

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HIV/AIDS POZİTİF KİŞİLERİN
SOSYOPSİKOLOJİK VE HUKUKİ SORUNLARININ
TESPİTİ**

Züleyha TOKSOY

**DANIŞMAN
Yrd. Doç.Dr. Nezih VAROL**

İSTANBUL - 2013

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HIV/AIDS POZİTİF KİŞİLERİN
SOSYOPSİKOLOJİK VE HUKUKİ SORUNLARININ
TESPİTİ**

Züleyha TOKSOY

**DANIŞMAN
Yrd. Doç.Dr. Nezih VAROL**

İSTANBUL - 2013

24/04/2013

TEZ ONAYI

Kurum : Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Seviyesi : Yüksek Lisans (x) Doktora ()
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Tez Sahibi : Züleyha Toksoy
Tez Başlığı : HIV/AIDS Pozitif Kişilerin Sosyopsikolojik ve Hukuki Sorunlarının
Tespiti
Sınav Yeri : Sağlık Bilimleri Yüksekokulu
Sınav Tarihi : 24.04.2013

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/-Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Öğretim Üyesi	Üniversite	Fakülte	Anabilim Dalı	İmza
1 -Prof.Dr. Mithat Kıyak	Okan Üniversitesi	İİBF	Sağlık Yönetimi	
2 -Yrd. Doç.Dr. Nezih Varol	Maltepe Üniversitesi	Tıp Fakültesi	Adli Tıp	
3 -Yrd. Doç.Dr. Yıldırım B. Gülhan	Okan Üniversitesi	İİBF	Sağlık Yönetimi	

Yukarıdaki Jüri Kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 01/04/2013 tarih ve 4 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof.Dr. Mithat Kıyak
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Bu çalışmada amaç, HIV(+) kişilerin, koşullarının neler olduğu, sosyal yönden iyilik hallerine ulaşmada neler gerektiği, tanı, tedavileri ve haklarını bilip bilmediklerini ve hukuksal süreçlere ihtiyaç duyup duymadıklarını tespit etmektir. Araştırma Antalya Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserinde, kayıtlı 201 hastanın 95'ine ulaşılarak yapılmıştır.

Araştırmada HIV(+) kişilerin değerlendirilmesinde, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde SPSS 18.0 (Statistical for Social Scienses for Windows) paket programları yararlanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler yanında ki-kare ile Student's t testleri kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda HIV(+) kişilerin, %80 lise ve altı eğitim grubunda olduğu, %61'i evli olduğu bulunmuştur. HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin diplomalı mesleği olanları %23,2, tanı aldıktan sonra %30'unun iş değiştirdiği, HIV/AIDS tanısının çoğunlukla başka bir hastalığı nedeniyle hekim tarafından yapılan testlerle (%40) ve kan bağıışı sırasında (%23,2) konulduğu bulunmuştur. Cinsel tercihleri ise %87,4 kadarı heteroseksüel, %5,3 kadarı biseksüel ve %7,4 kadarı da homoseksüel olarak bulunmuştur. HIV(+) olguların HIV ve AIDS hakkında bilgiyi nereden aldınız sorusuna %63,2'si sağlık personelinden demiştir. Cinsiyete göre erkeklerin daha fazla son bir yıl içinde para karşılığı çalışan seks işçileri ile cinsel teması ($p=0,041$) olduğu bulundu. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin gelir düzeyi yüksek olanların riskli cinsel davranışları daha düşük bulunmuştur. Lise altı eğitim düzeyine sahip bireylerin, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlara göre hakları hakkında bilgi düzeyleri daha düşük bulundu ($p=0,000$). Kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına saygı hakkı ihlali cinsiyet olarak ($p=0,048$) daha çok erkeklerde yaşandığı bulunmuştur. Çalışmaya katılanların, hastalar arasında eşitlik (ayrımcılık yapılmaması) hakkı ihlalini ($p=0,036$) kadınların daha çok yaşadığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi ile AIDS hakkında bilgi düzeyi arasında fark saptandı ($p=0,000$). Lise altı eğitim düzeyine sahip bireyler, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlara göre AIDS hakkında bilgi düzeyleri daha düşük ($p=0,000$) bulundu. Çalışmaya katılan kişilerin çeşitli korkuları olduğu tespit edilmiştir. Bunların; ölüm korkusu %10,5, bulaştırma korkusu %15,8, dışlanma korkusu %26,3,

olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan kişilerin %7,4'ü pişmanlık duygusu yaşadığı, %11,6 kadarında ise intihar dūřüncesinin olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan HIV pozitif kişilerin %23,2 kiři hasta hakkı ihlaline maruz kalmış, %7,4 kiři ise çalışma hakkı ihlali yaşamıştır.

