konuları içinde AIDS de öğretilmelidir. AIDS eğitimi var olan sağlık eğitimi programlarına katılmalı, yeni eğitim programları düzenlenmelidir. Cinsel açıdan aktif olan erişkinler, üniversiteler, işyerleri, gece klüpleri, tiyatro gibi topluma açık yerler aracılığı ile bilgilendirilmelidir(10).

Korunma Yolları:

1-Lateks kondom kullanımı

2-Enfekte kişilerle cinsel ilişkide bulunmaktan kaçınma (Cinsel eşin enfeksiyon durumunu ve/ya da risk grubunu bilmenin önemi çok büyüktür).

3-Karşılıklı olarak tek eşli ilişkinin sürdürülmesi (Cinsel eş sayısı arttıkça içlerinden birinin HIV enfeksiyonu taşıma olasılığı artar. Hayat kadınları ile ilişkide bulunmak bir risk faktörü olabilmektedir).

4-Enjektör iğneleri ya da diğer kesici aletlerin ortaklaşa kullanılmaması

5-Virusu almış olabilecek kadınlara gebe kalmadan önce test yapılması

6-Sifilis ve şankroid gibi diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrolü

7-AIDS hakkında bilgilendirme ile korkmadan korunmanın vurgulanması(10)

Kondom: Lateks kondomlar HIV'e karşı bir mekanik engel oluşturmakta ve spermisitler virusu in vitro koşullarda öldürebilmektedir. HIV enfeksiyonundan korunmada kondom kullanımı özendirilmelidir. Kondom vajinal, anal ya da oral olsun tüm cinsel ilişkilerde kullanılmalıdır. Hayat kadınları arasında yapılan bir çalışmada, kadınların üçte birinin kondomu vajinal seks için, %13'ünün anal seks için kullandıkları belirtilmektedir(41). Yapılan bir araştırmada en son cinsel ilişkisinde kondom kullananların, kondom kullanmayanlardan 2.4 kez daha fazla AIDS'den korunmakta olduğu belirlenmiştir(42). Femidom isimli kadın kondomu vajen içine yerleştirilen ve iki ucunda birer halka bulunan, kayganlaştırılmış poliüretan zar ise korunmada kadınlar için önerilen kondom türüdür(43). Nonoksinol-9 içeren bazı spermisidlerin HIV'i inaktive ettiği laboratuvar testleriyle saptanmaktadır. Ancak genital lezyon geliştirebilen etkileşimleri olduğundan önerilmemektedir.

Rahim İçi Araç (RIA): Pelvic Inflammatory Disease (PID) riskini arttırdığı için risk grubundaki kişilere ya da HIV ile enfekte kadınlara önerilmemektedir. Yapılan bir araştırmada, cinsel eşi HIV pozitif olan bir kadın doğum kontrol

yöntemi olarak RIA kullanmakta ise HIV enfeksiyonunu edinme hızı %40 olarak saptanmıştır(44). Bu sonuç RIA'nın bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir.

Oral Kontraseptifler (OK): HIV'in serviks salgısında artışını sağladığı görüşü vardır. Hap kullanımının, servikal ektropiyonları ve Klamidya trokomatis enfeksiyonu riskini arttırdığı, doğrudan immunosupresif etki ile HIV'e duyarlılığı fazlalaştırdığı düşünülmektedir. Yapılan bir kesitsel çalışmada OK kullanımı varlığında HIV'nin sekresyonlarda bulunduğu gösterilmektedir(45). Başka bir araştırmada servikal sekresyonlarda HIV varlığı OK kullananlarda kullanmayanlardan 12 kat fazla olarak saptanmaktadır(46).

2.1.7. AŞI GELİŞTİRİLMESİ

HIV'nin moleküler biyolojisi açıklanarak aşının geliştirilmesi yolunda önemli aşamalar kaydedilmektedir. Virusun yüksek mutasyon özelliği, değişkenliği ve hem serbest virus parçacıklarından hem de virus ile enfekte olan hücrelere karşı korunma zorunluluğu aşı gelişimini güçleştiren etmenlerdir. HIV suşlarının çok değişken yapısı nedeniyle aşının yapılması pratik değildir. Buna ek olarak virus hücreden hücreye yayıldığından aşı ile uyarılan humoral ya da hücresel immunitenin duyarlı hücrelerinin enfeksiyondan koruyuculuğu olası görünmemektedir(47). HIV'e karşı doğal konak immunitésinin invivo çalışmalarının da sürmekte olduğu yayınlarda yer almaktadır(48,49).

2.1.8. BULGULARI

Semptomların ilerleyişi dört aşamada gruplandırılabilir(10):

I- Başlangıç Enfeksiyonu: Çoğunlukla hiç belirti görülmez. Ancak bazı kişilerde enfeksiyonun alınışından 2-5 hafta sonra Enfeksiyöz mononükleozise benzeyen ateş yüksekliği, yorgunluk, kas ağrıları ile seyreden ve bir iki hafta süren bir viral sendrom izlenebilmektedir. Antikorlar genelde enfeksiyonun alınışından 12 hafta sonra saptanabilmektedir. Bununla birlikte bazı kişilerde antikorların ortaya çıkışı altı ay hatta daha uzun süre alabilmektedir. Bu dönem boyunca olguların ancak bir kısmı bulaştırıcıdır.

II- Asemptomatik Taşıyıcı Dönem: Enfekte kişilerin çoğu belirti vermemektedir. Ancak enfeksiyonu başkalarına bulaştırırlar. Bu kişilerin bağışıklık sistemlerinde bozulma, laboratuvar incelemeleriyle saptanabilir.

III- AIDS'e Bağlı Kompleks (AIDS Related Complex-ARC): Yaygın Lenfadenopati ile birlikte bazı hastalarda gece terlemeleri, ateş, cilt döküntüsü,

öksürük, diyare, kilo kaybı, yorgunluk, oral kandidiazis, bir yıldan uzun süren kronik vajinal kandidiazis, Herpes Zoster gibi nadir enfeksiyonlar ortaya çıkar. IV- AIDS ve AIDS'e Bağlı Diğer Durumlar

2.1.9. LABORATUVAR

Laboratuvar Tanısı: HIV'e karşı oluşan antikolar laboratuvar testleri ile saptanabilmektedir. Enfeksiyonun I. ve II. aşamalarında tanı yalnızca bu testlerle olasıdır. HIV'e karşı antikolar virus alındıktan ortalama 1-3 ay sonra gelişmektedir(17). Nadiren çok daha uzun bir dönem görülebilmektedir.

En sık kullanılan laboratuvar tarama testleri ELISA (Enzym Linked Immunosorbent Assay) ve yardımcı Western Blot ya da Immunoblot Testleri'dir. ABD'de Halk Sağlığı Servisi bir kişiyi ancak en az iki pozitif ELISA Testi ve Western Blot ya da Immunoflouresan Assay gibi doğrulayıcı bir test sonucunda seropozitif kabul etmektedir.

Ancak bu testler yeterli kaynak, eğitilmiş personel ve uygun koşulların sağlanamadığı çok sayıda gelişmekte olan ülkede kullanılmamaktadır. HIV ile duyarlı hale gelmiş hücre ya da partiküllerin kümeleşerek serumda HIV antikolarının varlığını gösteren aglütinasyon testleri geliştirilmiştir. HIV antijen sirkülasyonu ve Polymerase Chain Reaction (PCR) gibi testler virusun ilk alınışında da yararlı olabilmektedir. Yardımcı T lenfosit (T helper) sayısının değerlendirilmesi ise sağaltıma direnci göstermektedir.

Lenfopeni, hipergamaglobulinemi, p24 antijenemi, mitojen ve antijenlere karşı anerji, helper/supresor T lenfosit oranının tersine dönmesi ve T helper lenfositlerde azalma laboratuvar bulgularındandır. Sıklıkla klinik bulgulardan önde gelmektedir. Serum β 2 mikroglobulin, IgA ve idrar neoptein gibi nonspesifik testler tanı değeri taşıyabilmektedir.

HIV kültürü, nükleik asit probe, antijen saptama, elektron mikroskopu, PCR gibi virus varlığını doğrudan saptayan nonserolojik testler daha çok araştırma laboratuvarlarında yararlıdır. Klinik laboratuvarlarda kullanımları önerilmemektedir(50).

2.1.10. SAĞALTIMI

İnsan vücudunda uzun süre yaşayan HIV'un oluşturduğu enfeksiyonun sağaltım şekli yoktur. Ancak Zidovudin (AZT)'nin yaşam süresini uzattığı gösterilmiştir.

Antiviral ilaçlar ve immunstimulanlar üzerinde çalışılmaktadır. Tüberküloz, pnömosistis karini'nin profilaktik sağaltımı olabilmektedir. Influenza ve pnömokoksik pnömoni için aşı önerilmektedir (15). İlaç sağaltımı konusunda çalışmalar sürdürülmektedir.

2.1.11. AIDS'İN TOPLUMSAL BOYUTU

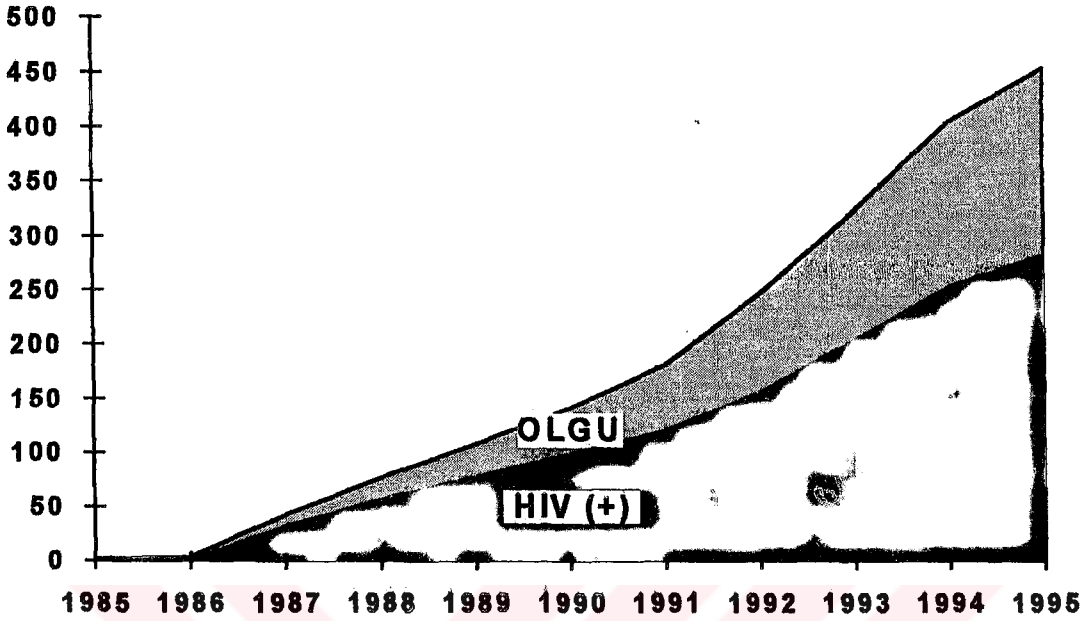
AIDS sosyal hastalıklar arasında en çok korkulan ve etkin bir sağaltımı olmadığı için insanların umarsız kalmasına yolaçan bir hastalıktır. Cinsel yolla bulaşma ve sağaltımının olmaması en belirgin özelliğidir. Bildirimi zorunlu olan sosyal bulaşıcı hastalıklardandır. Bulaşıcı hastalıkların çoğunluğunda etkin koruyucu yöntemler özellikle aşı ve sağaltım vardır. AIDS için tek korunma yöntemi bilgilendirme sonucunda doğru davranış kazanmadır. Cinsel ilişki sırasında kondom kullanmanın bilinip davranışa yansıtılması örnek olabilmektedir.

Turizm sektörü çalışanları en fazla heteroseksüel ilişki ile HIV bulaşma riski altındadır. Bu konuyla ilgili olarak araştırmalar yoktur ancak gözlemler ve yaşanan olaylar oldukça önem taşımaktadır. Örneğin Yat turizmi gibi özel turistik aktivitelerde ilişkiler değişik boyutlarda yaşanabilmektedir. Tatile gelen turistlerin her konuda olduğu gibi cinselliği de özgürce yaşama arzusu hatta seks turizmine katılması cinsel yolla bulaşan hastalıkların kolayca bulaşma gösterebileceğini göstermektedir. Turistik yörelerde çalışanlar ise yabancı kişilerle birlikte olma isteği, yurtdışına gitmenin çekiciliği içinde hiçbir sakınca duymadan cinsel ilişkide bulunabilmektedir. Alkol tüketiminin de oldukça arttığı bu birlikteliklerde ilk ilişkide kondom kullanımı olabilirken sonrakilerde kondom akla gelmemekte ve riskli ilişkilerin sayısı artmaktadır.

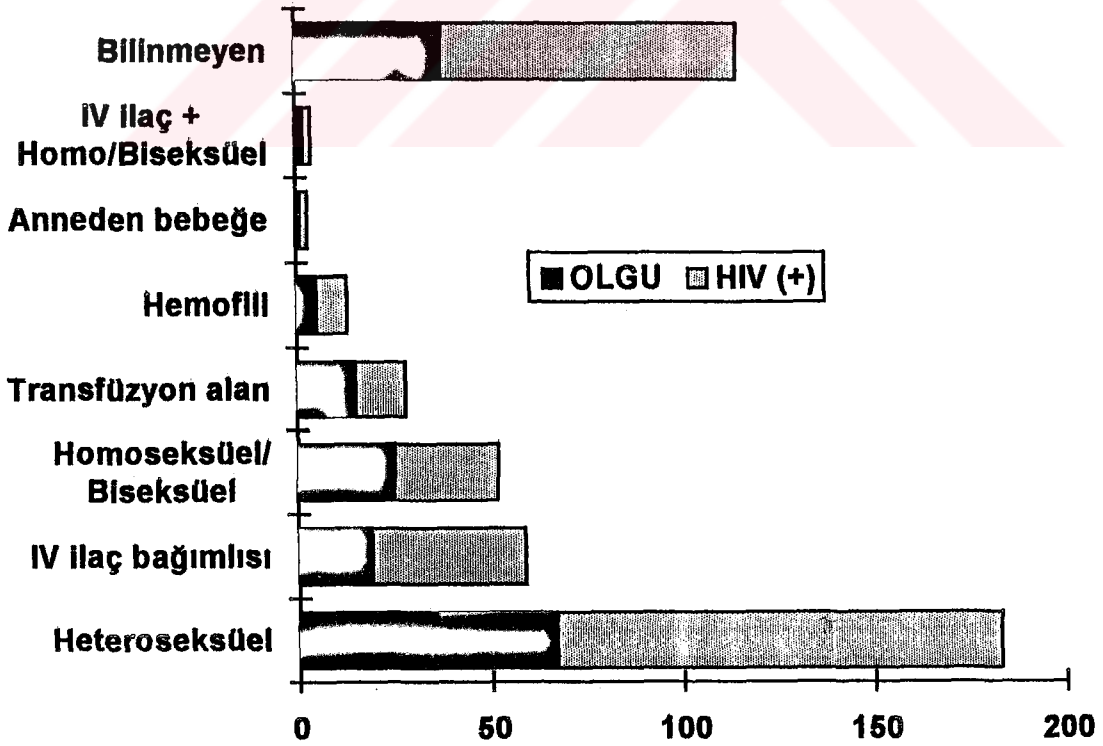
Hastalık ortaya çıktığında ya da HIV enfekte olduğu bilindiğinde ise o kişiye davranışlarda belirgin değişimler olmaktadır. Bu kişiler zaman zaman basın yayın yoluyla gündeme getirilmekte ve farklı yönleriyle AIDS'in çok korkunç ve tehlikeli bir hastalık olduğu vurgulanmaktadır. Korunmada kondomun önemi, günlük yaşam içinde bulaşma olmadığı gibi konuların bilgilendirilmesi ise kısır kalmaktadır.

2.1.12. TÜRKİYE'DE AIDS

30 Haziran 1995 tarihine dek T.C. Sağlık Bakanlığı kayıtlarına alınan verilere göre düzenlenmiştir(51);



Şekil 2.1. Türkiye'de AIDS Olguları ve HIV Seropozitiflerin yıllara göre dağılımı



Şekil 2.2. Türkiye'deki AIDS Olguları ve HIV Enfekte Kişilerin Risk Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 2.1. AIDS Olguları ve HIV Enfekte Kişilerin Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş grupları	Erkek	Kadın
0	1	0
1-4	1	1
5-9	1	2
10-14	3	0
15-19	7	2
20-24	46	10
25-29	73	16
30-34	83	20
35-39	44	10
40-49	43	14
50 ve üzeri	28	12
Bilinmeyen	28	12
Toplam	358	99

Türkiye'de AIDS olguları ve HIV seropozitiflerin genel özelliklerine bakıldığında; olgu ve HIV enfekte kişilerin giderek artış gösterdiği, en sık heteroseksüel ilişki ile bulaşın geçerli olduğu, kadın/erkek oranınının 0.27 olduğu, her iki cinste de 25-34 yaş grubunda sayının en fazla olduğu görülmektedir.

2.2. TURİZM ve KONAKLAMA İŞLETMELERİ

2.2.1. TURİZM

Turizm sözlük karşılığı olarak "bir yerin tarihi ve doğal güzelliklerini görmek, tanımak, eğlenmek ve dinlenmek için yapılan gezi" olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca bu tür geziler, yolculuklar düzenlemek için yapılan çalışmaların, başvuru yöntemlerinin tümü de turizm olarak tanımlanmaktadır. Teknik karşılığı olarak turizm "insanların sürekli kaldıkları yer dışına yaptıkları ve gittikleri yerdeki geçici konaklamaları sırasında tüm gereksinimlerini karşılamaya yönelik çabaların tümüdür"(52). Uluslararası Bilimsel Turizm Uzmanları Derneği turizm terimini "yabancıların sürekli yerleşime dönüşmeyecek ve kazanç getirici herhangi bir faaliyetle ilgili olmayacak biçimde yolculuk etmelerinden ve konaklamalarından dolayı ortaya çıkan olaylar ve ilişkilerin tümü" olarak tanımlamaktadır.

Turizm günümüzün en önemli kitle hareketini oluşturmaktadır. İnsana özgü bir olaydır. İnsanların edindikleri bir bulaşıcı hastalığın tanı fırsatı olmadan kuluçka dönemi içerisinde çok değişik yörelere ulaşmaları olasıdır. Dünyanın en büyük

tüketim olaylarından biridir. Sürekli ve ölçülebilir özelliği vardır. Bu nedenle birden fazla sektörün planlama ve hizmet sunumunu gerektirmektedir.