HIV (+) kişilerin tanıları, hakları konusunda bilgi düzeyinin artırılması, her konuda pozitif etki yapacağı dūřünölmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV(+) kişi, Hasta hakları, hak ihlalleri, sosyal ve psikolojik olarak yaşananlar, kayıp

ABSTRACT

THE DETERMINATION OF SOCIOPSYCHOLOGICAL AND LEGAL PROBLEMS OF HIV/AIDS POSITIVES

The objective of this study is to identify life conditions of HIV (+) individuals, to define their needs to get well, whether they know their diagnosis, their treatment, their rights and to define whether they need legal proceedings.

This study was made by interviewing the HIV(+) patients of Antalya Dispanser for Skin and Genital Diseases. For this study 95 of 201 registered HIV(+) were reached. In this study for evaluation of HIV positives patients is used an inquiry form that were used prepared by researcher. For analyze of datas were used SPSS programs and also students t, chi-square tests.

End of the study, living with HIV/AIDS patients, 80% of the individuals high school or less educated, 61 of % were married, 23,2% professionals certified, and 30 of % changed work after diagnosis.

Diagnosis of HIV was made while laboratory work-up for different complaints in 40% of patients and after blood donation in 23.2% of patients. Sexual choice of them, 87.4% of patients was heterosexual, 5.3% bisexual and 7.4% was homosexual. When we ask them that questions (How did you hear about HIV/AIDS ?). 63,2% of patients answered 'health worker'.

Male patients had significantly more often sexual contact with sex worker with in the last year ($p=0,041$), but patients with better income had less risky sexual behaviour.

Patients with less than high school education had less knowledge about social and legal rights ($p=0,000$). Neglects of right of bodily integrity and other personal rights were more often in male persons ($p=0,048$). Neglects of male-female equality rights was more often in female persons ($p=0,036$). Difference was found between the level of knowledge about AIDS with education level ($p=0,000$). Patients with less than high school education had less knowledge about AIDS ($p=0,000$). Various fear was

defined in most people: 10,5% was afraid of dying, 15,8% was afraid infect others, 26,3was afraid of getting excluded from comminty. 7,4% of patients had feelings of regret and 11,6% had considered suicide. 23,2% HIV positive indivudials reported of neglects of patients rights, 7,4% patients reported neglect of right to work.

Increasing knowledge about their disease and their rights in HIV positives patients will be useful positive effects and make pozitive in a lot of aspects.

Key Words: HIV+ individuals, patients rights, neglect, social and psychological problems, loss

ÖNSÖZ

Sağlık yönetimine inancı ve bizlere verdiği destekle mevcut tıp sistemi içinde güçlenmemiz konusunda oldukça etkin olan anabilim dalı başkanımız Sayın Prof.Dr. Mithat KIYAK'a,

Öğrencilik sürecimde tezimle ilgili her konuda yardımcı olan tez danışmanım Sayın Doç.Dr. Nezih VAROL'a,

Her konuda emek bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen ideal çalışma biçim ve tempolarıyla her zaman destek olan, tezimle ilgili her konuda ve her aşamada yardımcı olan, tüm yaşamım boyunca saygı ve tebessümle hatırlayacağım Sayın Prof.Dr. Rabin SABA'ya,

Tezimin istatistiksel analizinde destek olan Sayın Yrd.Doç.Dr. Mehtap TÜRKAY'a,

Tezimin veri toplama aşamasında bilgi ve deneyimleri ile destek olan Sayın Prof.Dr. Dilara İNAN'a,

Yaptığım tüm işlerde destek olan eşim Aydın ve hayatımın anlamı oğlum Can'a, teşekkürü borç bilirim.