Turizm konusunda Türkiye sahip olduğu doğa, tarih, kültür zenginlikleri ile oldukça şanslı bir ülkedir.1990 yılında eğlence, gezi, ziyaret amacıyla Türkiye'ye 4,179,594 turist gelmiştir. Aynı yıl Türkiye'ye gelen toplam yabancı sayısı ise 5,397,748'dir(53). 1992'de ülkeye gelen yabancı sayısı 7,076,096'dır. 1991 yılından 1992'ye bu sayılarda %28.2'lik bir artış vardır(54). Turizm hareketinin sürekli ve dengeli bir ekonomik öge olabilmesi için sağlıkla ilgili faktörlerin de birlikte gelişmesi gerekmektedir. 1980'li yıllarda gezginci ishali başlığı altında turistlerde görülen bir ishal türünden sözedilmesinden başka turist sağlığı ve hekimliği klasik halk sağlığı kitaplarında uzun yıllar ayrı bir bölüm olarak ele alınmamıştır. Bunun yanında pek çok pandeminin nedenleri arasında ulaşımın hızlanması ve kolaylaşması başlıca neden olarak gösterilmiştir. Turist sağlığı, sağlığın her yönünde olduğu gibi birden fazla sayıda sektörün çabasını gerektirmektedir. Konuyla ilgili ilk sistemli çabalar "Italien Association for Tourist Medicine"nin kurulmasıyla başlamıştır. Walter Passini'nin yayınına göre, bu kurumun Rimini'deki merkezi 1988 yılı Aralık ayında turist sağlığı ve hekimliği ile ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği yapan merkez (WHO Collaborative Center) seçilmiştir(55).

2.2.2. KONAKLAMA İŞLETMESİ YÖNETİM ŞEMASI

Her konaklama işletmesinde bulunmayan ancak genelde uyulmaya çalışılan bir yönetim şeması aşağıda yer almaktadır(56).

Genel Müdür

Genel Müdür Yardımcısı

Sekreter

1- Yiyecek İçecek Müdürü

*Ziyafet Müdürü

*Başahçı (Kasap, Pasta Şefi, Şef Yardımcısı)

*Bulaşıkçılar

*Restoran ve içecek bölümü (Servis Şefi, Hostesler, Garsonlar, Komiler, Oda Servisi)

*İçecek Müdürü

*Depo Yetkilileri

2- Personel Müdürü (Yardımcıları, sekreter)

- 3- Kat Hizmetleri Müdürü (Oda temizleyicileri, Çamaşırhane görevlileri, Kayıp eşya sorumlusu, Oda dışındaki otelin diğer alanlarını temizleyiciler, Kuru temizleme çalışanları)
- 4- Ön Büro Müdürü (Ön büro müdür yardımcısı, Rezervasyon, Resepsiyon çalışanları, Posta ve danışma servisi, bavul taşıyıcılar)
- 5- Satış Müdürü (satış müdür yardımcısı, sekreter)
- 6- Baş Mühendis (Yardımcı mühendis, Boyacılar, Asansör tamircisi, Marangoz, Çilingir, Elektrikçi, Sıhhi tesisatçı)
- 7- Muhasebe Müdürü (Gece şefi, Gece resepsiyon çalışanları, Gece kasiyeri, ön büro kasiyeri, Satınalma Müdürü, Hesapları kontrol eden kişi)

2.2.3. TURİZM SEKTÖRÜNDE ÇALIŞANLARIN SAĞLIĞI

Turist sağlığı turizm çalışanlarının sağlığı ile ilgili konuları da içermektedir. Dünya Turizm Örgütü tarafından yapılan saptamalara göre bütün dünyada turizm sektöründe çalışan kişi sayısı, turist rehberleri, turizm işletmelerinde çalışanlar ve yöneticilerle seyahat acentalarında çalışanlar dahil olmak üzere 64 milyon dolayındadır(55,57). Turistlerle yakın ilişkisi olanlar, bulaşıcı bir hastalık taşıyıcısı durumunda bulunanlar bu hastalığı başkalarına yayabildikleri gibi aynı durumdaki turistlerden de alabilmektedir. Bu kişilerin sağlık eğitimi, iletişim olanaklarının artırılması, denetlenmesi başlıca amaçlar arasında olmalıdır gerektiği bu konuyla ilgili çalışmalarda belirtilmektedir(58). Turistlerle yakın ilişki içerisinde olmaları, yakınlık kurabilme olanaklarının olması, iletişim kolaylıkları gibi nedenler cinsel yolla bulaşan hastalıkları alma ve bulaştırma risklerini de arttırmaktadır. Bu kişiler bir çok bulaşıcı hastalığın hem kendi ülkelerinde hem de gelen turistler aracılığı ile diğer ülkelere yayılmasında önemli etken olmaktadır. Bir yayında vurgulandığı gibi, turistik işletmelerde ve kuruluşlarda çalışan kişilerin her kademedede sağlık eğitiminden geçirilmesi ve kendi sağlıklarını koruma sorumluluğunu almalarını sağlamak zorunluluğu vardır. Eğer bu sağlanamayacak olursa AIDS dahil bir çok hastalığa yakalanmaları olasılığı belirtilmektedir(59). Otelde konaklayan müşterilerle cinsel ilişki ile sonlanan yakınlaşmaların yaşandığı bir ortamda AIDS başta olmak üzere bir çok cinsel yolla bulaşan hastalığın ortaya çıkması kaçınılmaz gibidir. Turistik yörelerde çalışanlar özellikle heteroseksüel ilişki yolu ile AIDS'e yakalanma konusunda risk altında bulunmaktadır.

Turizm işletmelerinde çalışanlarda uzun süre çalışma, aşırı yorgunluk, aşırı alkol alımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi sorunların yanısıra, özellikle gece klüpleri ve diskoteklerde çalışanların sorunu olmak üzere gürültülü

ortamda çalışmanın neden olduğu sağlık sorunları da söz konusudur(60). Bu sektörde çalışanların meslek içi eğitim, yönetim, gelişmeleri ve yenilikleri izleme gibi gereksinimlerinin karşılanması zorunluluğu vardır. Bu gereksinimleri karşılamak üzere ve turizm sağlığı ile ilgili her alanda bilgi iletişimini sağlamak üzere uluslararası işbirliğine de gereksinim olduğu yayınlarda da belirtilmektedir(61).

Türkiye'de turizm sektöründe çalışanlarla ilgili yeterli veri yoktur. 1990 Şubat ayında "Manpower Analysis and the Hotel and Tourism Industry" adlı Turizm Bakanlığı'na United Nations Development Programme (UNDP) ile International Labour Organization (ILO)'ın teknik danışmanlığını yaptığı çalışma sonuçlarına göre otel sektöründe yatak başına 0.35 kişi düştüğü belirtilmektedir(62). Türkiye'de turizm sektöründe bir aylık dilimde ortalama 45,457 çalışan kişi bulunmaktadır(63).

2.2.4. KONAKLAMA İŞLETMELERİ HAKKINDA MEVZUAT

14 Ekim 1993 tarihli 21728 sayılı Resmi Gazete'de sayfa 6'dan itibaren yayınlanan Turizm Yatırım ve İşletmeleri Nitelikleri Yönetmeliği'nde Birinci Kısım'da Başlangıç Hükümleri yer almaktadır. Madde3.'te;

"Turizm işletmeleri: Türk ya da yabancı uyruklu, gerçek ya da tüzel kişilerce birlikte ya da ayrı ayrı gerçekleştirilen ve turizm sektöründe faaliyet gösteren ticari işletmelere,

Turizm işletmesi belgesi: Turizm sektöründe Yönetmelik'te nitelikleri belirtilen faaliyeti gösteren turizm işletmelerine Turizm Bakanlığı'nca verilen belgeye denmektedir."

Yönetmelikte Beşinci Kısım'da Asli Konaklama İşletmeleri bulunmaktadır:

"Birinci Bölüm: Oteller

Otellerin tanımı

Madde 60. Oteller asıl fonksiyonları müşterilerin geceleme gereksinimlerini sağlamak olan, bu hizmetin yanında, yeme-içme, eğlence gereksinimleri için yardımcı ve tamamlayıcı birimleri de bünyelerinde bulundurabilen işletmelerdir.

Sınıflandırma

Madde 61. Oteller, beş yıldızlı oteller, dört yıldızlı oteller, üç yıldızlı oteller, iki yıldızlı oteller ve bir yıldızlı oteller olarak sınıflandırılırlar."

En az 10 odasının olması gereken bir yıldızlı otellerden, oda ve diğer hizmet kapasitelerinin giderek artırıldığı beş yıldızlı otellere dek, otellerde bulunması gereken tüm nitelikler kanun ve yönetmelikte ayrıntılı olarak belirtilmektedir.

"Üçüncü Bölüm: Tatil Köyleri

Tatil Köylerinin tanımı

Madde 71. Tatil köyleri; doğal güzellikler içerisinde ya da arkeolojik değerler civarında kurulmuş, rahat bir konaklama yanında çeşitli spor, eğlence ve satış hizmetlerinin de sağlandığı dağınık yerleşme düzenindeki en fazla üç katlı yapılardan oluşan, en az 60 odalı konaklama tesisleridir."

Tatil köyü tesislerinde, doğal karakterin ve yöresel değerlerin korunmasına özen gösterilir. Serbest zamanların değerlendirilmesinde yardımcı tesislerin sağlanmasına ağırlık verilir.

Umumi Hıfzısıhha Kanunu Dördüncü Fasıl'da Hanlar, Oteller ve Umumi Mahaller başlığı altında Madde 258-261'de turizmin sağlık yönüne değinilmektedir.

Türkiye'den bazı veriler: Turizm Bakanlığı'nca verilen sınıflandırmaya göre 1990 yılında toplam 2,229 işyeri vardır. Bunların 1,667'si otel, 83'ü motel, 12'si tatil köyü, 467'si pansiyon vb.dir(63). 1992 yılında Turizm İşletme Belgesi verilen konaklama tesis sayısı 1,498'e, yatak sayısı ise 219,940'a yükselmiştir(64).

2.3. ÇALIŞMA BÖLGESİ TANITIMI

2.3.1. ÇEŞME

Çeşme Ege Bölgesi'nde, İzmir iline bağlı bir ilçedir. Batısında Sakız (Chios) Adası, kuzey doğusunda Urla ve Karaburun ilçeleriyle sınırlıdır. Yarımada üzerinde olduğundan üç tarafı Ege Denizi ile çevrilidir.

İzmir iline uzaklığı 80 km, yüzölçümü 260 km²'dir.1990 nüfus sayımına göre 20,600 olan nüfusu köyleriyle 29,460'a ulaşmaktadır. Kış nüfusu bu denli küçük olan ilçenin yaz nüfusu bundan birkaç kat fazla sayıya ulaşmaktadır. İlçe Merkez ve Alaçatı olarak iki yerleşim bölgesine ayrılmaktadır.

Kurulduğu dönemde Cysus adını taşıyan kasaba, İyonya'nın büyük şehri Erytra'nın (İldırı) bir iskelesiyken günümüze zengin tarihi, arkeolojik eserleriyle

ulaşmış, deniz, güneş, kum, tarihin kucaklaştığı çok şirin bir ilçe şekline bürünmüştür. Özellikle sağlık turizmi açısından önem taşıyan ılıcaları da barındıran ilçede Ilica, Şifne, V-Kamp bölgelerinde sıcak su kaynakları kullanıma sunulmaktadır.

Gelir kaynağının büyük bölümünü oluşturan turizme yönelik işletme ve kuruluşlar da Çeşme'de yer almaktadır. Tatil köyleri, oteller, moteller, pansiyonlarla turizme hizmet vermektedirler. Turizm Bakanlığı'nca belgelendirilenlerin dışında belediye tarafından denetlenen turistik işletmeler olduğundan kesin sayı vermek olası değildir. Turizm Bakanlığı'ndan İşletme Belgesi olan toplam 13 otel ve tatil köyü (1994) çalışmaktadır (65).



3- AMAÇ

1. Turizm sektörünün konaklama işletmeleri bölümünde çalışanların AIDS hakkındaki bilgi düzeylerinin ve bu konuyla ilgili tutumlarının belirlenmesi
2. AIDS konusundaki bilgi düzeyleri ve tutumlarını etkileyen faktörlerin saptanması
3. AIDS ile ilgili eğitim isteği ve gereksinimin belirlenmesi

4- YÖNTEM

4.1. Araştırmanın tipi: Araştırma kesitsel, analitik tiptedir.

4.2. Çalışma Evreni: İzmir iline bağlı Çeşme ilçesinde bulunan Turizm İşletme Belgeli tüm oteller ve tatil köyleri çalışma evrenidir.

4.3. Örneklem Grubu: Çeşme'deki tüm oteller ve tatil köyleri ile buralarda çalışan kişiler araştırma kapsamına alınmıştır.

4.4. Değişkenler:

Bağımsız Değişkenler :

Çalışanlar için;

Cinsiyet

Yaş

Medeni durum

Öğrenim durumu

Turizmle ilgili eğitim durumu

Otelde görevli olduğu bölüm

Görevi

Turizm sektöründe çalıştığı süre

Oteller için;

Otelin yıldız sayısı

Oteldeki toplam personel sayısı

Otelde görevli doktor varlığı

Doktorun çalışma süresi

Doktorun İşyeri Hekimliği ya da Turist Sağlığı ve Hekimliği Sertifikası varlığı

Otelde verilen sağlık eğitimi, konuları ve eğitimin kim tarafından verildiği

Bağımlı Değişkenler

AIDS bilgisi:

*Bilgi kaynağı

*AIDS'in önemli bir hastalık oluşunun bilinmesi

*Risk gruplarının belirtilmesi

Bulaşma yolu hakkında bilgi:

*Cinsel ilişki (Heteroseksüel, homoseksüel, anal, oral ilişki)

*Kan ve kan ürünleri

*Dikey (perinatal) geçiş ile bulaşma olduğunun bilinmesi.

Korunma yolu:

*Kondomlu cinsel ilişki

*AIDS hakkında yeterli bilginin olması

*Kan ve kan ürünlerinin test edilerek kullanılması ile korunmanın olacağıın bilinmesi.

AIDS ile bilgi alınacak kurumun bilinmesi.

AIDS ile ilgili eğitim isteğinin varlığı, eğitimin nerede ve kim tarafından verileceğinin belirtilmesi.

*Tutum saptamaya yönelik senaryolar

4.5. Hazırlık aşaması: Çalışanlara ve otellere yönelik anket formları hazırlandıktan sonra, veriler derlenmiştir (Ekler 1-2). Turist Sağlığı Derneği'nden konuyla ilgili öneriler alınmıştır. Turizm Bakanlığı ile yazışmalar sonrasında gerekli izin sağlanmıştır. Turizm Bakanlığı'nda kayıtlı olan konaklama işletmelerinin isimleri, yatak kapasiteleri, yıldız sayıları, adresleri de bu şekilde elde edilmiştir. İzmir İl Turizm Müdürlüğü ile görüşülmüş, İzmir iline bağlı Turistik işletmelerin ayrıntılı dökümü elde edilmiştir. Çeşme Tourism Information bürosu yetkililerinden Çeşme'de hizmet veren Turistik İşletme Belgesi olan konaklama işletmelerinin adresleri ve yıldız sayıları alınarak sağlıklı bir biçimde araştırma kapsamındaki otellere ulaşılmıştır. Turizm süreklilik ve değişimin oldukça yoğun olarak yaşandığı bir sektör olduğundan elde edilen konaklama işletme sayılarında farklılıklar gözlenmiştir. Araştırmaya Çeşme Tourism Information bürosundan elde edilen ve en çok işletmeyi kapsayan sayıda konaklama işletmesi alınmıştır. İzmir İl Turizm Müdürlüğü ve dolayısıyla Turizm Bakanlığı'nda kayıtlı olan konaklama işletme sayısı 13 iken Çeşme Tourism Information bürosundan elde edilen sayı ise 20'dir.

Konaklama işletmelerinde çalışan kişi sayısı konusunda ise sağlıklı bir veri elde edilememiştir. İzmir İl Çalışma Müdürlüğü yetkilileriyle görüşülmüş istenen verinin uzun kayıt araştırması gerektirdiği için ve yalnızca sigortalı kişilerin bu kayıtlarda yer alması nedeniyle gerçek sayı elde edilememiştir. Turizm Bakanlığı'nca öngörülen üç yatağa bir personel olacak şekilde, çalışan sayıları hesaplanmıştır. Bu sayı otellerin tam kapasite çalıştığı varsayılarak belirlenmiştir. Ayrıca sektörün belli dönemlerde çalışan gereksiniminin arttığı göz önüne alındığında aylık çalışan sayısında bile değişimler olması ve

dolayısıyla kayıtlarda uzun süre sabit kalabilecek sayının bulunamaması doğal olarak karşılanması gerektiği düşünülmüştür. Gerçek çalışan sayılarına konaklama tesisleriyle görüşüldükten sonra ulaşılabilmektedir.

20 konaklama tesisinde 992 çalışan sayısı kadar anket bırakılmış, 506 (%51.0) çalışandan anket doldurulmuş olarak geri alınmıştır. Boş anket formları da araştırmacının elinde toplanmıştır.

Ön Değerlendirme: Anket formunun işlerliğinin test edilmesi amacıyla 15 kişiden oluşan bir grup otel çalışanına ön test yapılmıştır. Metropolde yer alan beş yıldızlı, turistik bir otelde çalışanların bir bölümüne, anket formları kapalı zarflar içerisinde ve isim yazılmaması anımsatılarak uygulanmıştır. Bir kaç gün sonra anketleri geri almak ve düşünceleri öğrenmek için otele gidilip, anketlere yanıt verenlerle görüşülmüştür. Ön değerlendirme sonucunda bir sorunun işlemediği ve bir sorunun da yer değiştirmesi gerektiği kanısına varılmıştır. Çeşme'deki veri toplama zamanının özellikle hafta sonu olmayıp, hafta içi bir günün yeğlenmesi önerilmiştir. Hafta sonlarının tatil yöreleri için önemi göz önüne alındığında bu öneri doğrultusunda veri toplama için hafta içi bir gün yeğlenmiştir.

4.6. Veri toplama aşaması: Turizmin yoğun olarak yaşandığı ve sektörün en fazla çalışana sahip olduğu Haziran-Temmuz aylarında veri toplanmaya başlanmıştır. Çeşme'deki konaklama tesislerinde çalışanlara anketlerin uygulanabilmesi için biri dışında hepsi özel işletme olan otellerin yetkili kişileriyle görüşmeler yapılmıştır. Çalışan sayısının az olduğu oteller aile işletmesi ya da özel işletme şeklinde olduğundan otelin sahibi ile, büyük otel ve tatil köylerinde ise personel müdürleri ya da otel genel müdürleri ile, izin almak ve onlara çalışma konusunda bilgi vermek amacıyla yaklaşık 30'ar dakikalık görüşmeler yapılmıştır. Araştırmacı kendini tanıtip amaçlarını dile getirerek yetkililerden anketleri uygulamak ve derlemek konusunda izin ve yardım isteğinde bulunmuştur. Turizm Bakanlığı'nın onayını içeren yazı da gösterilerek araştırma için veri toplama izni alınmıştır.

Görüşülen yetkili kişiden öncelikle otel hakkında bilgi alınmış, çalışan sayıları belirlenmiştir. Katlanarak kapatılmış olan anket formları çalışan sayısı kadar, yetkili kişiye bırakılmıştır. Bir haftalık süre sonunda formları geri almak için randevu istenmiştir.

Bir tam çalışma gününde görüşmelerin tüme yakını tamamlanmıştır. Konaklama tesisleri birbirine yakın konumlarda yerleştiğinden zaman sorunu yaşanmamıştır. Ancak yetkili kişilerden bir kısmı ile görüşülememiş, randevu alınarak yeniden uygun bir zamanda gidilmiştir.

Özel sektör olan ve farklı bir çalışma özelliği taşıyan tesislerde çalışanlarla tek tek görüşme olanağı bulunmamıştır. Bu nedenle otelde görüşülen yetkilinin uygun gördüğü bir biçimde anketler çalışanlara ulaştırılıp, geri alınmaları sağlanmıştır. Çalışan sayısının az olduğu otellerde otel sahipleri ya da müdürleri tarafından tek tek çalışanlara formlar dağıtılmıştır. Büyük otel ve tatil köylerinde ise departman şefleri aracılığı ile formlar dağıtılabilmektedir. Puantörlük denen, çalışanların işe giriş yerlerine anketlerin bırakılması ile orada görevli bir kişi tarafından dağıtım şekli de uygulanmıştır. Anketlerin geri alınması küçük otellerde oldukça kolay olmuştur. Bir hafta sonrasında randevulara uygun olarak anketler geri alınmıştır. Büyük otellerde çalışan sayısının 65-250 arasında olması, vardiya şeklinde çalışılması, sezonun oldukça yoğun ve hareketli geçiyor olması nedeniyle anketlerin geri derlenmesinde oldukça önemli zorluk, sonuçta da gecikmeler yaşanmıştır. Bu nedenle veri toplama aşaması uzun süre almıştır.

4.7. Verilerin değerlendirilmesi: Anketlerle derlenen veriler kodlandıktan sonra *Epiinfo Version 5* adlı istatistik paket programında analiz edilerek tanımlayıcı ve çapraz tablolar hazırlanmıştır.

4.8. İstatistiksel Analizler: Kikare testi ile istatistiksel analizler yapılmıştır. Tutarlılık katsayısı Kappa hesaplanmıştır(66,67,68).

Kompozit indeks: Araştırmaya katılan grubun her doğru yanıt için ve işaretlemedikleri her doğru olmayan seçenek için aldıkları puanlara göre değerlendirme yapılmış ve her doğru yanıtta bir puan verilmiştir. Bazı yanıtlar özelliklerinden dolayı iki puan almıştır. AIDS'in cinsel yolla, homoseksüel ilişki ile, oral seksle ve anal sekle bulaşan bir hastalık oluşu, cinsel ilişki sırasında kondom kullanımı ile korunulacağı ve risk altında olan meslek grupları arasında turizm sektöründe çalışanların bulunduğu yanıtlara ikişer puan verilmiştir. Doğru olmayan seçeneği işaretlemeyenlere de birer puan verilmiştir. Örneğin; AIDS'in sivrisinekler ya da diğer böceklerden geçtiğini belirten seçeneği işaretlemeyen kişi bir puan almıştır.

Yeterlilik ölçütleri:

Ankette (Ek1) yer alan 10 numaralı AIDS hakkında bilgi sorusundan alınan puanlar;

Yetersiz=0-3 puan Yeterli=4-6 puan

11 numaralı AIDS'in bulaşma yolları konusundaki sorusundan alınan puanlar;

Yetersiz=0-11 puan Yeterli=12-24 puan

13 numaralı AIDS'den korunma yöntemleri sorusundan alınan puanlar;

Yetersiz=0-3 puan Yeterli=4-6 puan

14 numaralı AIDS'e yakalanma açısından risk altında olan kişiler ve meslek gruplarının belirtildiği sorudan alınan puanlar;

Yetersiz=0-3 puan Yeterli=4-6 puan

AIDS'le ilgili ankette yer alan sorulardan alınan puanların toplamı (Bu puanların içinde 12 numaralı sorudan alınan puanlar da yer almaktadır);

Yetersiz=0-23 puan Yeterli=24-48 puan

Tutarlılık değerlendirilmesi için kappa sayısı hesaplanmıştır.



5- BULGULAR

5.1. Konaklama İşletme Çalışanlarının Tanımlayıcı Bulguları:

Tablo 5.1. Araştırma kapsamındaki konaklama işletmelerinin yıldız sayıları ile kadın erkek çalışan sayısına göre dağılımı

yıldızı	Erkek Çalışan		Kadın Çalışan		Toplam	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
2	64	68.0	30	32.0	94	100.0
3	207	80.2	51	19.8	258	100.0
4	340	85.0	60	15.0	400	100.0
5	200	83.3	40	16.7	240	100.0
Toplam	811	81.7	181	18.3	992	100.0

Tablo 5.1'de görüldüğü gibi işletmelerde çalışanların %81.7'si erkektir. En fazla kadın %19.8 oranında üç yıldızlı işletmelerde yer almaktadır. Kadın/Erkek oranı 0.22'dir.

Araştırma kapsamındaki konaklama işletmelerinde çalışan kişi sayısı toplam 992 olduğu halde, ankete yanıt verenler 506 kişidir. Araştırmaya katılım oranı %51.0'dır.

Tablo 5.2. Araştırmaya katılan konaklama işletmelerinin yıldız sayıları ve çalışanların cinsiyete göre dağılımı

yıldızı	Erkek Çalışan		Kadın Çalışan		Toplam	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
2	55	73.3	20	26.7	75	100.0
3	217	85.4	37	14.6	254	100.0
4	97	80.8	23	19.2	120	100.0
5	44	77.1	13	22.9	57	100.0
Toplam	413	81.6	93	18.4	506	100.0

Tablo5.2'de, araştırma grubunun %81.6'sının erkek, %18.4'ünün kadın olduğu görülmektedir. Kadın/Erkek oranı 0.23'tür.

Araştırma kapsamına alınan işletmelerde çalışanların ve araştırma grubunun cinsiyetleri arasında farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 5.3. Araştırmaya katılan konaklama işletmesi çalışanlarının yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grupları	Sayı	%
12-24	268	53.0
25-34	149	29.4
35-66	89	17.6
Toplam	506	100.0

Tablo 5.3'te %53.0 oranında 12-24 yaş grubunda en fazla konaklama işletmesi çalışanı olduğu görülmektedir. 12 yaşında bir kişi olması yanında 15-24 yaş grubu en fazla orandadır. Ortalama yaş 26.2 ± 8.9 'dur.

Tablo 5.4. Araştırma grubunun medeni durumlarına göre dağılımı

Medeni durum	Sayı	%
Bekar	328	64.8
Evli	161	31.8
Dul	13	2.6
Yanıt yok	4	0.8
Toplam	506	100.0

Tablo 5.4'te araştırmaya katılan konaklama işletmesi çalışanlarının %64.8'inin bekar olduğu görülmektedir.

Tablo 5.5. Araştırma grubunun öğrenim durumlarına göre dağılımı

Öğrenim durumu	Sayı	%
Okur yazar değil	1	0.2
Okur yazar	10	2.0
İlkokul mezunu	123	24.3
Ortaokul mezunu	101	20.0
Lise mezunu	194	38.3
Yüksekokul mezunu	75	14.8
Yanıt vermeyenler	2	0.4
Toplam	506	100.0

Tablo 5.5'de konaklama işletmesi çalışanlarının %38.3'ünün lise mezunu, %24.3'ünün ise ilkokul mezunu olduğu gözlenmektedir. Yalnızca bir kişi (%0.2) okuma yazma bilmemektedir.

Tablo 5.6. Araştırma grubunun turizmle ilgili eğitim durumlarına göre dağılımı

Turizmle ilgili eğitim durumu	Sayı	%
Turizmle ilgili eğitimi yok	280	55.3
Turizm Meslek Kursu (TUREM veya özel kurs*)	74	14.6
Turizm Meslek Lisesi	42	8.3
Turizm Meslek Önlisans Programı	4	0.8
Turizm Meslek Yüksekokulu	23	4.5
Turizmle ilgili fakülte	28	5.5
Yanıt vermeyenler	55	10.9
Toplam	506	100.0

TUREM veya özel kurs* Milli Eğitim Bakanlığı, Turizm Bakanlığı ve özel kuruluşlar tarafından lise mezunu gençlerin turizm mesleğini öğrenmelerini amaçlayan, yedi ay süren ve her yıl düzenlenen kurslardır.

Araştırma grubunun %55.3'ünün turizmle ilgili herhangi bir eğitim almadığı Tablo 5.6'da görülmektedir.

Tablo 5.7. Araştırmaya katılanların görevli oldukları bölüme göre dağılımı

Bölüm	Sayı	%
Ön büro (Resepsiyon)	70	13.8
Yiyecek-içecek	182	36.0
Yönetim	78	15.4
Kat hizmetleri	91	18.0
Üniformalılar*	27	5.3
Plaj	10	2.0
Teknik servis, Genel hizmetler**	41	8.1
Yanıt yok	7	1.4
Toplam	506	100.0

Üniformalılar* Güvenlik görevlileri, bahçıvanlar bu grupta yer almaktadır.

Teknik servis, Genel hizmetler** Elektrik teknisyeni, şoförler bu gruptadır.

Tablo 5.7'de araştırma grubunun %36.0'ının yiyecek-içecek bölümünde çalışmakta olduğu görülmektedir.

Tablo 5.8. Araştırmaya katılan işletme çalışanlarının şu andaki görevlerine göre dağılımı

Görevi	Sayı	%
Kat, ütü, çamaşırhane	95	18.8
Resepsiyon	63	12.5
Plaj, bar, animasyon	41	8.1
Garson	73	14.4
Yönetici, muhasebe, teknik servis, kontrol servisi	86	17.0
Güvenlik, bahçıvan, ambar, satın alma	38	7.5
Belboy, şoför	21	4.2
Mutfak	79	15.6
Yanıt yok	10	2.0
Toplam	506	100.0

Tablo 5.8'de konaklama işletmesi çalışanlarının %18.8'inin kat hizmetleri, ütü, çamaşırhane gibi alanlarda görev yapmakta oldukları görülmektedir.

Tablo 5.9. Araştırmaya katılan işletme çalışanlarının turizm sektöründe çalıştıkları yıllara göre dağılımı

Çalışılan yıl	Sayı	%
1 yılın altı*	55	10.9
1-5 yıl	266	52.6
6-10 yıl	86	17.0
11 yıl ve üzeri	78	15.4
Yanıt vermeyenler	21	4.2
Toplam	506	100.0

*Çalışma süreleri 1 yılın altında olan grubun ortalama çalışma süresi 3.4 ± 2.3 aydır. En az dört gün, en fazla dokuz ay şeklinde değişmektedir.

Tablo 5.9'da, araştırma grubunun, %52.6 oranında bir ile beş yıl arasında turizm sektöründe çalıştıkları görülmektedir. En uzun çalışma süresi 27 yıldır.

5.2. Konaklama İşletmelerinin Tanımlayıcı Bulguları:

Araştırma kapsamına 20 konaklama işletmesi alınmıştır. İşletmelerin 9'unun (%45.0) yıldız sayısı ikidir. 7 (%35.0) işletmenin yıldız sayısı üç, 3 (%15.0) işletmenin yıldız sayısı dört ve 1 (%5.0) işletmenin yıldız sayısı beştir. Araştırmaya katılan tatil köylerine de yetkililerinin belirttikleri ve özellikleri göz önüne alınarak bir yıldız sayısı verilmiştir.

İşletmelerin 9'unda (%45.0) görevli bir doktor vardır. 11 (%55.0) işletmede ise görev almış bir doktor bulunmamaktadır. Doktoru olmayan işletmelerde sağlık sorunlarının özel doktorlar ya da sigorta hastanesi yoluyla çözümlendiği belirtilmektedir. İşletme doktorunun bulunmadığı süre içinde gelişen acil durumlarda telefonla doktora ulaşılmaya çalışıldığı, konaklayanlarla ilgili sağlık olaylarında ise yine bu doktorunun yardımcı olduğu belirtilmiştir. Doktorların işletmelerde bulunış süresi günde 2-4 saat arasındadır. Doktorların İşyeri Hekimliği Sertifikası vardır. Turist Sağlığı ve Hekimliği Sertifikası varlığı konusunda ise görüşülen yetkililerin bu konuda bilgisi olmadığı yanıtı alınmıştır.

Araştırmaya katılan işletmelerin 3'ü (%15) çalışanlarına düzenli olarak sağlık eğitimi vermektedir. 17 işletmede (%85.0) sağlık ile ilgili eğitim konusunda çalışma yoktur. Sağlık eğitimi, konaklama işletmesi sahibi, eğitim uzmanı, sağlık memuru ve doktor gibi farklı meslek gruplarınca yürütülmektedir. Hijyen, ilkyardım, mutfakla ilgili sağlık bilgileri gibi konularda eğitim programlarının düzenlendiği belirtilmiştir.

5.3. AIDS'le İlgili Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımlar:

Tablo 5.10. Araştırmaya katılanların AIDS bilgisine göre dağılımı

AIDS	Sayı	%
Öldürücü bir hastalıktır	462	91.3
Bir tür kanserdir	127	25.1
Aşı ile önlenilebilir bir hastalıktır	18	3.6
Bulaşıcı bir hastalıktır	379	74.9
Uzun süren ishal, kilo kaybı ve ağızda yara hastalığının ilk bulgularındandır	216	42.7
Korunma yöntemleri vardır	363	71.7

n:506

Tablo 5.10'da, %91.3 oranında AIDS'in öldürücü bir hastalık, %74.9 oranında ise bulaşıcı bir hastalık olduğunu bilenler yer almaktadır.

Tablo 5.11. Konaklama işletme çalışanlarının AIDS'in bulaşma yolları bilgilerine göre dağılımı

AIDS'in bulaşma yolları	Sayı	%
Tokalaşma ile	8	1.6
Öpüşme ile	180	35.6
AIDS'li hasta ile aynı odada bulunma	37	7.3
Bardak, tabak, havlu gibi eşyaları ortak kullanma	99	19.6
Cinsel ilişki sırasında	483	95.5
Öksürme sonucu havaya karışan mikropla	40	7.9
AIDS'li hastaya kullanılan enjektör iğnesinin batması ile	407	80.4
Hastanede yatarken damardan kan nakli ile	401	79.2
Ortak diş fırçası, traş bıçağı kullanılması ile	255	50.4
Berberde saç veya sakal traşı sırasında cildin kesilmesi ile	255	50.4
Sivrisinek ve diğer böceklerin ısırması ile	66	13.0
Tırnak bakımı (manikür, pedikür) sırasında	79	15.6
Dövme yaptırma sırasında	118	23.3
Oral (ağız yoluyla) seks ile	281	55.5
Anal (makad) seks ile	342	67.6
Homoseksüel (eşcinsel) ilişki sırasında	388	76.7
Anneden karnındaki bebeğine	250	49.4
Diş tedavisi sırasında	166	32.8
AIDS'li bir kişi ile aynı otobüs, taksi, uçak gibi taşıtlara binme ile	8	1.6
Damardan uyuşturucu kullananların aynı enjektörü kullanması ile	377	74.5

Tablo 5.11'de AIDS'in cinsel ilişki sırasında bulaşacağını belirtenlerin oranı %95.5 olarak görülmektedir. AIDS'li hastaya kullanılan enjektör iğnesinin batması ile bulaşma olacağını belirtenlerin oranı ise %80.4'tür.

Tablo 5.12. Araştırmaya katılanların AIDS'den korunma olanağına göre dağılımı

AIDS'den korunma olanağı	Sayı	%
Var	478	94.5
Yok	3	0.6
Bilmiyorum	25	4.9
Toplam	506	100.0

Tablo 5.12'de AIDS'den korunma yollarının olduğunu belirtenlerin oranının %94.5'e ulaştığı görülmektedir.

Tablo 5.13. Araştırmaya katılanların AIDS'den korunma yöntemleri bilgilerine göre dağılımı

Korunma yöntemleri	Sayı	%
AIDS aşısı olunursa	75	14.8
Cinsel ilişki sırasında prezervatif (kondom, kılıf) kullanılırsa	428	84.6
AIDS konusunda yeterli bilgi sahibi olunursa	356	70.4
Kan ve kan ürünlerinin AIDS testi yapılarak kullanılması	326	64.4
AIDS'li kişiye aşı yapılırsa	29	5.7

Cinsel ilişki sırasında prezervatif (kondom, kılıf) kullanılması ile AIDS'den korunulabileceğini belirtenlerin %84.6 oranında olduğu Tablo 5.13'te gözlenmektedir.

Tablo 5.14. Araştırmaya katılanların AIDS'e yakalanma açısından risk altında olan kişiler ve meslek grupları bilgilerine göre dağılımı

Risk altında olan kişiler ve meslek grupları	Sayı	%
Turizm sektöründekiler	72	14.2
Hayat kadınları	82	16.2
Homoseksüeller	33	6.5
Sağlık çalışanları	31	6.1
Turizmciler, sağlıkçılar, homoseksüeller	61	12.0
Turizmciler, sağlıkçılar, homoseksüeller ve hayat kadınları, Uyuşturucu kullananlar, kan hastalığı olanlar	50	9.9
Yanlış yanıt verenler*	177	35.0
Toplam	506	100.0

Yanlış yanıt verenler*: Bu gruptaki yanıtlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Turizm sektöründe çalışanların AIDS bulaşı konusunda risk altında bulduklarını belirtenlerin oranının %14.2 olduğu Tablo 5.14'te görülmektedir. Bu soruya mankenler, turistler, seyahat ile ilgilenen kuruluş çalışanları, herkes, striptizciler, ameliyat olanlar, sanatçılar, yaşları 20-35 arası olanlar, rehberler, hovardalar, lezbiyenler, berberler, Romen hayat kadınları, Rus kadınları gibi ilginç yanıtlar da alınmıştır.

Tablo 5.15. Araştırma grubunun AIDS'le ilgili bilgileri aldıkları kaynaklara göre dağılımı

AIDS'le ilgili bilgi	Sayı	%
TV, radyo, gazete vb.	458	90.5
Arkadaşlardan	190	37.5
Aileden	84	16.6
Okuldan	127	25.1
Toplantı yada seminerden	156	30.8
Konaklama işletmesi müdüründen	38	7.5
Bir müşteriden	23	4.5
Cinsel ilişkide bulunduğum bir müşteriden	31	6.1
Diğer*	42	8.3

Diğer*: Kişisel araştırmalar, tıbbi dergiler, kitaplar, din kitapları, Magic Johnson, doktorlar gibi değişik yanıtları içermektedir.

Tablo 5.15'te araştırma grubunun %90.5'inin AIDS'le ilgili bilgilerini TV, radyo, gazete gibi basın yayın organlarından edindikleri görülmektedir. Cinsel ilişkide bulunduğu bir müşteriden bilgi aldığını belirtenler ise %6.1'dir.