Züleyha TOKSOY

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Züleyha TOKSOY

İmza



İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
TEZ ONAYI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ	vii
BEYAN	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar DİZİNİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. HIV/AIDS	3
2.1.1. Dünyada HIV/AIDS Epidemiyolojisi	4
2.1.2. Türkiye’de HIV/AIDS Epidemiyoloji	6
2.1.3. Antalya’da HIV/AIDS Epidemiyolojisi	7
2.2. Patofizyoloji Ve Tanı	8
2.2.1 Doğal Hikaye ve HIV Enfeksiyonunun Klinik Evreleri	9
2.2.2. Standart Tanısal Testler	11
2.2.2.1. HIV Testi Yapılırken Bilinmesi Gerekenler	13
2.2.2.2. Endikasyonlar	15
2.3. Klinik Özellikler	15
2.3.1. Temel Semptomlar ve Ateşli Hastalıklar	15
2.3.1.1. Dissemine MAK	16
2.3.2. Nörolojik Komplikasyonlar	16
2.3.2.1. AIDS Demansı	17
2.3.2.2. Toxoplasmosis	17
2.3.2.3. Kriptokokosis	17
2.3.2.4. Diğer Nörolojik Rahatsızlıklar	17

2.3.3. Sık Oftalmolojik Komplikasyonlar	18
2.3.3.1. Sitomegalovirüs Retiniti	18
2.3.3.2. Herpes Zoster Oftalmikus	18
2.3.4. Pulmoner Komplikasyonlar	18
2.3.4.1. Pneumocystis Pneumonia	18
2.3.4.2. Tuberküloz	19
2.3.4.3. Bakteriyel Pnömoni	19
2.3.5. Kardiyovasküler Komplikasyonlar	19
2.3.6. GI Komplikasyonlar	20
2.3.6.1. Oral ve Özefagus Komplikasyonları	20
2.3.6.2. Diyare	20
2.3.6.3. Diğer GI Komplikasyonlar	20
2.3.7. Renal Komplikasyonlar	21
2.3.8. Kutanöz Komplikasyonlar	21
2.3.8.1. Kaposi Sarkomu	21
2.3.8.2. Herpes Simplex (HSV)	21
2.3.8.3. Varicella-Zoster Virüs Enfeksiyonu	22
2.3.9. Psikiyatrik Rahatsızlıklar	22
2.3.10. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	22
2.3.11. HIV-Enfekte Hastaların Immünizasyonu	23
2.3.12. Antiretroviral Tedavi	23
2.3.13. Enfekte Hastalar'da İlaç Etkileşimleri ve Yan Etkiler	23
2.4. HIV/AIDS Ve Sosyal Boyutları	24
2.4.1. Türkiye'de HIV/AIDS'in Hukuki Yeri	24
2.4.2. HIV/AIDS Sosyo-Psikolojik Boyutu	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	34
3.2. Araştırmanın Evreni	34
3.3. Araştırmanın Tipi	35
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	35
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	35
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	35

3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları	36
3.6. Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi	36
3.7. Uygulamada Karşılaşılan Güçlükler	37
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA	68
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	84
6.1. Sonuç	84
6.2. Öneriler	88
KAYNAKLAR	89
EKLER	96
Ek 1. Gönüllü Çalışma Onam Formu	97
Ek 2. Anket Form	98
Ek 3. Etik Kurul Onayı	104
Ek 4. Antalya Valiliği, İl Sağlık Müdürlüğü çalışma izni	108
Ek 5. Antalya Valiliği, Halk Sağlığı Müdürlüğü çalışma izni	109