5.4. AIDS Konusundaki Tutumlara Göre Dağılımlar:

Tablo 5.16. Araştırma grubunun hazırlanan birinci senaryoda gösterdikleri tutumlara göre dağılımı

	Evet		Hayır		Belki		Yanıt yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Elele tutup dolaşırım	309	61.1	93	18.4	38	7.5	66	13.0
Sarılırım	249	49.2	104	20.6	44	8.7	109	21.5
Dokunurum	235	46.4	117	23.1	45	8.9	109	21.5
Öperim	207	40.9	156	30.8	35	6.9	108	21.3
Oral seks yaparım	63	12.5	264	52.2	32	6.3	147	29.1
Cinsel ilişki kurarım	135	26.7	218	43.1	17	3.4	151	29.8
Anal seks yaparım	51	10.1	287	56.7	17	3.4	151	29.8

n:506

Birinci senaryo: Konaklama işletmesinde tatil yapan bir turistle arkadaş oldunuz. Arkadaşlığınız yavaş yavaş ilerledi. Birbirinizden çok hoşlandınız. Birkaç gece birlikte gezip eğlendiniz. Cinsel yönden de birbirinizi etkilemeniz sonucu gelişebilecek, aşağıdaki durumlara karşı yaklaşımınız ne olurdu? Size uygun gelen seçenekleri belirtiniz.

Tablo 5.16'da %61.1 oranında elele tutup dolaşma isteği varken cinsel ilişkinin %26.7 oranında olabileceği belirtilmektedir.

Tablo 5.17. Araştırma grubunun hazırlanan ikinci senaryo için gösterdikleri tutumlara göre dağılımı

AIDS'li turist geldiğinde	Sayı	%
Tutumumda değişiklik olmazdı	176	34.8
Ona servis yaparken dikkat ederdim	85	16.8
Konaklama işletmesine kabul edilmesine karşı çıkardım	66	13.0
Tutumumda değişiklik olmazdı ve yanına yaklaşmamaya çalışırdım	46	9.1
Konaklama işletmesine kabul edilmesine karşı çıkardım ve ona servis yaparken dikkat ederdim	45	8.9
Odasına girmezdim	18	3.6
Yanıt vermeyenler	45	8.9
Diğer*	25	4.9
Toplam	506	100.0

*Diğer**: Bu grupta 15 kişi bu turistle cinsel ilişkiden kaçınacağını belirtmektedir. Seks yaparken kondom kullanacağını, bu kişiye sevecen davranacağını, yetkili birine durumu bildireceğini, sağlık kurumuna başvuracağını, polise bildireceğini belirtenler de vardır.

İkinci senaryo: Yurtdışından gelen bir grup turisti konaklama işletmenizde konuk etmektesiniz. Güzel, keyifli bir tatil geçirmeyi isteyen turistler konaklama işletmesindeki sıcak ortamdaki memnun görünmekte. Bir gün turistlerden birisinin AIDS'li olduğunu öğrendiniz. Böyle bir durumda tutumunuz ne olurdu? Size uygun gelen seçenekleri belirtiniz.

Tablo 5.17'de %34.8 oranında AIDS'li kişiye karşı tutumlarında herhangi bir değişiklik olmayacağı, bu kişiye de diğer müşterilere gösterdikleri ilgi ve hizmeti sunacaklarını belirtilmektedir.

Tablo 5.18. AIDS'li olduğu söylenen bu turistin kullandığı eşyaların temizlenmesi konusunda tutumlarına göre dağılım

AIDS'li turistin eşyalarını	Sayı	%
AIDS'li turistin eşyalarını ayrı tutar, klorlu suyla temizlenmesini sağladım	273	54.0
Diğer müşterilerin kullandığı eşyalarla birlikte temizlerdim	65	12.8
Bu eşyalara dokunmazdım	46	9.1
AIDS'li turistin eşyalarını ayrı tutar, klorlu suyla temizlenmesini sağladım ve bu eşyalara dokunmazdım	42	8.3
Yanıt vermeyenler	62	12.3
Diğer*	18	3.6
Toplam	506	100.0

Diğer*: Bu grupta en ilginç görüş şöyledir: "Allah cc. haddi aşan insanları ve milletleri çeşitli musibetlerle cezalandırır. İnsanlar tarihinde ilk kez homoseksüel ilişki yapan Lut kavmini Allah cc. yerin dibine geçirmiştir. Günümüzde de bu suçu işleyen insanlara da Allah cc. AIDS mikrobunu musallat kılmıştır. Çünkü Allah haddi aşan insanları sevmez." Yine bu grupta AIDS'li turistin iç çamaşırlarını yaktıracağını, bu konuda bilgisi olmadığını, 700 derecede otoklavda fırına koyacağını, eşyalarını yakacağını belirtenler de yer almaktadır.

Tablo 5.18'de AIDS'li turistin eşyalarını ayrı tutup, klorlu suyla temizlenmesini sağlayacağını belirtenlerin oranının %54.0 olduğu görülmektedir.

Tablo 5.19. Hazırlanan üçüncü senaryoya verilen yanıtlara göre dağılım

	Evet		Hayır		Belki		Yanıt yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Elele tutup dolaşırım	212	41.9	156	30.8	48	9.5	90	17.8
Sarılım	171	33.8	169	33.4	38	7.5	128	25.3
Dokunurum	156	30.8	185	36.6	43	8.5	122	24.1
Öperim	66	13.0	261	51.6	38	7.5	141	27.9
Oral seks yaparım	20	4.0	323	63.8	12	2.4	151	29.8
Cinsel ilişki kurarım	26	5.1	321	63.4	16	3.2	143	28.3
Anal seks yaparım	13	2.6	332	65.6	9	1.8	152	30.0

Üçüncü senaryo: AIDS'li olduğu söylenen bu turistle aranızda bir süre sonra bir arkadaşlık gelişse, daha fazla birlikte olmak için birbirinize zaman ayırırsanız, bu arada biraz daha yakınlaşıp cinsel yönden etkilenmeye başlarsanız; aşağıdaki durumlarda ne yapardınız? Size uygun gelen seçenekleri belirtiniz.

Tablo 5.19'da görüldüğü gibi AIDS'li olduğunu bildiği kişiyle elele tutup dolaşanlar %41.9 oranında iken cinsel ilişki kurabileceğini belirtenlerin oranı ise %5.1'dir

Tablo 5.20. Cinsel ilişki kurduğu kişinin AIDS'li olduğunu öğrendiğindeki tutumuna göre dağılım

	Sayı	%
Hiçbir şey yapmazdım	2	0.4
En yakın sağlık kuruluşuna başvurur, kan tahlili yaptırırdım ve hemen arkadaşşıma danışırırdım	438	86.5
Yanıt yok	53	10.5
Diğer*	13	2.6
Toplam	506	100.0

Diğer*: Bu grupta ölümü bekleyeceğini, o kişiyi öldüreacağını, son günlerini en iyi şekilde geçireceğini, bir daha kimseyle ilişki kurmayacağını belirtenler yanında bu soruyla araştırmacının kendisini bu olaya teşvik ettiğini, Allah'dan korkan kişinin bu işlerle uğraşmayacağını belirtenler de vardır.

Tablo 5.20'de en yakın sağlık kuruluşuna başvurup, kan tahlili yaptıracığını belirtenlerin oranı %86.5 olarak gözlenmektedir.

Tablo 5.21. AIDS ile ilgili bilgi alınabilecek kurum varlığına göre dağılım

AIDS'le ilgili kurum	Sayı	%
Var	261	51.6
Yok	73	14.4
Bilmiyorum	121	23.9
Yanıt yok	51	10.1
Toplam	506	100.0

Tablo 5.21'de AIDS ile ilgili bilgi alınabilecek bir kurum olduğunu belirtenler %51.6 oranındadır.

Tablo 5.22.Araştırmaya katılanların AIDS ile ilgili bildikleri kurum isimlerine göre dağılımı

AIDS'le ilgili kurum isimleri	Sayı	%
Sağlık Ocağı, doktor, Sağlık Bakanlığı, SSK, hastane, üniversite	303	40.1
AIDS'le Mücadele Derneği veya AIDS'le Savaşım Derneği	15	3.0
AIDS Araştırma Merkezi, AIDS'lileri Koruma Derneği	9	1.8
TV, radyo, okul, Kuran'ı kerim vb.	7	1.4
Yanıt vermeyenler	272	53.8
Toplam	506	100.0

%40.1 oranında AIDS hakkında bilgi alınabilecek kurum adı olarak Sağlık kurumlarının belirtildiği Tablo 5.22'de görülmektedir. AIDS'le Mücadele Derneği veya AIDS'le Savaşım Derneği'nin adını %3.0 oranında bilen vardır. Bu soruya yanıt vermeyenlerin oranı %53.8'dir.

5.5. AIDS ve Eğitim:

Tablo 5.23. AIDS'le ilgili eğitim isteklerine göre dağılım

AIDS'le ilgili eğitim	Sayı	%
Verilsin	459	90.7
Verilmesin	6	1.2
Fikrim yok	12	2.4
Yanıt vermeyenler	29	5.7
Toplam	506	100.0

Tablo 5.23'te %90.7 oranında AIDS ile ilgili eğitim verilmesinin istendiği görülmektedir.

Tablo 5.24. Eğitimi nerede almak istediklerine göre dağılım

AIDS'le ilgili eğitimin alınmak istendiği yerler	Sayı	%
Çalıştığım konaklama işletmesinde, bir turizm işletmesinde	201	39.7
Hastane, Sağlık Ocağı gibi sağlık kuruluşunda	150	29.6
Çalıştığım konaklama işletmesinde ve hastane, Sağlık Ocağı gibi kuruluşlarda	79	15.6
Yanıt vermeyenler	49	9.7
Diğer*	27	5.3
Toplam	506	100.0

Diğer* Basın, TV, okullar, seminerler, kitapçık ya da broşürlerden eğitim alabileceğini belirtenler yanında, bir kişi yatakta bu eğitimi almak istediğini belirtmektedir.

Tablo 5.24'te %39.7 oranında çalışanın görev yaptığı konaklama işletmesinde ya da bir turizm işletmesinde eğitim almak istediği gözlenmektedir.

Tablo 5.25. AIDS'le ilgili eğitimi kimin vereceğine göre dağılım

AIDS'le ilgili eğitimin verilmesi istenen kişiler	Sayı	%
Konaklama işletmesi yöneticisi, Turizm Bakanlığı çalışanı	37	7.3
Konaklama işletmesi doktoru, Turizm Bakanlığı çalışanı	96	19.0
Sağlık kuruluşu görevlisi, konaklama işletmesi doktoru	302	59.7
Sağlık kuruluşu görevlisi bir kişi, Turizm Bakanlığı çalışanı	25	5.0
Yanıt vermeyenler	35	6.9
Diğer*	11	2.2
Toplam	506	100.0

Diğer*: Uzman bir kişi, bu olayı yaşamış birisi, TV, basın yoluyla, öğretmenler gibi yanıtlar bu grupta yer almaktadır.

Tablo 5.25'te %59.7 oranında bir sağlıkçının AIDS eğitimini vermesinin istendiği görülmektedir.

5.6. AIDS Konusunda Bilgi Puanlarına Göre Tablolar:

Tablo 5.26. Araştırma grubunun AIDS ile ilgili aldıkları puanlara göre dağılımı

Bilgi puanı	Yeterli		Yetersiz	
	Sayı	%	Sayı	%
AIDS bilgisi	413	81.6	93	18.4
Bulaşma yolları bilgisi	435	86.0	71	14.0
Korunma yöntemi bilgisi	428	84.6	78	15.4
Riskli grup bilgisi	32	6.3	474	93.7
AIDS'le ilgili toplam puan	434	85.8	72	14.2

n:506

Tablo 5.26'da AIDS'e yakalanma açısından risk altında olan kişi ve meslek grubu hakkında %93.7 ile yetersiz bilgi düzeyi olduğu izlenmekte iken, AIDS'in bulaşma yolları hakkında bilgi düzeyinin %86.0 oranında yeterli olduğu gözlenmektedir.

Tablo 5.27. Araştırma grubunun cinsiyet ile AIDS hakkında bilgi düzeyi ilişkisi

Bilgi düzeyi	Cinsiyet		χ^2 (SD:1)	p
	Erkek	Kadın		
	Yeterli %	Yeterli %		
AIDS bilgisi	81.6	81.7	0.01	0.903
Bulaşma yolları bilgisi	84.8	91.4	2.26	0.132
Korunma yöntemi bilgisi	81.3	86.0	0.07	0.790
Riskli grup bilgisi	6.0	7.6	0.14	0.705
AIDS'le ilgili toplam puan	85.5	87.0	0.06	0.809

n:506

Riskli grup bilgisi ile ilgili soru diğer sorularda olduğu gibi seçeneklerden işaretleme şeklinde değil, boşluğu doldurma şeklinde düzenlenmiştir.

Tablo 5.27'de görüldüğü gibi erkek ve kadın çalışanlar arasında bilgi düzeylerinin yeterliliği konusunda istatistiksel olarak bir farklılık yoktur.

Tablo 5.28. Araştırma grubunun yaş grupları ile AIDS hakkında bilgi düzeyi ilişkisi

Bilgi düzeyi	Yaş grupları			Eğimde χ^2 (SD:1)	p
	12-24	25-34	35-66		
	yaş	yaş	yaş		
	Yeterli %	Yeterli %	Yeterli %		
AIDS bilgisi	83.6	79.9	78.7	1.41	0.234
Bulaşma yolları bilgisi	88.4	83.3	83.2	2.34	0.125
Korunma yöntemi bilgisi	87.3	85.2	75.3	6.33	0.011
Riskli grup bilgisi	6.0	6.0	7.9	0.30	0.578
AIDS'le ilgili toplam puan	89.2	85.2	76.5	8.49	0.003

Tablo 5.28'de görüldüğü gibi, yaş grubuna göre AIDS konusunda bilgi düzeyi yeterliliklerine bakıldığında korunma yöntem bilgisi ve alınan toplam puan arasında anlamlı bir farklılık vardır. Yaş arttıkça bilgi düzeyi azalmaktadır.

Tablo 5.29. Araştırma grubunun medeni durumları ile AIDS hakkında bilgi düzeyi ilişkisi

Bilgi düzeyi	Medeni durum		χ^2 (SD:1)	p
	Bekar	Evli ve dul		
	Yeterli %	Yeterli %		
AIDS bilgisi	84.2	77.0	3.40	0.650
Bulaşma yolları bilgisi	87.2	83.4	1.10	0.295
Korunma yöntemi bilgisi	87.5	78.8	6.00	0.014
Riskli grup bilgisi	6.7	5.0	0.24	0.627
AIDS'le ilgili toplam puan	89.0	79.0	7.96	0.004

Not: Yanıt vermeyen 4 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır. n:502

Bekar çalışanlar ile evli ve dul çalışanlar arasında AIDS'den korunma yöntemleri bilgisi ve AIDS'le ilgili toplam bilgi düzeyinin yeterliliği konusunda anlamlı bir fark olduğu Tablo 5.29'da görülmektedir. İstatistiksel farklılık, bekar grupta yeterliliğin daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 5.30. Araştırmaya katılan konaklama tesis çalışanlarının turizm sektöründe çalıştıkları süre ile AIDS hakkında bilgi düzeyi ilişkisi

Bilgi düzeyi	Turizm sektöründe çalışma süresi		χ^2 (SD:1)	p
	5 yıl ve altı	5 yıl üzeri		
	Yeterli %	Yeterli %		
AIDS bilgisi	81.6	83.0	0.05	0.818
Bulaşma yolları bilgisi	86.6	86.0	0.00	0.959
Korunma yöntemi bilgisi	83.4	87.8	1.26	0.261
Riskli grup bilgisi	5.2	9.1	2.02	0.154
AIDS'le ilgili toplam puan	85.0	87.8	0.48	0.490

Not: Yanıt vermeyen 21 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır. n:485

Tablo 5.30'da araştırmaya katılan konaklama tesis çalışanlarının turizm sektöründe çalıştıkları süre ile AIDS hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasında anlamlı bir farklılık olmadığı izlenmektedir.

Tablo 5.31. Araştırmaya katılan otel çalışanlarının eğitim durumları ile AIDS hakkında bilgi düzeyi ilişkisi

Bilgi düzeyi	Eğitim durumu		χ^2 (SD:1)	p
	Ortaokul ve altı	Ortaokul üzeri		
	Yeterli %	Yeterli %		
AIDS bilgisi	75.4	87.0	10.59	0.001
Bulaşma yolları bilgisi	79.0	92.0	16.77	0.000
Korunma yöntemi bilgisi	76.6	91.5	20.04	0.000
Riskli grup bilgisi	2.6	9.7	9.51	0.002
AIDS'le ilgili toplam puan	79.6	91.5	13.65	0.000

Not: Yanıt vermeyen 2 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır. n:504

Eğitim durumu Ortaokul ve altı düzeyinde olanlar ile Ortaokul üzeri olanlar arasında AIDS'le ilgili bütün konularda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunduğu Tablo 5.31'de gözlenmektedir. En büyük farklılık korunma yöntemi bilgisi konusunda Ortaokul ve altı eğitim düzeyindeki çalışanların yetersizliğinin fazla olduğundan kaynaklanmaktadır.

Tablo 5.32. Araştırmaya katılan otel çalışanlarının turizmle ilgili eğitim durumları ile AIDS hakkında bilgi düzeyi ilişkisi

Bilgi düzeyi	Turizmle ilgili eğitim		χ^2 (SD:1)	p
	Var	Yok		
	Yeterli %	Yeterli %		
AIDS bilgisi	80.2	86.1	0.02	0.887
Bulaşma yolları bilgisi	90.7	84.3	3.19	0.074
Korunma yöntemi bilgisi	88.3	85.7	0.41	0.520
Riskli grup bilgisi	9.4	5.4	2.07	0.150
AIDS'le ilgili toplam puan	89.5	86.5	0.65	0.421

Not: Yanıt vermeyen 55 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır. n:451

Araştırma grubunun turizmle ilgili eğitim durumlarının bilgi düzeyleri konusunda istatistiksel olarak bir farklılık yaratmadığı Tablo 5.32'de görülmektedir.

5.7. Tutumlara Göre Karşılaştırmalı Tablolar:

Tablo 5.33. Otelde konaklayan bir turistle elele dolaşanlar ile AIDS'li olduğu bilinen bir turistle elele dolaşanların ilişkisi

AIDS'li ile elele dolaşma

		Evet		Hayır		Belki		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Elele dolaşma	Evet	191	68.9	63	22.7	23	8.4	277	100.0
	Hayır	7	8.1	76	88.3	3	3.6	86	100.0
	Belki	4	12.1	9	27.2	20	60.7	33	100.0
	Toplam	202	51.0	148	37.3	46	11.7	396	100.0

Tutarlılık: %73 Kappa: %49

Not: Yanıt vermeyen 110 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Tablo 5.33'e göre tutarlılık katsayısı Kappa %49'dur.

Tablo 5.34. Otelde konaklayan bir turiste sarılanlar ile AIDS'li olduğu bilinen bir turiste sarılanların ilişkisi

S AIDS'liye sarılma

		Evet		Hayır		Belki		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
S a r ı l m a	Evet	154	69.3	52	23.4	16	7.3	222	100.0
	Hayır	7	7.3	86	90.5	2	2.2	95	100.0
	Belki	3	7.8	17	44.7	18	47.5	38	100.0
	Toplam	164	46.1	155	43.6	36	10.3	355	100.0

Tutarlılık: %72 Kappa: %53

Not: Yanıt vermeyen 151 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Tablo 5.34'teki tutumlara göre hesaplanan tutarlılık katsayısı Kappa %53'dür.

Tablo 5.35. Otelde konaklayan bir turiste dokunanlar ve AIDS'li olduğu bilinen bir turiste dokunanların tutarlılığı

AIDS'liye dokunma

D o k u n a		Evet		Hayır		Belki		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
	Evet	136	62.6	62	28.5	19	8.9	217	100.0
	Hayır	9	8.4	97	90.7	1	0.9	107	100.0
	Belki	5	1.2	14	35.0	21	63.8	40	100.0
	Toplam	150	41.2	173	47.5	41	11.3	364	100.0

Tutarlılık: %70 Kappa: %50

Not: Yanıt vermeyen 142 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Tablo 5.35'te hesaplanan Kappa tutarlılık sayısının %50 olduğu görülmektedir.

Tablo 5.36. Otelde konaklayan bir turisti öpenler ile AIDS'li olduğu bilinen bir turisti öpenlerin ilişkisi

AIDS'liyi öpme

Ö p m e		Evet		Hayır		Belki		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
	Evet	59	33.7	97	55.4	19	10.9	175	100.0
	Hayır	3	2.1	135	96.4	2	1.5	140	100.0
	Belki	1	3.3	13	43.3	16	53.4	30	100.0
	Toplam	63	18.2	245	71.0	37	10.8	345	100.0

Tutarlılık: %60 Kappa: %35

Not: Yanıt vermeyen 161 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Tablo 5.36'da tutarlılık katsayısı Kappa %35 olarak bulunmuştur.

Tablo 5.37. Otelde konaklayan bir turistle oral seks yapanlar ve AIDS'li olduğu bilinen bir turistle oral seks yapanlara göre dağılım

ADS'li ile oral seks

O r a l s e k s		Evet		Hayır		Belki		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
	Evet	16	29.0	36	65.4	3	5.6	55	100.0
	Hayır	3	1.3	232	98.3	1	0.4	236	100.0
	Belki	0	0.0	23	76.6	7	23.4	30	100.0
	Toplam	19	5.9	291	90.6	11	3.5	321	100.0

Tutarlılık: %79 Kappa: %36

Not: Yanıt vermeyen 185 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Tablo 5.37'ye göre hesaplanan tutarlılık katsayısı Kappa %36'dır.

Tablo 5.38. Otelde konaklayan bir turistle cinsel ilişki kuranlar ve AIDS'li olduğu bilinen bir turistle cinsel ilişki kuranlara göre dağılım

AIDS'li ile cinsel ilişki

		Evet		Hayır		Belki		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsel ilişki	Evet	21	18.4	88	77.1	5	4.5	114	100.0
	Hayır	1	0.5	187	99.0	1	0.5	189	100.0
	Belki	1	2.4	30	73.1	10	24.5	41	100.0
	Toplam	23	6.7	305	88.6	16	4.7	344	100.0

Tutarlılık: %63 Kappa: %24

Not: Yanıt vermeyen 162 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Tablo 5.38'e göre, otel çalışanlarının herhangi bir turiste olan cinsel ilişki konusundaki tutumu ile AIDS'li olduğunu bildiği turiste karşı tutumunda tutarlılık sayısı Kappa %24 bulunmuştur.

Tablo 5.39. Otelde konaklayan bir turistle anal seks yapanlar ve AIDS'li olduğu bilinen bir turistle anal seks yapanların ilişkisi

AIDS'li ile anal ilişki

		Evet		Hayır		Belki		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anal ilişki	Evet	12	26.6	33	73.4	0	0.0	45	100.0
	Hayır	1	0.4	255	98.8	2	0.8	258	100.0
	Belki	0	0.0	10	62.5	6	37.5	16	100.0
	Toplam	13	4.0	298	93.4	8	2.6	319	100.0

Tutarlılık: %85 Kappa: %39

Not: Yanıt vermeyen 187 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Tablo 5.39'da yer alan yanıtlara göre tutarlılık göstergesi olan Kappa sayısı %39 olarak bulunmuştur.

Tablo 5.40. AIDS'li olup olmadığını bilmediği veya AIDS'li olduğunu bildiği turiste karşı cinsel ilişkiye yönelik tutumları etkileyen faktörler

Değişkenler	AIDS durumunu bilmiyor		AIDS'li olduğunu biliyor	
		p		p
Cinsiyet	Cinsel ilişki kurabileceğini belirten kadın yok	0.000	Cinsel ilişki kurabileceğini belirten kadın yok	0.007
Yaş Grubu#	Yaş arttıkça cinsel ilişkiden kaçınıyor	0.004	Yaş arttıkça cinsel ilişkiden kaçınıyor	0.043
Medeni Durum	Bekarlar cinsel ilişkiden kaçınmıyor	0.000	Tutumu etkilemiyor	0.207
Öğrenim Durumu	Tutumu etkilemiyor	0.052	Tutumu etkilemiyor	0.554
Çalıştığı Yıl	Tutumu etkilemiyor	0.276	Tutumu etkilemiyor	0.130
Turizm Eğitimi	Tutumu etkilemiyor	0.188	Tutumu etkilemiyor	0.501
AIDS Bilgi Düzeyi*	Tutumu etkilemiyor	0.153	Tutumu etkilemiyor	0.716

*: Bulaşma yolu, korunma yöntemi, risk altındaki grup, AIDS hastalığı hakkındaki bilgi düzeyleri konusunda ayrı ayrı incelenmiş ve fark olmadığı saptanmıştır.

#: Eğitimde kıkare

Tablo 5.40'ta görüldüğü gibi kadın çalışanlar cinsel ilişkiden kaçınmakta ve tutumlarına da bunu yansıtmaktadır. AIDS bilgi düzeyinin yüksek ya da düşük oluşu da cinsel ilişkiye yönelik tutumda değişiklik yaratmamıştır.

6- TARTIŞMA

Tatil, dinlence, iş gibi nedenlerle yabancıların uğrak yerlerinden biri olan Çeşme'de konaklama işletmelerinde çalışanların sayısı işletmelerin kapasitelerine göre yeterli düzeydedir. Özellikle turizm sezonu içinde çalışan sayısı, sezon dışı dönemlere göre iki katına dek çıkabilmektedir.

Yurtdışına farklı amaçlarla çıkan ve yolculuk edenlerin, HIV yayılımında katkıları olduğu araştırmalarda belirtilmektedir(69-71). Konaklama işletmelerinde çalışanlar ve özellikle Çeşme gibi yabancı turistlerin yoğun olarak bulunduğu yörelerdeki HIV bulaşı yönünden riskli durumdadırlar. Turizm sektörü çalışanlarının HIV bulaşması konusunda risk altında olduğunun göstergesi olabilecek bir araştırmada, kadın restoran ve bar çalışanlarında 1986'dan 1988'e HIV enfeksiyon prevalansında %29'dan %39'a artış görüldüğü sonucu elde edilmiştir(72). Turizm çalışanlarının eşleri ya da birlikte oldukları kişilere enfeksiyonu bulaştırabileceği konusu riskin boyutlarını artırmaktadır.

Bu araştırmada Çeşme'de konaklama işletmelerinde çalışanların AIDS konusundaki bilgi düzeyleri ve tutumları saptanmaya çalışılmıştır. Ancak AIDS konusunda bilgi, tutum, davranış araştırmaları oldukça zor ve özellikle davranışlar konusunda yanıltıcı sonuçlar elde etme olasılığı yüksek olan çalışmalardır. Güvenilir veri toplanmasıyla ilgili çalışmalar yanında, AIDS'le ilgili davranış araştırmalarının sonuçlarının geçerlilik ve tutarlılığının tartışıldığı araştırmalar yapılmaktadır(73,74).

Bu araştırmada da ankette yer alacak cinsel ilişki ile ilgili davranış sorularına güvenilir yanıt alma olasılığı düşük olacağı düşünülerek, bilgi ve tutum sorularıyla kısıtlı kalınmıştır.

Araştırma Grubuyla İlgili Tanımlayıcı Bulgular:

Çeşme'de turizm sektörünün bir parçası olan konaklama işletmelerinde yapılan araştırmaya katılım oranı yarıdan biraz yüksektir. Oranın bu denli düşük oluşu çeşitli nedenlere bağlanabilir. Özellikle çalışan sayısının fazla olduğu büyük konaklama işletmelerinde yoğun iş yaşantısı anketlerin geri dönüşünü azaltmıştır. Bu konaklama işletmelerinde çalışma saatleri belirli dilimlere bölündüğünden, çalışanların tümüne aynı anda ulaşmak da oldukça güçtür.

Çalışan sayısının daha az olduğu ve genelde sahipleri tarafından yönetilen işletmelerde araştırmaya katılım oldukça iyidir.

Araştırma evreninde yeralan konaklama işletmelerinde büyük oranda erkek; daha küçük bir oranda ise kadın çalışmaktadır (Tablo 5.1). Araştırmaya katılan erkek ve kadın oranları da benzer şekildedir (Tablo 5.2). Evrendeki kişiler ile araştırma grubu arasında istatistiksel farklılık yoktur. Bir çalışmada Türkiye'de turizm sektöründe çalışan kadın erkek oranının 1/6 olduğu belirtilmektedir(62). Bu çalışmada yaklaşık 1/4 gibi bir oran vardır. Kadınların giderek daha fazla iş yaşamına girmeleri bu sonucu etkilemiş olabilir. Turizm sektörü kadınlar için de oldukça çekici bir çalışma alanı olabilmektedir.

Araştırma grubunun yaş dağılımına bakıldığında yarıdan fazlasının 12-24 yaş grubunda yer aldığı görülmektedir (Tablo 5.3). 12 yaşındaki bir kişi dışında, diğer çalışanlar 15-24 yaş arasındadır. Ortalama yaşın 26.2 ± 8.9 olduğu gözönüne alındığında turizm sektöründe genç, dinamik, aktif bir kadrolaşma olduğu dikkat çekmektedir. Bir araştırmanın sonucuna göre, turizm sektöründeki işgücünün, ulusal ortalama ile karşılaştırıldığında daha genç olduğu görülmektedir(62). Turizm sektörü çeşitli yönleriyle gençlere çekici gelmektedir. Özellikle yabancı dil öğrenme, yurtdışına çıkma olanağı, eğlenceli gece yaşamı gibi değişik boyutta istekleri olanlar için seçilebilecek bir meslektir.

Araştırma grubunda yeralan, yaklaşık dört çalışandan üçü bekindir (Tablo 5.4). İnsan ilişkilerinin yoğun olarak yaşandığı, gece çalışmalarının varlığı, düzenli bir yaşam olasılığının düşük olduğu turizm sektöründe çalışanların büyük oranda bekar olması doğal görülmektedir.

Çalışanlarda ilkökul ve altı düzeyinde öğrenim durumu oranı oldukça düşüktür (Tablo 5.5). Turizm sektöründe eğitime oldukça fazla önem verildiği, turistlerle doğrudan ilişkileri olabilecek bölümler öncelikli olmak üzere, öğrenim düzeyi yüksek kişilerin olabildiğince işe alındığı gözlenmektedir. Türkiye'de yapılan bir araştırmanın sonuçlarında ise turizm sektöründe çalışanların yarısı ilkökul mezunu iken %16'sının ortaokul mezunu olduğu belirtilmekte, yüksekokul mezunlarının yaklaşık dörtte biri oluşturduğu saptanmaktadır(62).

Aynı çalışmada turizm sektöründe çalışanların ancak onda birinin meslek eğitimi gördüğü ve genellikle yönetim kadrosunda çalışmakta oldukları

belirtilmektedir(62). Bu araştırmada da turizmle ilgili eğitim almamış çalışan oranı % 55.3'tür (Tablo 5.6). Meslek eğitimi örgün eğitime göre ikinci planda kalmış gibi görölmektedir. Turizm sektörünün giderek önem kazanması sonucu eğitim almış kişilerin daha fazla işe alınması umulmaktadır. Bununla birlikte daha düşük ücretle, özellikle sezon dönemlerinde çalışan geçici kişiler yeğlenmektedir.

Araştırma grubunda yiyecek içecek bölümünde çalışanların oranı en yüksektir (Tablo 5.7). Beş kişiden birinin kat hizmetleri başta olmak üzere ütü ve amaşırhane işlerinde görevli oldukları görölmektedir (Tablo 5.8). Yönetici, muhasebe, teknik servis ve kontrol servisi gibi görevde olanlar da benzer orandadır. İşletmelerin yatak kapasitelerine göre tam doluluk olduğu düşünülerek üç yatağa bir çalışan düşecek şekilde toplam çalışan sayısı hesaplanabilir. Ancak bu sayıya çok yoğun sezonlar dışında ulaşılamaz. Ayrıca turizm sektörü çalışanları sabit sayıda kalmamaktadır. Aydan aya çalışan sayısında dalgalanma görölmektedir.

Turizm sektöründe çalıştıkları yıllara göre dağılım yapıldığında en yüksek oran bir ile beş yıl arasında alışanlardadır(Tablo 5.9). Yakın zamana dek iş alanı gibi görölmeyen turizm sektörünün şimdilerde önem verilen ve ekonomik getirisinin artması ile dikkati çeken bir alan olması bu bulguyu desteklemektedir.

Konaklama İşletmelerinin Tanımlayıcı Bulguları:

Araştırmaya katılan konaklama işletmelerinin yarıya yakını iki yıldızlıdır. Yaklaşık üç işletmeden birinin yıldız sayısı üçtür. Araştırma yapılan yörenin tatil hizmeti kapasitesi için yeterli düzeyde denebilir.

Konaklama işletmelerinin yarısından fazlasında doktor yoktur. Sağlık sorunları anlaşmalı oldukları özel hekimler ya da sigorta hastanesi ile giderilmektedir. Düzenli sağlık eğitimi, işletmelerin küçük bir bölümünde verilmektedir. Sağlık eğitimi konuları ise daha çok hijyen, ilkyardım, mutfakla ilgili sağlık bilgilerinden oluşmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları gibi farklı konularda, özellikle korunmaya yönelik programlara gereksinim duyulmaktadır.

AIDS'le İlgili Bilgi Düzeyi:

Araştırma grubunda bulunanların büyük oranı AIDS'in öldürücü bir hastalık, dörtte üçü ise AIDS'in bulaşıcı bir hastalık olduğunu, bu orana yakın bir kısmı da AIDS'den korunma yöntemlerinin bulunduğunu belirtmiştir (Tablo 5.10). Bilgi düzeyinin bu denli yüksek oluşunun nedeni, AIDS'in korkulan bir hastalık olması, özellikle öldürücü olması yüzünden konuya duyarlılığın artmış olması olabilir. Öğrenciler arasında yapılan bir araştırmada % 88.4 oranında AIDS'in öldürücü bir hastalık olduğu, % 61.6 korunma yöntemlerinin varlığı yanıtları alınmaktadır(75).

Hemşirelerde AIDS ile ilgili araştırmalar oldukça fazla yapılmakta; bu araştırmaların birinde hemşirelik öğrencilerinin %98'inin bilgi düzeyi oldukça yüksek bulunmuştur(76). Daha çok IV ilaç kullanma ile AIDS ortaya çıkmış hastalarının yattığı hastanede çalışan hemşirelerde yapılan araştırmada hemşirelerin AIDS ile ilgili bilgi düzeylerinin yüksek olmadığı gözlenmiştir. Bu grup hemşirelere daha profesyonel bilgi desteği gerekmektedir(77). Başka bir çalışmada hemşirelerin %96'sı AIDS hakkında yeterli düzeyde bilgili bulunmuştur(78).

AIDS'in aşı ile önlenemediğini belirtenlerin oranı oldukça düşüktür. AIDS'in henüz aşı ile korunan hastalıklar arasında olmadığını bilinmesi sevindirici bir bulgudur.

Turizm sektörü çalışanlarının, AIDS virusu bulaşması konusunda özellikle risk altında olduğu düşünülen alan cinsel ilişkilere dir. Turizm yörelerinde çalışanlar arasında HIV'in yayılma şeklinin daha çok heteroseksüel ilişki ile olacağı gözönünde bulundurulmalıdır. Genç yaş grubunun daha fazla çalıştığı turizm işkolunda cinsel ilişkiyi de içeren birlikteliklerin yaşanması beklenen bir sonuçtur. Cinsel ilişkiye başlama yaşı ise kişiden kişiye, toplum yapılarına göre değişmekle birlikte bir araştırma raporunda en erken sekiz yaşında ilk cinsel ilişkisini yaşayan kişilerin varlığı dikkat çekicidir. Erkekler için ortalama ilk cinsel ilişki yaşı 15.1, kızlarda 16.0'dır(79).

Bulaşma yoluna yönelik bilgi düzeyi saptanırken araştırma grubunun tama yakını AIDS virusunun cinsel ilişki sırasında bulaştığını belirtmektedir (Tablo 5.11). HIV geçişinde cinsel ilişkinin bir bulaş yolu olduğunu bilenlerin oranı oldukça yüksektir. Cinsel yönden aktif dönemde olan kişilerin bu konuda daha duyarlı olması beklenen bir sonuçtur. Bunun yanında, orta düzeyde çalışanın eşcinsel ilişki sırasında, benzer oranda ise anal seks ile HIV bulaşacağını

belirttiği görülmektedir. Anal seks ve eşcinsel ilişki ile bulaşma olduğunu belirtenlerin yüksek oranda oluşu, AIDS'in homoseksüel hastalığı olduğu görüşünün sürdüğünü göstermektedir.

Oral seks ile bulaşma olabileceğini belirtenlerin oranı ise diğerlerinden daha düşüktür. Sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmaya göre, HIV geçişinde oral seksin riskli olduğu %59.0 oranında belirtilmektedir(80). Bu araştırma grubu tarafından oral seks daha az riskli görülmektedir. Bu sonuca ankette yeralan oral seksin ne olduğunun tam anlamıyla anlaşılabilmesi yolaçmış olabilir.

Sivrisinek ve diğer böceklerin ısırması sonucu HIV bulaşacağını sekiz çalışandan biri belirtmiştir. Sağlık çalışanlarında yapılan çalışmada ise sivrisinek ve böcek ısırığının önemli bir risk faktörü olduğu sonucuna varılmıştır(80). Bu araştırmada sivrisinek ve böcek ısırığı riskli görülmemiştir. Araştırma grubunun bu konudaki bilgisi oldukça iyidir.

Kadınlar arasında yapılan bir araştırmada % 85.5 oranında en az bir bulaşma yolu bilinmektedir. Bulaşma yolu ve korunma konularında bilgi iyi düzeydedir(81). HIV bilgisi konusunda özellikle bulaşma yolları ve korunma yöntemlerinin bilinmesi değerlidir. Araştırma grubunun bu iki konuda da yeterli bilgi düzeyinde olması sevindirici bir bulgudur.