TABLolar DİZİNİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 2.1. AIDS epidemisinin küresel özeti – 2011 (2)	6
Tablo 2.2. Türkiye’de bildirilen HIV/AIDS vakalarının, bulaş yollarına göre dağılımı (1 Ekim 1985- Haziran 2012)	6
Tablo 2.3. Türkiye’de bildirilen HIV/AIDS vakalarının, yaş ve cinsiyete göre dağılımı 1- Ekim 1985-Haziran 2012	7
Tablo 2.4. Kazanılmış immünyetmezlik sendromunda hasta tanımlayıcı indikatör durumlar (6)	11
Tablo 2.5. 4. kuşak ELISA testleri ile HIV tanı ve tarama algoritması (7)	14
Tablo 2.6. HIV/AIDS bağlı kayıplar ve bunların nedenleri (58)	30
Tablo 3.1. Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserinde kayıtlı HIV(+) kişi sayısı	34
Tablo 4.1. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin sosyodemografik özellikleri	38
Tablo 4.2. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin iş Durumları	39
Tablo 4.3. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin eş bilgileri	40
Tablo 4.4. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin cinsel tercihi, tanı alma ve tespit durumu	40
Tablo 4.5. Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların tedavi alma durumu ve düşünceleri	41
Tablo 4.6. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin AIDS hakkında bilgi alma durumları ve CD4 ile HIV RNA sayımlarını bilme durumlarının dağılımları	42
Tablo 4.7. Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların fırsatçı enfeksiyon ve kronik hastalık bulguları	43
Tablo 4.8. Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların cinsel yaşamları ile ilgili bulguların dağılımı	44
Tablo 4.9. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin cinsiyete göre bazı davranış özellikleri	46

Tablo 4.10.	Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin eğitime göre bazı davranış özellikleri	47
Tablo 4.11.	Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin gelir durumuna göre bazı davranış özellikleri	48
Tablo 4.12.	Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların yaşadığı durumların dağılımı	49
Tablo 4.13.	Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların hastalığına ilişkin yaşanan durumların eğitim durumuna göre analizi	51
Tablo 4.14.	Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların hastalığına ilişkin yaşanan durumların cinsiyete göre analizi	54
Tablo 4.15.	Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların haklarını bilme durumu bulguları	56
Tablo 4.16.	Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin eğitim gruplarına göre haklarını bilme durumu analizi	57
Tablo 4.17.	Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların hak ihlali yaşama durumları	59
Tablo 4.18.	Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin hak ihlali yaşama durumlarının eğitim gruplarına göre analizi	60
Tablo 4.19.	Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin bilgi durumları dağılımı	64
Tablo 4.20.	HIV(+) hastaların AIDS hakkındaki bilgi düzeyi ile eğitim ve cinsiyet arasındaki ilişki	65
Tablo 4.21.	Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin yaşadıkları sağlık sorunları (açık uçlu soruların analizi)	65
Tablo 4.22.	Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin yaşadıkları psikolojik sorunlar (açık uçlu soru ve birden fazla sorun ifade edilmiştir)	66
Tablo 4.23.	Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin yaşadıkları hukuksal sorunlar (açık uçlu soruda birden fazla sorun ifade edilmiştir)	66

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS	Edinsel bağışıklık Yetmezlik Sendromu
ART	Antiretroviral tedavi
BOS	Beyin omurilik sıvısı
CMV	Dissemine sitomegalovirüs
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HIV	İnsan immünyetmezlik virüsü
KS	Kaposi sarkomu
MAK	Mycobacterium avium kompleks
PCP	Pnömocystitis carinii jiroveci pnömonisi
UAK	Ulusal AIDS Komisyonu
YAART	Yüksek aktiviteli antiretroviral tedavi

1. GİRİŞ

Türkiye’de HIV enfeksiyonunun prevalansı düşük olmasına rağmen, son yıllarda insidansı artmaktadır. HIV/AIDS hastalığı bölgesel sorun oluşturan bir hastalık değil, tüm dünya için sorun oluşturan bulaşıcı bir hastalıktır. HIV/AIDS sadece erişkinleri değil, kadın, çocuk, genç herkesi etkileyebilen, henüz virüsün vücuttan atılımını tam olarak atmayı sağlayabilecek tedavisinin ve aşısının bulunmadığı önemli bir kronik hastalıktır (1). HIV enfeksiyonunun tedavisi bağışıklık sistemini güçlendirmeye yöneliktir.