AIDS'den korunma olanağı olduğu konusunda büyük bir oranda çalışan aynı kanıdadır (Tablo 5.12). Bunun yanında yine yüksek oranda çalışan, cinsel ilişki sırasında kondom kullanılırsa AIDS'den korunabileceğini belirtirken, bundan daha düşük bir oranda çalışan ise AIDS konusunda yeterli bilgi sahibi olmanın önemini vurgulamaktadır (Tablo5.13). Bir araştırmadaki sağlık çalışanlarının %75'i kondomun HIV bulaşını önlediğini belirtmektedir. Ancak genç yaş grubunda yeralanlar kondomun etkisiz olduğunu savunmaktadır(80). Başka bir araştırmada %85 oranında kondomun HIV bulaşmasını önleyeceği belirtilmektedir(82). Cinsel ilişki sırasında kondom kullama ile HIV bulaşının önleneyeceğinin bilinmesi oldukça önemli bir bulgudur. Ancak asıl önemli olan bu bilginin tutuma ve davranışa yansımalarıdır.

Bu araştırmada kan ve kan ürünlerinin AIDS testi yapılarak kullanılması ile korunma sağlanacağını belirtenler orta düzeydedir. AIDS aşısı olursa ya da

AIDS'li kişiye aşı yapılırsa korunma sağlanır diyenler düşük düzeyde olsa da vardır.

AIDS virüsü bulaşması açısından risk altında olan meslek grubu ve kişilerin sorgulandığı bölümde, "turizm sektöründe çalışanlar" yazanlar düşük orandadır (Tablo 5.14). Açık uçlu olan bu soruya yanıt vermeyenler ve yazdıkları doğru olmayanlar üç kişiden biridir. Oran düşük de olsa, turizmcilerin kendilerini mesleklerinden dolayı risk altında görmeleri önemli bulgu olarak değerlendirilmektedir. Turizm sektöründe çalışanlar cinsel ilişki ile alacakları virüsü yine cinsel ilişki ile çevrelerine kolayca bulaştırabilirler. Bu nedenle durumdan yalnızca kendileri etkilenmezler. Mesleği riskli görme ile ilgili bir araştırmada ise sağlık çalışanlarının %70'i kendilerini risk altında görmektedir. Buna karşın yalnızca %12'si test yaptırmıştır(80).

Araştırma grubu bugüne dek AIDS ile ilgili bilgilerini en çok TV, radyo, gazete gibi medya araçlarından elde etmiştir (Tablo 5.15). AIDS ile ilgili bilgilerin kaynağı medya olarak belirtilmektedir. Bu bulgu basın-yayının toplumu bilgilendirme konusunda önemini göstermektedir. Bu kanalla verilecek bilgilerin düzeyi ve dili kişilere ulaşabilecek doğru yöntemlerle sunulmak zorundadır. Yoksa anlaşılabilen bilginin bir yararı olmaz. Tayland'da kadınlar arasında yapılan bir araştırmada da televizyon ve radyodan bilgi edinme oranı yüksektir(81). Bir başka araştırmada %76.6 oranında basın ve diğer medya araçlarından bilgi alındığı belirtilmektedir(83).

Bu araştırmada yaklaşık üç kişiden biri arkadaşından, bu orana yakını toplantılardan AIDS ile ilgili bilgi aldığını belirtmektedir. Cinsel ilişkide bulunduğu bir müşteriden AIDS'i öğrendiğini söyleyenlerin oranı oldukça düşüktür. Bu yanıtı işaretleyenlerin içtenliği tartışılabilir. Turizm sektöründe cinsel ilişki konusunda kişilerin rahat bir tavır sergilediği anımsanırsa, bu seçeneği içtenlikle işaretledikleri de düşünülebilir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yöntemleri bilgileri kondom kullanımı hakkında fikir vermemektedir. Yapılan bir araştırmada, kondomu arasına kullanan grubun, yalnızca yeni tanıştıkları kişilerle olan cinsel ilişkileri sırasında kondom kullandıkları belirtilmektedir(84).

Tutumlara yönelik bilgi almak amacıyla çeşitli senaryolar hazırlanmış ve oldukça duyarlı bir konu olan cinsel ilişkiye yönlenme, tutum sorularıyla

anlaşılmaya çalışılmıştır. Birinci senaryoda sunulan kurguya verilen yanıtlarda en yüksek oran ile bir turistle elele tutup dolaşma, daha düşük oranda sarılma, benzer oranda dokunma gibi AIDS virusu bulaşma açısından risk taşımayan tutumlar yeğlenmektedir (Tablo 5.16). HIV enfeksiyon durumu bilinmeyen herhangi bir kişiyle, yaklaşık dört çalışandan biri çekinmeden cinsel ilişkide bulunabileceğini belirtmektedir. Gerçekte, asıl bu durumda enfeksiyonun bulaş riskinin daha da artacağı gözönünde tutulmalıdır. HIV enfeksiyon durumu bilinmeyen kişiyle korunmasız cinsel ilişki sonucu bulaş riski çok yüksektir.

Hazırlanan ikinci senaryoya verilen yanıtların dağılımına bakıldığında, düşük oranda AIDS'li bir turiste karşı tutumda herhangi bir değişiklik olmayacağı belirtilmektedir (Tablo 5.17). Bu grup diğer müşterilere gösterilen tutumun aynısını göstereceğini belirtmiştir. Daha küçük bir grup ise otele kabul edilmesine karşı çıkacağını söylemektedir. Bu sorunun diğer seçeneğine, bu turistle cinsel ilişkiden kaçınacağı, bu konuda arkadaşlarını uyaracağı gibi yanıtlar yazanların olması turistlerle cinsel ilişkide bulunmanın sıklıkla yaşandığının ipucunu verebilir.

Araştırma grubunun yarısından fazlası AIDS'li olan turistin kullandığı eşyaları diğer müşterilerin eşyalarından ayrı tutarak klorlu su ile temizlenmesini sağlayacağını belirtmektedir (Tablo 5.18). Daha düşük bir oran herhangi bir farklı uygulama yanlısı olmamıştır. Turizm sektörünün özelliği arasında yer alan konukseverlik ve hoşgörü duygusunun etkisi olduğu düşünülebilir.

Üçüncü senaryodaki HIV enfekte turistle cinsel ilişkide bulunabileceklerini belirtenlerin oranı oldukça düşmüştür (Tablo 5.19). AIDS'li turistle elele tutup dolaşanlar yarısından biraz az iken, sarılanlar üçte bir, dokunanlar da buna benzer orandadır. Bu oranlar birinci senaryodaki HIV enfeksiyon durumu bilinmeyen turiste olan tutumlara göre değişim göstermiştir. AIDS çok korkulan hastalık özelliği taşıdığından daha çekingen tutumlara yolaçmıştır. HIV enfekte turistten uzak durma yeğlenen bir tutum olmuştur.

Birkaç gün öncesinde tanıdığı bir kişi ile cinsel ilişkide bulunduktan sonra, o kişinin AIDS'li olduğunu öğrendiğinde, araştırma grubunun oldukça yüksek oranı en yakın sağlık kuruluşuna gidip kan tahlili yaptıracağını belirtmektedir (Tablo 5.20). AIDS'in cinsel yolla bulaştığının ve öldürücü bir hastalık olduğunun bilinmesi durumunda bu sonuç kaçınılmazdır. Yapılacak kan testi ile virus bulaşının saptandığı da araştırma grubunca bilinmektedir. Ayrıca, böyle

kuşkulu durumlarda çalışanların aklına sağlık kurumuna gitmenin gelmesi sevindirici bulgudur.

Yarıya yakın çalışan AIDS ile ilgili bilgi alınacak bir kurum var demekte, düşük yüzdesi böyle bir kurumun olmadığını belirtmektedir (Tablo 5.21). Araştırma grubunun bu konuda belki de gereksinim duymadıklarından, bilgi eksikleri vardır. AIDS'le Savaşım Derneği ya da AIDS'le Mücadele Derneği gibi kurum isimlerini yazanların oranı oldukça düşüktür (Tablo 5.22). Bunun nedeni derneklerin kendilerini yeterince tanıtamamaları olabileceği gibi çalışanların konuya ilgisizlikleri de olabilir. Bu soruya yarıdan fazla oranda yanıt alınamamıştır. Bu da kurumların ne denli az tanındığını vurgulamaktadır. Çalışanların bir kısmı Sağlık Ocağı'nı belirtmiştir. Araştırma bölgesinin küçük ve derli toplu bir yerleşim yeri olması, ocak hekimlerinin bir kısmının otellerde de görev yapmaları nedeniyle Sağlık Ocağı bu denli iyi tanınıyor olabilir.

Yüksek oranda çalışan AIDS'le ilgili eğitim istemektedir (Tablo 5.23). Bu eğitimin daha çok çalıştığı otelde ve hastane ya da sağlık ocağı gibi bir sağlık kuruluşunda verilmesi isteği saptanmıştır (Tablo 5.24). Çalışanlar iş ortamları içinde, kolay ulaşabileceklerini düşündükleri bir yerde eğitim almayı istemekteler. Eğitimi verecek kişi konusunda yarıya yakın kişi sağlıkla ilgili bir kişiyi belirtmektedir (Tablo 5.25). Bunun nedeni AIDS'in sağlıkçılar tarafından daha anlaşılır aktarılabilmesi düşüncesinin egemenliği olabilir. Otel hekiminin AIDS ile ilgili eğitim vermesini isteyenler az sayıdadır. Otel hekimini daha çok hastalandığında başvuracağı bir kişi olarak gören çalışanların böyle düşünmesi doğal olabilir. Çalıştıkları kurumda düzenlenecek sürekli hizmetiçi eğitim programlarının oldukça yeterli olacağı düşünülmektedir.

AIDS başta olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıkların tümü ve cinsellik gibi konularda okullarda yer alacak eğitim programları yanısıra, turizm yöresinde çalışanlar gibi özelliği olan gruplara yönelik programlar düzenlenmelidir. Konuyla ilgili çeşitli çalışmalar değişik ülkelerde gereksinim ve önceliklere göre yapılmaktadır. Bilgi düzeyini arttırmaya yönelik sistemli ve duyarlı çalışmalar ardından tutum ve davranışlara yansıyan değişimleri de getirecektir.

Newyork'ta bir okulda HIV enfeksiyonundan korunma yöntemleri ve bulaşma yolları gibi konularda eğitim programı uygulandıktan sonra AIDS bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Eğitime katılan grup ile kontrol grubu karşılaştırılmış ve bilgi düzeylerinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitimlerde yoğun

emek verildiğinde davranışlara da yansiyacak olumlu değişmelerin sağlanacağı belirtilmiştir(85). Drama ve oyunlarla gençlere AIDS eğitimi verilebileceği önerilmektedir(86). Radyo programları ile özellikle cinsellik, AIDS gibi konularda eğitim verme girişimleri oldukça başarılıdır(87). AIDS ile ilgili eğitim programları oldukça zor ve uzun uğraşlar gerektirmektedir. Eğitim sonrasında bilgi düzeyinde önemli artışlar elde edilirken tutum ya da davranışlarda olumlu değişmeler daha uzun süreç alabilmektedir. Bir araştırmada kurs ile eğitim sonrasında bilgi düzeyinde anlamlı artış saptanmış ancak tutumlarda anlamlı değişiklik görülmemiştir(88). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada AIDS bilgi düzeyi artışı yanında, çok sayıda cinsel eş ile korunmadan ilişkiye giren öğrenci oranında düşme gözlenmiştir. Her ilişkide kondom kullanma oranı %40 bulunmuştur(89).

Bir araştırmaya göre, Amerika gençliğinin AIDS bilgi düzeyi giderek artmaktadır. Bilgi artışı davranışlara da yansımakta, cinsel ilişkiden kaçınma, kondom kullanma veya cinsel eş seçiminde dikkat gösterme gibi olumlu değişmeler ortaya çıkmaktadır(90).

Adolesanların eğitim açısından en uygun ve gereksinimin yoğun yaşandığı bir grup olmaları nedeniyle pek çok program düzenlenmektedir. Lise dengi bir okulun son sınıf öğrencilerinde bilgi düzeyinde artış saptanmamış, alt sınıflarda ise bilgi düzeyi düşüken yıl geçtikçe bir artış bulunmuştur(91).

Turizm çalışanları için kolay anlaşılır ve tutum ya da davranış değiştirmeye yönelik bilgilerin sunulduğu hizmetiçi eğitim programlarına gereksinim olduğu gözlenmektedir.

AIDS Konusunda Bilgi Düzeyi:

Araştırma grubunun AIDS ile ilgili bilgi düzeylerinden aldıkları puanlar risk altında olanlar konusu dışında oldukça yüksektir (Tablo 5.26). Araştırma grubu risk altında olan kişi ya da meslek grubu sorusundan çok düşük oranda yeterli puan almıştır. Bu sorunun yazarak yanıtlanması gerektiği gözönünde tutulursa düşük puanların sebebi açıklanabilir. Diğer bilgi sorularından oldukça yüksek oranlarda yeterli puan alınmıştır. Araştırmaya katılım oranının düşük olduğu anımsandığında, konuya ilgisi olan kişilerin anketleri doldurduğu ve sonuçta da yeterlilik oranlarının yükseldiği düşünülebilir. Ancak evrende yeralan konaklama işletmelerinde çalışan kadın erkek oranı ile araştırma grubundaki

kadın erkek oranında farklılık olmadığı gözönüne alındığında bilgi düzeyleri konusunda dikkate değer farklılık olmadığı düşünülmektedir.

Konaklama işletme çalışanlarının, cinsiyet ile AIDS hakkında bilgi düzeyi ilişkilerine bakıldığında bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 5.27). Kadın çalışan sayısının az olması böyle bir sonuca neden olabilmektedir. Ulusal çapta geniş bir araştırmada ve odak grup görüşmelerinde ise kadınların erkeklerden daha iyi bilgi düzeyine sahip oldukları saptanmıştır(92).

Korunma yöntemlerinin bilgisi ve AIDS ile ilgili alınan toplam puanların yeterliliği konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu fark 34 ve üzeri yaş grubundakilerin bilgi düzey yeterliliğinin daha az olmasından kaynaklanmaktadır. Yaş grupları arasında korunma yöntem bilgisi ve AIDS ile ilgili toplam bilgi puanları arasındaki farklılık 35-66 yaş grubunda yer alan çalışanların yeterli puanlarının az olmasından kaynaklanmaktadır (Tablo5.28). Cinsel ilişkilerin genç yaşlarda daha yoğun yaşandığı düşünüldüğünde bu sonuç olumlu karşılanabilir.

Araştırma grubunun medeni durumları ile korunma yöntem bilgi düzeyi ve AIDS ile ilgili toplam puan düzeyi yeterliliği konusunda anlamlı bir fark vardır (Tablo5.29). Bekar olanlar her iki konuda da daha yeterli puan almıştır. Genç çalışan sayısının daha fazla olduğu sektörde, gençlerin çoğunluğunun da bekar olduğu düşünülürse sevindirici bir bulgudur.

Turizm sektöründe çalışma süreleri ile AIDS hakkında bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (Tablo 5.30). Verilen hizmetiçi eğitimin yetersizliği yanında eğitim konuları arasında AIDS'in bulunmayışı bu sonuca katkıda bulunmuş olabilmektedir.

Konaklama işletmelerinde çalışanların eğitim düzeyi ile AIDS hakkında bilgi düzeyi arasında çok anlamlı farklılıklar elde edilmiştir (Tablo 5.31). Farklılığı ortaokul üzeri eğitimi olan grup daha yeterli puanlar aldığı için yaratmaktadır. Özellikle korunma yöntemlerinin bilinmesi konusunda çok çok anlamlı bir fark elde edilmiştir. Okullarda verilen eğitimden daha çok çeşitli iletişim araçlarından yararlanmanın bu sonucu doğurduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin bulunduğu bu sektörde daha bilinçli kişilerin olması beklenmektedir. Ancak bilgi düzeyinin yeterliliğinin her zaman davranışlara yansımadağı da anımsanmalıdır.

Turizm sektörü ile ilgili eğitim durumları ile AIDS bilgi düzeyleri arasında ise anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 5.32). Eğitimleri sırasında sağlık eğitimi konusunda yeterli bilgi almadıkları ve özellikle AIDS gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların eğitime katılmadığı düşünüldüğünde bu sonuç şaşırtıcı olmayacaktır.

Bilgi düzeyindeki yüksek yeterlilik düzeyi umulanın aksi yöndedir. Ancak bilginin yüksek oluşu her zaman için tutum ya da davranışa yansımadığından bu sonuçlardan yola çıkarak olumlu davranış değişiklikleri yaratmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Üniversite öğrencileri arasında yapılan bir bilgi, tutum ve davranış araştırmasında AIDS bilgi düzeyi yeterli bulunmuştur. Ancak davranışlara yansımayan bilgi düzeyinin yeterli oluşu çok fazla anlamlı değildir denmektedir. Daha fazla, yaygın eğitim programlarına gerek olduğu vurgulanmaktadır(93). Bilgi düzeyi oldukça yüksek olduğu halde özellikle kondom kullanmanın %55 oranında kaldığını gösteren çalışma da vardır(76).

Bir grup orta öğrenim öğrencisi arasında yapılan bir araştırmanın sonuçları arasında, %71.3 erkek, %7.3 kız öğrencinin çok sayıda cinsel eşi olduğu, %6.8 öğrencinin her cinsel ilişkisinde kondom kullandığı belirtilmektedir. Bu öğrencilerin %5.6'sında cinsel yolla bulaşan bir hastalık saptanmıştır. Bu grubun bilgileri oldukça iyi ancak kondom kullanmamaktadır. Risk altında oldukları belirtilmektedir(94).

Tutumlara Yönelik Karşılaştırmalar:

Ankete katılanlar için kolay anlaşılabilir olsun diye senaryolarda HIV enfekte kişi AIDS'li olarak belirtilmiştir. Ankette tutum sorularıyla kısıtlı kalınmasının nedeni cinsel ilişki ile ilgili soruların duyarlılık yaratması sonucunda doğru yanıt alma şansının düşeceği düşünülmesidir. Tutum soruları ile değerlendirme daha yararlı olacağı umulmaktadır.

Senaryolarda sözedilen HIV durumu bilinmeyen turiste karşı tutumlar ile HIV enfekte olduğu bilinen turiste karşı tutumlar karşılaştırılmıştır. HIV enfeksiyon durumu bilinmeyen kişiler aslında çok daha fazla risk yaratmaktadırlar. Bu kişilerle cinsel ilişkilerde korunma önlemlerinin çok fazla akla gelmeyeceği

düşünülürse, enfeksiyon bulaşma riskinin ne denli artacağı belirlenebilir. HIV enfekte kişilerle ilişkilerde ise daha dikkatli olduğu, cinsel ilişki sırasında korunma gereği duyulduğu ya da o kişiden uzak durulduğu görülmektedir.

Bu grupta yer alan tutum sorularına yanıt vermeyenlerin tutarlılıkları da araştırılmış ve sonuçları etkilemedikleri görülmüştür. Bu nedenle yanıt vermediği için değerlendirme dışı bırakılanlar olmuştur.

HIV enfeksiyonu olup olmadığı bilinmeyen turistle elele dolaşanlar ile HIV enfekte turistle elele dolaşım diyenlerin tutarlılık katsayısı Kappa orta düzeydedir (Tablo 5.33). Kappa sayısı iki durum karşısında gösterilen tutumlar arasında orta düzeyde bir tutarlılık olduğunu göstermektedir. HIV enfeksiyon durumu bilinmeyen herhangi bir kişiyle rahatça arkadaşlık kurulabilirken, HIV enfekte kişiden kaçınma gözlenmektedir.

HIV enfeksiyon durumu bilinmeyen bir turistle, HIV enfekte olduğu bilinen turiste sarılanların (Tablo 5.34) tutarlılık katsayısı orta düzeyde bulunmuştur. HIV enfeksiyon durumu bilinmeyen bir turistle, HIV enfekte turiste dokunanlar (Tablo 5.35) için de tutarlılık katsayısı orta düzeydedir. Sarılma ve dokunma ile HIV bulaşının olmayacağı düşüncesi ile daha rahat bir tutum sergilenmektedir. HIV enfeksiyon durumu bilinmeyen bir turistle, HIV enfekte turisti öpeceğini belirtenlerde tutarlılık zayıf olarak bulunmuştur (Tablo 5.36). HIV enfekte kişiden öpüşme ile virus geçeceği düşüncesi bu sonucu doğurmuştur.

HIV durumu bilinmeyen turistle ve HIV enfekte turistle oral seks yapacağını belirtenlerde tutarlılık katsayısı çok düşüktür (Tablo 5.37). Tutarlılık yoktur denebilmektedir. Burada da HIV'in öpüşme ile geçeceği düşüncesinden etkilenme olduğu görülmektedir.

HIV enfeksiyon durumu bilinmeyen bir turist ve HIV enfekte olan turistle cinsel ilişki kurma konusunda en düşük tutarlılık sayısı bulunmuştur (Tablo 5.38). %24 Kappa sayısı tutarlılığın hiç olmadığını göstermektedir. HIV durumu bilinmeyen turistle çekinmeden cinsel ilişki kuracağını belirtenler, HIV enfekte turistle ilişki kurmamaktadır. Aslında HIV enfeksiyonunu en fazla cinsel ilişki ile bulaştığı gözönüne alınırsa bu sayı oldukça mutlu edicidir. HIV enfekte kişilerle cinsel ilişkiden kaçınma ya da kondom kullanarak cinsel ilişki kurma ile HIV bulaşını önlenmektedir. Ancak üzerinde fazla düşünülmeyen konu, HIV enfeksiyon

durumu bilinmeyen bir kişiyle kurulan cinsel ilişkide HIV bulaşma riskinin çok daha fazla olduğudur.

HIV enfeksiyon durumu bilinmeyen bir turistle ve HIV enfekte olduğu bilinen turistle anal ilişki kurabileceğini belirtenler arasında tutarlılık katsayısı Kappa %39 bulunmuştur (Tablo 5.39). Zayıf bir tutarlılık varlığı gözlenmektedir. HIV ile enfekte olup olmadığı bilinmeyen turistle anal ilişki kuranlar, HIV seropozitif turistle anal ilişki kurmaktan kaçınmaktadır.

Cinsel ilişkinin HIV bulaşında en önemli bulaş yolu olduğu düşünülerek bağımsız değişkenlerden etkilenip etkilenmediği araştırıldı (Tablo 5.40). HIV durumu bilinmeyen bir turistle ve HIV enfekte bir turistle cinsel ilişki konusunda tutumlara bakıldı. Bu konuda cinsiyet çok çok anlamlı farklılık yarattı. Kadınlar cinsel ilişkiden kaçınmakta ve tutumlarına da bunu yansıtıyorlar. Bu durum cinsiyetler arası farkı açıklamaktadır.

HIV enfeksiyon durumu bilinmeyen bir turistle ve HIV enfekte olduğu bilinen turistle cinsel ilişkiden kaçınma, yaş ilerledikçe artmaktadır. İleri yaşlarda cinsel ilişki konusunda daha tutucu olduğu söylenebilmektedir.

Eğitim durumları, turizm sektöründe çalıştıkları süre gibi değişkenler HIV enfeksiyon durumu bilinmeyen bir turistle ve HIV enfekte turistle cinsel ilişkiye karşı tutumu etkilememektedir. Araştırma grubunda ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu ve bu kişilerin AIDS konusunda daha bilgili olduğu anımsandığında bilgi düzeyinin yüksek oluşunun cinsel ilişkiye karşı tutumları etkilememesi oldukça anlamlıdır.

Araştırma grubunun AIDS ile ilgili bilgi düzeyi de cinsel ilişkiye yönelik tutumları etkilememektedir. Bilgi düzeyinin yüksek oluşunun tutumlara ya da davranışlara yansımada sonuçlarının veren araştırmalar da bu bulguyu desteklemektedir (88,89,94).

Toplumumuzun cinsel ilişki konusunda genel düşünce tarzında gizlilik ve ayıplanan bir kavram olması vardır. Araştırmaya katılanların da bu toplumun bireyleri oldukları gözönünde tutularak değerlendirilmesi gerekmektedir. Ancak turistik yerlerde çalışan grup yabancılarla daha fazla görüşme olanağına sahip olduğundan cinsellik konusunda da daha rahat davranacaktır diye düşünülebilir.

7- SONUÇ ve ÖNERİLER

Konaklama işletmelerinde çalışanların AIDS konusunda bilgi düzeyi, tutum ve bunları etkileyen faktörler yanında bu konuda eğitim isteklerinin araştırıldığı araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

-Araştırma grubunun genel olarak AIDS konusundaki bilgi düzeyi oldukça yeterlidir.

-AIDS'in bulaşma yolları ve korunma yöntemleri konularında bilgi düzeyleri oldukça yüksek düzeydedir.

-Cinsiyet bilgi düzeyini etkilememektedir.

-İleri yaşlarda bilgi düzeyi azalmaktadır. Yaş ilerledikçe korunma yöntemleri bilgisi ve AIDS'le ilgili genel konulardaki bilgi düzeyinde düşme görülmektedir.

-Medeni durumun bekar oluşu korunma yöntemleri bilgisi ve AIDS'le ilgili genel konulardaki bilgi düzeyinde artış sağlamaktadır.

-Ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan grupta bilgi düzeyi oldukça yüksektir.

-HIV durumu bilinmeyen bir turistle rahatça cinsel ilişkiye girebileceğini belirtenler, HIV ile enfekte olduğunu bildikleri turistten çekinmemektedirler.

-Kadınlar genel olarak cinsel ilişkiden kaçınmakta ve tutumlarına da bunu yansıtılmaktalar.

-Eğitim durumları, sektörde çalıştıkları süre gibi değişkenler cinsel ilişkiye yönelik tutumlarını etkilememektedir.

-Araştırma grubunun AIDS ile ilgili bilgi düzeyi de cinsel ilişkiye yönelik tutumlarını etkilememektedir.

Bu sonuçlardan yola çıkarak;

Bilgi düzeyinin yeterli olmasının her zaman için tutum ya da davranışlara yansımadağı gözönünde bulundurularak bilgilendirmeye yönelik eğitim

programlarının hazırlanması, turizm sektörü çalışanlarının ulaşabilecekleri, aynı dili kullanabilecekleri kişilerden eğitim almaları daha verimli olacaktır.

1- Turizm sektör çalışanlarına yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi: Bu konuda konaklama işletmelerinin çalışanlarının özellikleri ve gereksinimlerinin belirlenmesinin ardından, sağlıkçılarla eşgüdüm içinde hizmet içi eğitim programları hazırlanmalıdır. Sürekli ve sorun çözmeye yönelik programlar daha yararlı olabilir.

2- Hizmetiçi eğitim programlarında cinsel yolla bulaşan hastalıklar başta olmak üzere çeşitli enfeksiyon hastalıklarının korunma yöntemlerine öncelik verilmesi

3- Çalışanların kolay ulaşabilecekleri sağlık birimlerinin oluşturulması

4- Bu sağlık birimlerinde yeterli teknik donanım ile HIV bulaşını kolaylaştıran cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanı alıp sağaltılması

5- Özellikle gençlere yönelik ve okullarda verilebilecek AIDS ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar başta olmak üzere eğitim programlarının hazırlanması

6- Konaklama işletmelerinde kondomun ücretsiz ve kolay ulaşılabilir şekilde sunulması: Turizm sektör çalışanlarının heteroseksüel ilişki ile enfeksiyonu alabilecekleri düşünüldüğünden özellikle kondom kullanımının özendirilmesi desteklenmelidir.

HIV bulaşını önlemenin tek yolunun özellikle cinsel ilişkilerde kondom kullanma ve bilinçli davranma alışkanlıklarının özendirilmesi olduğu unutulmamalıdır.

8- ÖZET

Turizm sektörü çalışanlarının AIDS konusunda bilgi düzeyinin ölçülmesi, tutumlarının belirlenmesini ve bu konuda bilgi isteklerinin saptanmasını amaçlayan araştırma kesitsel ve analitik özelliktedir.

İzmir ili Çeşme ilçesinde yer alan Turizm İşletmesi Belgeli konaklama işletmelerinin tümü araştırmaya alınmıştır. Konaklama işletmeleri ve buralarda çalışan kişilerin tanımlayıcı özelliklerini, AIDS ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve eğitim isteğine yönelik soruları içeren anket formları kullanılarak veri toplanmıştır.

Araştırmaya katılım oranı %51'dir.

Çalışanların yaklaşık dörtte biri lise mezunudur.

Yarıdan fazlasının turizm ile ilgili eğitim almadığı belirlendi.

Araştırma grubu çok yüksek oranda HIV'in cinsel ilişki ile geçtiğini belirtti.

Çok yüksek oranda AIDS'den korunma yöntemi olduğu vurgulandı.

Yaklaşık on kişiden sekizi tarafından cinsel ilişki sırasında kondom kullanma ile HIV bulaşının önleneyeceği söylendi.

Araştırma grubunun düşük yüzdesi kendi mesleklerini HIV bulaşı açısından riskli görmektedir.

Yarıdan fazla çalışan AIDS ile ilgili bilgi alabilecekleri bir kurum olduğunun belirtirken, AIDS'le Savaşım ya da Mücadele Derneklerini söyleyenler %3 oranında kalmıştır.

AIDS'e yakalanma açısından risk altında olan kişiler ya da meslek grupları konusunda bilgi düzeyi düşük bulundu.

Araştırma grubu bulaşma yolları konusunda en iyi bilgi düzeyine sahipti.

Yaş arttıkça AIDS ile ilgili bilgi düzeyi düşmektedir. Bekarlar daha fazla bilgili bulundu. Eğitim düzeyinin atması bilgi düzeyinde de artışı destekledi.

HIV durumu bilinmeyen turistle cinsel ilişki kurabileceğini belirtenlerle, HIV enfekte turistle cinsel ilişkiye girebileceğini söyleyenlerin tutarlılığı en düşük düzeydedir.

AIDS ile ilgili bilgi düzeyinin yüksek oluşu özellikle cinsel ilişkiye yönelik tutumlarda farklılık yaratmadı.

9- KAYNAKLAR

- 1- International Travel and Health, WHO, Switzerland 1994 p:61
- 2- Lui KJ, Darrow WW, Rutherford GW. A model-based estimate of the mean incubation period for AIDS in homosexual men. Science 1988;240:1333-5
- 3- Moss AR, Bacchetti P. Incubation period of AIDS in San Francisco. Nature 1989;338:251-3
- 4- Muma DR, Borucki JM. Epidemiology, HIV Manual for Health Care Professionals, ed. Muma DR, Lyons BA, Borucki JM, et al. Appleton & Lange USA 1994 p:9
- 5- Mardh PA. Travel As a Risk Taking Occasion For STDs-Sexually Transmitted Disease. IVth International Conference on Tourist Health, October 15-18.1992 Antalya,Turkey. p:71
- 6- Mardh A, Kallings I. Tourism has a great impact on the epidemiology of sexually transmitted disease; emphasis on European perspectives. Tourist Health ed. Pasini W. Rimini 1990 p:160-5
- 7- Travel Medicine 1991:New Frontiers 1 October 1991 Annals Of Internal Medicine 1991 115;7:574-5
- 8- Steffen R. Travel Medicine - prevention based on epidemiological data, Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 1991 65:156-162
- 9- Çetin ET. Basın Bülteni. AIDS Savaşım Bülteni 1992 3:3-5
- 10- Hatcher RA, Kowal D, Guest F, et al. AIDS. Contraceptive Technology International Edition Special Section on AIDS. ed. Kowal D, Judy B. Printed Matter,Inc. Atlanta, GA USA 1989 pp:76-90
- 11- Centers for Disease Control and Prevention. 1993 revized clasification system for HIV infection and expanded surveillance case defination for AIDS among adolescent and adults. MMWR 1992; 41 (RR17) 1-19

- 12- Centers for Disease Control and Prevention. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. MMWR. 1987;36:1-15
- 13- Global AIDS News The Newsletter of the World Health Organization Global Programme on AIDS 1993 1:4-5
- 14- Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report. October, 1992 1-18
- 15- Global Programme on AIDS, AIDS Prevention Guidelines for MCH/FP Programme Managers I.AIDS and Family Planning, WHO, Switzerland, May 1990
- 16- Center for Disease Control. Classification system for human immunodeficiency virus infection in children under 13 years of age. MMWR. 1987 36:225-236
- 17- Benenson AS. Acquired Immodeficiency Syndrome Control of Communicable Disease in Men ICD-9 042-044 fifteenth edition 1990 USA pp:1-7
- 18- Borucki JM. Etiology and Pathogenesis, HIV Manual for Health Care Professionals ed. Muma DR, Lyons BA, Borucki JM, et al. Appleton & Lange USA 1994 pp:21-7
- 19- Lundgren JD, Pedersen C, Clumeck N. Survival differences in European patients with AIDS 1979-1989. British Medical Journal 1994 23;308:1068-73
- 20- Mastro TD, Satten GA, Nopkesorn T, et al. Probability of female-to-male transmission of HIV-1 in Thailand. The Lancet 1994 22;343:204-7
- 21- Mugrditchian DS. STDs in The AIDS epidemic. ed. Senanayake P, Kleinman RL. Family planning: meeting challanges, promoting choses. Proceeings of the IPPF Family Planning Congress. Oct 1992 New Delhi. New York: Parthenon publ 1993 pp:325-334

- 22- Phanuphak P. The current status of AIDS in Asia. *Annales de Medecine Interne* 1993 144:45-6
- 23- GPA raises infection estimates, *Global AIDS News* 1993 3:16
- 24- World Health Organization to administer new U.N. programme on AIDS. Geneva, Switzerland, WHO, 1994 Jan 21 p:2
- 25- Global Programme on AIDS. World Health Organization. *The HIV/AIDS Pandemic: 1993 Overview* Geneva:World Health Organization. 1993
- 26- Cumulative infections approach, *The Newsletter of the World Health Organization Global Programme on AIDS, Global AIDS News*, 1995 no:1 5
- 27- Hospedales J, White F, Gayle C, et al. Epidemiology of HIV/AIDS in the Caribbean. *The Handbook for AIDS Prevention in the Caribbean*. ed. Lamptey P, White F, Figueroa JP, et al. North Carolina, USA 1992
- 28- AIDS: the third wave, *The Lancet* 1994 22;343:186-8
- 29- Friedland GH, Klein RS. Transmission of the human immunodeficiency virus. *NEJM* 1987 317:1125-35
- 30- Robert M, Bell DM. HIV transmission in the health-care setting risks to health-care workers and patients. *Infectious Disease Clinics of North America* 8;2:319-29 1994
- 31- Drotman PD, Curran WJ. Epidemiology and Prevention of Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Public Health and Preventive Medicine Maxcy-Rosenau- Last*. ed. Last MJ, Wallace BR. 13th edition USA 1992 pp:115-24
- 32- Green J. Post-test counselling. *Counselling in HIV Infection and AIDS*. ed. Green J, Creaner AM. Blackwell Scientific Publications, printed in Great Britain 1989 pp:28-68
- 33- AIDS Images of the Epidemic WHO Geneva HIV Transmission: Matters of Fact Printed France 1994 pp:9-13

- 34- Moses S, Bradley JE, Nagelkerke NJ, et al. Geographical patterns of male circumcision practices in Africa: Association with HIV seroprevalence, *International Journal of Epidemiology* 1990 19:693-7
- 35- Hunter DJ, Maggwa BN, Mati JK, et al. Sexual behavior, sexually transmitted diseases, male circumcision and risk of HIV infection among women in Nairobi, Kenya. *AIDS* 1994 8:93-9
- 36- Blaney CL. Pregnancy and HIV Network 1994 14:24-6
- 37- Nanda D. Human Immunodeficiency Virus infection in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1990 17:617-26
- 38- Lepage P, Perre VP, Msellati P, et al. Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) and its determinants: A cohort study in Kigali, Rwanda. *American Journal of Epidemiology* 1993 137:589-99
- 39- Caldwell MB, Rogers MF. Epidemiology of the pediatric AIDS infection. ed. Edelson PJ. *Childhood AIDS. Pediatr Clin Nort Am.* 1991 38:1-16
- 40- Ziegler JB. Breast feeding and HIV. *Lancet* 1993 11;342:1437-8
- 41- Age and workplace of sex workers affects HIV risk. *Reproductive Health Matters* 1993 2:127-8
- 42- Orr DP, Langefeld CD. Factors associated with condom use by sexually active male adolescents at risk for sexually transmitted disease. *Pediatrics* 1993 91:873-9
- 43- New labeling for contraceptives- STDs, *Contraception Report* 1993 4:14
- 44- European Study Group. Risk factors for male to female transmission of HIV. *British Medical Journal* 1989 298:411-5
- 45- Morrison CS, Schwingl PJ. Oral Contraceptive use and infectivity of HIV seropositive women. *JAMA* 1993 17;199:2298

46- Klitsch M. Pill use and HIV infectivity. Family Planning Perspectives 1993 25:243

47- Muma DR, Pollard BR. Treatment of the primary infection and vaccines, HIV Manual for Health Care Professionals ed. Muma DR, Lyons BA, Borucki JM, et al. Appleton & Lange USA 1994 pp:35-39

48- Burke DS. Vaccine therapy for HIV: a historical review of the treatment of infectious diseases by active specific immunization with microbe-derived antigens. Vaccine 1993 11:883-91

49- Cohen J. Jitters jeopardize AIDS vaccine trials. Science 1993 12;262:980-1

50- Gourville E, Mitchell S. HIV Testing. The Handbook for AIDS Prevention in the Caribbean ed. Lamptey P, White F, Figueroa JP, et al. North Carolina USA 1992 pp:23-45

51-T.C. Sağlık Bakanlığı Kayıtları

52- Turizm, Büyük Larousse İstanbul, 1990 19:11759-60

53- Devlet İstatistik Enstitüsü Turizm İstatistikleri 1990, Ankara Ocak 1994 s:7

54- Turizm Bakanlığı Turizm İstatistikleri Bülteni 1992 Yayın no:1993/3 Ankara 1993 s:17

55- Passini W. Tourist Health as a New Branch of Public Health. World Health Statistics Quarterly 1989 42;2:77-84

56- Gray WS, Liguori SL. Hotel and Motel Management and Operations. Prentice hall publications second edition 1990 p:50

57- Cossar CH, Raid D. Health hazards of international travel. World Health Statistics 1989 42;2:61-9

58- Güler Ç. Turist Sağlığı ve Hekimliği. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayın no.90/52, Kısa dizi no.10 Ankara 1990

- 59- Güler Ç. Turizm sektöründe çalışanların sağlığı. Turist Sağlığı ve Hekimliği Bülteni 1991 5:3-4
- 60- Bilir N. Turizm ve Sağlık. Sağlık ve Toplum 1990 4 :55-6
- 61- Bilir N. Turizm Sağlığı. Toplum Hekimliği Bülteni 1990 3:1
- 62- Dalli Ö. Tourism manpower and training in Turkey Revue de tourisme- The Tourist Review- Zetschrift fur Fremdenverkehr 1991 3:21-5
- 63- Devlet İstatistik Enstitüsü Ticaret, Otel, Lokanta ve Hizmet İstatistikleri 1990. Ankara Haziran 1993 s:52
- 64- Turizm Bakanlığı Konaklama İstatistikleri Bülteni 1992. Ankara Nisan 1993 s:5
- 65- Çeşme. Kültür Sanat Eğitim ve Turizm Vakfı Gözümoğlu Tanıtım İzmir 1993 s:3
- 66- Elwood JM. Causal Relationships in Medicine. Oxford University Press, New York 1992 pp:67-9
- 67- Portney LG, Watkins MP. Foundations of Clinical Research Applications Practice. printed in USA 1993 pp:516-19
- 68- Abramson JH. Survey Methods in Community Medicine. Churchill Livingstone, fourth edition printed in Singapore 1990 p:148
- 69- Lewis ND, Bailey J. HIV, International Travel and Tourism: Global Issues and Pacific perspectives. Asia Pacific Journal of Public Health 1993 6:159-67
- 70- Bwayo J, Plummer F, Omari M, et al. Human Immunodeficiency Virus infection in long distance truck drivers in East Africa. Archives of Internal Medicine 1994 27;154:1391-6
- 71- Green J. Counselling in developing countries. Counselling in HIV infection and AIDS. ed. Green J, Mc Creaner A. Blackwell scientific publications USA 1989 pp:248-75

72- Population Reports, Series L, 1989 8:4

73- Caldwell JC. How do we secure adequate data on sexual networks and the probability of HIV transmission? *Health Transition Review* 1993 3:205-8

74- Carael M, Mertens T, Cleland J. Data collection strategies in the study of behaviours: limited use of simple solutions to a complex problem. *Health Transition Review* 1993 3:211-4

75- Teka T. College students' attitudes and knowledge of AIDS. *Etiophian Medical Journal* 1993 31:233-7

76- Fourn L, Duci S. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): knowledge and fear of contagion in nursing students during their hospital training. *Med Trop Mars* 1993 53:315-9

77- Plant ML, Foster J. AIDS-related experience, knowledge, attitudes and beliefs among nurses in an area with a high rate of HIV infection. *J Adv Nurs* 1993 1881:80-8

78- Kohi TW, Horrocks MJ. The knowledge, attitudes and perceived support of Tanzanian nurses when caring for patients with AIDS. *International Journal of Nursing Studies* 1994 31:77-86

79- Lema WM, Hassan MA. Knowledge of sexually transmitted diseases, HIV infection and AIDS among sexually active adolescents in Nairobi, Kenya and its relationship to their sexual behaviour and contraception. *East African Medical Journal* 1994 71:122-8

80- Rogstad KE, Tesfaledet G, Abdullah MS, et al. Knowledge of HIV transmission and risk behaviour in Kenyan health care workers. *Int J STD AIDS* 1993 4:200-3

81- Maticka-Tyndale E, Kiewying M, Haswell-Elkins M, et al. Knowledge, attitudes and beliefs about HIV/AIDS among women in northeastern Thailand. *AIDS Education and Prevention* 1994 6:205-18

82- Hallhagen G, Toshach B, Lowhagen GB. Attitudes toward condoms and knowledge about STDs. An inquiry among patients at a department of venerology. *Lakartidningen* 1993 11;90:2659-60

83- Lema WM, Hassan MA. Knowledge of sexually transmitted diseases, HIV infection and AIDS among sexually active adolescents in Nairobi, Kenya and its relationship to their sexual behaviour and contraception. *East African Medical Journal* 1994 71:122-8.

84- Geringer WM, Marks S, Allen WJ, et al. Knowledge, attitudes and behavior related to condom use and STDs in a high risk population. *Journal of Sex Research* 1993 30:75-83

85- Remez L. Course on AIDS changed behavior and attitudes of high school students. *Family Planning Perspectives* 1994 26:46-7

86- Klepp KI. Songs and drama. *AIDS Action* 1994 25:4

87- In cauntry: Samoa. Radio against AIDS. *Pacific AIDS Alert Bulletin* 1994 109:8

88- Sheridan J, Bates IP, Webb DG, et al. Educational intervention in pharmacy students' attitudes to HIV/AIDS and drug misuse. *Medical Education* 1994 28:492-500

89- Ramsun DL, Marion SA, Mathias RG. Changes university students' AIDS-related knowledge, attitudes and behaviours, 1988 and 1992. *Canadian Journal of Public Health* 1993 84:275-8

90- Westerman PL, Davidson PM. Homophobic attitudes and AIDS risk behavior of adolescents. *Journal of Adolescent Health* 1993 14:208-13

91- Zimet GD, Diclemente RJ, Lazebnik R, et al. Changes in adolescents' knowledge and attitudes about AIDS over the course of the AIDS epidemic. *Journal of Adolescent Health* 1993 14:85-90

92- Adrien A, Cayemittes M, Bergevin V. AIDS-related knowledge, attitudes beliefs and practices in Haiti. Bulletin of Pan Am Health Organization 1993 27:234-43

93- Kaya HO, Kau M. Knowledge, attitudes and practice in regard to AIDS: the case of social science students at the University of Bophuthatswana. Curations 1994 17:10-4

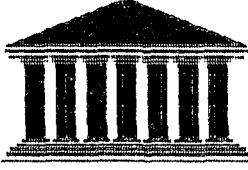
94- Pattullo AL, Malonzo M, Kimani GG, et al. Survey of knowledge, behaviour and attitudes relating to HIV infection and AIDS among Kenyan secondary school students. AIDS Care 1994 6:173-81



IG. YHE...
PROGRAMA...
CHEREZI

10- EKLER:

EK:1



Merhaba,
AİDS ile ilgili anketimize katkılarınıza ve yardımlarınıza şimdiden teşekkür ederim.

DEÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi , Dr. Hülya Ellidokuz

KONAKLAMA TESİSLERİNDE ÇALIŞANLARIN AIDS KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMU ANKET FORMU

	Kod
1- Sıra no:	1-3
2- Cinsiyetiniz: o 1-Erkek o 2- Kadın	4
3- Kaç yaşındasınız?	5-6
4- Medeni durumunuz nedir? o 1- Bekar o 2- Evli o 3- Dul o 4- Diğer(.....)	7
5- Öğrenim durumunuz nedir? o 1- Okur yazar değil o 2- Okur yazar o 3- İlkokul mezunu o 4- Ortaokul mezunu o 5- Lise mezunu o 6- Yüksekokul mezunu	8
6- Turizmle ilgili eğitiminiz nedir? o 1- Turizmle ilgili eğitimim yok o 2- Turizm meslek kursu (TUREM veya Özel kurs) o 3- Turizm Meslek Lisesi o 4- Turizm Meslek Önlisans Programı o 5- Turizm Meslek Yüksekokulu o 6- Turizm ile ilgili fakülte	9
7- Otelde şu anda görevli olduğunuz bölüm neresidir? o 1- Önbüro o 2- Yiyecek İçecek o 3- İdari bölüm o 4- Kat hizmetleri o 5- Üniformalılar o 6- Plaj Görevlisi o 7- Diğer (.....)	10
8-Şu anda hangi görevdesiniz? (.....)	11
9-Kaç yıldır turizm sektöründe çalışıyorsunuz? (.....)	12-13

10- AIDS hakkında doğru olanları işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) 14-19

- 1- Öldürücü bir hastalıktır.
- 2- Bir tür kanserdir.
- 3- Aşı ile önlenebilen bir hastalıktır.
- 4- Bulaşıcı bir hastalıktır.
- 5- Uzun süren ishal, kilo kaybı ve ağızda yara hastalığının ilk bulgularındandır.
- 6- Korunma yöntemleri vardır.

11- AIDS'in bulaşma yollarından doğru olanları işaretleyiniz. 20-39
(Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- 1- Tokalaşma ile
- 2- Öpüşme ile
- 3- AIDS'li hasta ile aynı odada bulunma
- 4- Bardak, tabak, havlu gibi eşyaları ortak kullanma
- 5- Cinsel ilişki sırasında
- 6- Öksürme sonucu havaya karışan mikropla
- 7- AIDS li hastaya kullanılan enjektör iğnesinin batması ile
- 8- Hastanede yatarken damardan kan nakli ile
- 9- Ortak diş fırçası, traş bıçağı kullanılması ile
- 10- Berberde saç veya sakal traş sırasında cildin kesilmesi ile
- 11- Sivrisinek ve diğer böceklerin ısırması ile
- 12- Tırnak bakımı (manikür, pedikür) sırasında
- 13- Dövme yaptırma sırasında
- 14- Oral (ağız yoluyla) seks ile
- 15- Anal (makad) seks ile
- 16- Homoseksüel (eşcinsel) ilişki sırasında
- 17- Anneden karnındaki bebeğine
- 18- Diş tedavisi sırasında
- 19- AIDS'li bir kişi ile aynı otobüs, taksi, uçak gibi taşıtlara binme ile
- 20- Damardan uyuşturucu kullananların aynı enjektörü kullanması ile

12- AIDS'den korunma olanağı var mıdır? 1-Evet 2-Hayır 3-Bilmiyorum 40

13- Yukarıdaki soruya yanıtınız 'Evet' ise uygun olan korunma yöntemlerini işaretleyiniz. 41-46
(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1- AIDS aşısı olunursa
- 2- Cinsel ilişki sırasında prezervatif (kondom veya kılıf) kullanılırsa
- 3- AIDS konusunda yeterli bilgi sahibi olunursa
- 4- Kan ve kan ürünlerinin AIDS testi yapılarak kullanılması
- 5- AIDS'li kişiye aşı yapılırsa
- 6- Diğer (.....)

14-Sizce AIDS'e yakalanma açısından risk altında olan kişiler ve meslek gruplarını yazınız. 47

(.....
.....
.....
.....)

15- Bugüne dek AIDS ile ilgili bilgilerinizi nereden aldınız?

48-56

(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 1- TV, radyo, gazete vb.
- 2- Arkadaşlardan
- 3- Aileden
- 4- Okuldan
- 5- Toplantı yada seminerden
- 6- Otel müdüründen
- 7- Bir müşteriden
- 8- Cinsel ilişkide bulunduğum bir müşteriden
- 9- Diğer(.....)

16- Otelde tatil yapan bir turistle arkadaş oldunuz. Arkadaşlığınız yavaş yavaş ilerledi. Turistin tatilde olmasının verdiği rahatlık ve özgürlük duygusu sizi de etkiledi. Birbirinizden çok hoşlandınız. Birkaç gece birlikte gezip eğlendiniz. Cinsel yönden de birbirinizi etkilemeniz sonucu gelişebilecek, aşağıdaki durumlara karşı yaklaşımınız ne olurdu?

(Her durum için size uygun seçeneği işaretleyiniz.)

57-63

EVET HAYIR BELKİ

- Elele tutup, dolaşırım
- Sarılırım
- Dokunurum, okşarım
- Öpüşürüm
- Oral (ağızdan) seks yaparım
- Cinsel ilişki kurarım
- Anal (makatdan) seks yaparım

17- Yurtdışından gelen bir grup turisti otelinizde konuk etmektesiniz. Güzel, keyifli bir tatil geçirmeyi isteyen turistler oteldeki sıcak ortamdaki memnun görünmekte. Bir gün turistlerden birisinin AIDS'li olduğunu öğrendiniz. Böyle bir durumda tutumunuz ne olurdu?

64

- 1- Tutumumda değişiklik olmazdı
- 2- Otele kabul edilmesine karşı çıkardım
- 3- Odasına girmezdim
- 4- Yanına yaklaşmamaya çalışırdım
- 5- Ona servis yaparken dikkat ederdim
- 6- Diğer(.....)

18- AIDS'li olduğu söylenen bu turistin kullandığı eşyaların (çarşaf, tabak, çatal, bıçak, bardak gibi) temizlenmesi konusunda tutumunuz ne olurdu?

65

- 1- Diğer müşterilerin kullandığı eşyalarla birlikte temizlerdim
- 2- AIDS'li turistin eşyalarını ayrı tutar, klorlu suyla temizlenmesini sağlardım
- 3- Bu eşyalara dokunmazdım
- 4- Diğer(.....)

19- AIDS'li olduğu söylenen bu turistle aranızda bir süre sonra bir arkadaşlık gelişse, daha fazla birlikte olmak için birbirinize zaman ayırırsanız, bu arada biraz daha yakınlaşıp cinsel yönden etkilenmeye başlasanız ; aşağıdaki durumlarda ne yapardınız?
(Her durum için size uygun seçeneği işaretleyiniz.)

66-72

EVET HAYIR BELKİ

Elele tutup, dolaşırım
Sarılırım
Dokunurum, okşarım
Öptürürüm
Oral (ağızdan) seks yaparım
Cinsel ilişki kurarım
Anal (makatdan) seks yaparım

20- Birkaç gündür tanıdığımız birisiyle cinsel ilişki kurmuş olsanız ve birgün cinsel ilişkide bulunduğunuz bu kişinin AIDS'li olduğunu öğrenseniz ne yapardınız?

73

- 1- Hiçbir şey yapmazdım.
- 2- En yakın sağlık kuruluşuna başvurur, kan tahlili yaptırırdım.
- 3- Hemen arkadaşıma danışırdım.
- 4- Paniğe kapılıp kimseye söylemezdim.
- 5- Diğer (.....)

21- AIDS ile ilgili bilgi alabileceğiniz bir kurum var mı?o1-Evet o2-Hayır o3-Bilmiyorum

74

22- Yanıtınız "Evet"se bu kurumun adı nedir?

75

23- AIDS ile ilgili eğitim verilmesini ister misiniz? o 1- Evet o 2- Hayır o 3-Fikrim yok

76

24- Yanıtınız evet ise bu eğitimi nerede almak isterdiniz?

77

- 1- Çalıştığım otelde
- 2- Bir sağlık kuruluşunda (Hastane, sağlık ocağı gibi)
- 3- Bir turizm işletmesinde
- 4- Diğer (.....)

25- AIDS ile ilgili eğitimi sizce kim vermeli?

78

- 1- Otel yöneticisi
- 2- Otel doktoru
- 3- Sağlık kuruluşundan bir kişi
- 4- Turizm Bakanlığından bir kişi
- 5- Diğer (.....)

Teşekkür ederim.

EK:2

Merhaba ,
Yardımlarınıza ve oteliniz ile ilgili sorularıma vereceğiniz
yanıtlara şimdiden teşekkür ederim

OTELLER İÇİN BİLGİ FÖRMU

Sıra no:.....

Otelinizin kaç yıldızlı olduğunu işaretleyiniz.

- 1-1 yıldızlı
- 2-2 yıldızlı
- 3-3 yıldızlı
- 4-4 yıldızlı
- 5-5 yıldızlı

Otelinizde çalışan toplam personel sayısını belirtiniz. (.....)

Otelinizde personelinizin sağlık sorunları için doktor var mı?

- 1- Var
- 2- Yok

Yanıtınız 'Var' ise doktorunuzun otelde bulunuş süresi ne kadardır?

Aşağıdaki seçeneklerden hangisi doktorunuza uymaktadır?

- | | | | |
|-----------------------------------------|-------|-------|--------------|
| İşyeri Hekimliği Sertifikası | 1-Var | 2-Yok | 3-Bilmiyorum |
| Turist Sağlığı ve Hekimliği Sertifikası | 1-Var | 2-Yok | 3-Bilmiyorum |

Otelinizde sağlık eğitimi veriliyor mu?

- 1-Evet
- 2-Hayır

Sağlık eğitimi veriliyorsa bu eğitim kim tarafından sürdürülüyor?

(.....)

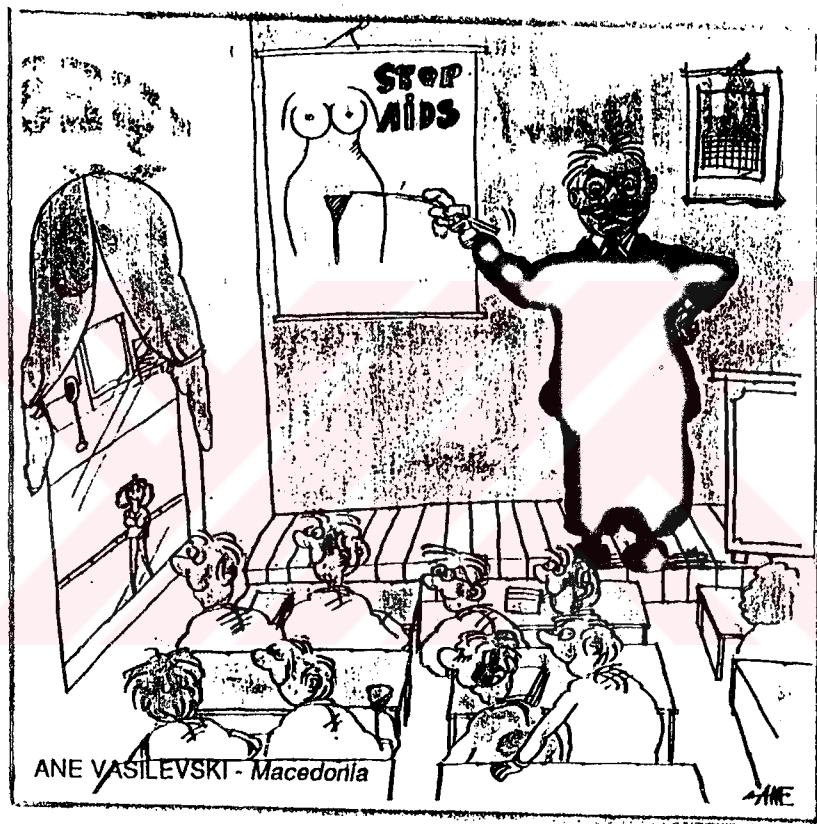
Bugüne dek eğitim verilen konular nelerdir?

(.....)

(.....)

(.....)

Teşekkür ederim.



ANE VASILEVSKI - Macedonia