Bağışıklık sistemi vücudun doğal savunma sistemidir. Hücrelerden, dokulardan ve organlardan oluşan bir ağdır. HIV enfeksiyonu bağışıklık sistemini zayıflatarak, sık rastlanan enfeksiyonlara veya hastalıklara yol açabilir. Bu enfeksiyonlar ve hastalıklar nedeniyle kişinin yaşam kalitesi düşer. Dolayısıyla kişi, hastalıkları nedeniyle iş kaybı, maddi kayıp sosyal ve psikolojik kayıplar yaşayabilir. HIV enfeksiyonu büyük ekonomik yük getiren, yaşam boyu ilaç kullanmayı gerektiren, toplumlar arası farklılıklar olmasına rağmen, kişilerin sosyal, psikolojik, hukuki sorunlar yaşamasına sebep olan bir hastalıktır. Bu sebeple tedavide uyum sorunları ve beraberinde etik sorunları da barındıran çok yönlü bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır.

HIV/AIDS hastaları, damgalanma, ayrımcılık gibi problemlerde yaşayabilmektedirler. HIV(+) kişiler, hastalığın kendisinin yaşamı tehdit eden hastalık olması, hastalığa toplumsal bakış, hastalığa yüklenen değerler nedeniyle psiko sosyal sorunlar yaşamaktadırlar.

HIV/AIDS kişilerin, hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi tedaviye uyumu arttırdığı bilinmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmaların çoğu genellikle, HIV/AIDS farkındalığını artırmaya yönelik veya riskli davranışları ölçmeye yönelik olarak yapılan toplum kaynaklı çalışmalardır. HIV pozitif kişiler üzerinde yapılan çalışmalar genellikle klinik çalışmalardır. HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin farkındalık durumlarını değerlendirebilmek açısından ülkemizde çok fazla veri yoktur.

HIV (+) kişilerin sağlık sorunlarının yanında sosyal yaşamlarının da önemli bir şekilde değiştiği bilinmektedir. Bu çalışmada amaç, mahremiyetlerini son derece gizli olarak yaşamaları gereken bu kişilerin, koşullarının neler olduğu, sosyal yönden iyilik

hallerine ulaşmada neler gerektiği, tanı, tedavileri ve haklarını bilip bilmediklerini ölçerek bu konudaki eksikliklerin tespiti yanında konunun önemi bakımından da hukuksal süreçlere ihtiyaç duyup duymadıklarını tespit etmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HIV/AIDS

İlk defa 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde cinsel yönelimi homoseksüel erkeklerde ve Haiti'den gelen göçmenlerde ender rastlanan Pnömocystitis carinii jiroveci pnömonisi (PCP) ve Kaposi sarkomu (KS) vakalarının tespit edilmesi ile AIDS hastalığı tanımlanmıştır. Bu infeksiyonlar tedaviye iyi cevap vermemekte ve hastalık ölümlerle sonuçlanmaktaydı. Araştırmacılar bu hastalığın daha önce literatür'de rastlanmayan yeni bir hastalık olduğu konusunda birleşerek bu yeni hastalığa "AIDS" (Edinsel bağışıklık Yetmezlik Sendromu, **Acquired Immune Deficiency Syndrome**) adını vermişlerdir. 1983 yılında AIDS'e neden olan virüs HIV (İnsan bağışıklık Yetmezlik Virüsü, **Human Immunodeficiency Virus**) izole edilmiş olup, bu virüs vücudun savunma gücünü zayıflatmakta, yıkmakta ve normal koşullarda tedavi edilebilen hastalıklar, savunma gücü yetersiz kaldığından tedavi edilememektedir. HIV infeksiyonu sadece erişkinleri değil, herkesi etkileyebilen, henüz virüsün vücuttan atılmasını sağlayabilecek tedavisinin ve aşısının bulunmadığı bir hastalıktır (1).

Yan etkileri fazla ve ekonomik olarak büyük yük getiren (aylık 1500-2000 TL) tedavisine rağmen, hastalıktan ölüm tamamen ortadan kalkmamış, HIV infeksiyonu ölümcül hastalık olmaktan çıkıp, yaşam boyu ilaç kullanımını gerektiren bir tür kronik hastalığa dönüşmüştür. Hastalığın tanımlandığı ilk yıllarda HIV enfekte vakalar az sayıda olması nedeni ile fazla ilgi çekmemiştir. Ne zamanki biseksüel erkekler aracılığı ile kadınlara ve enfekte hamile kadınlardan da bebeklere geçmesi ile vakaların giderek artmaya başlaması ile tüm dünyanın odak noktası haline gelmiştir. Bunu dikkate alan tıp dünyası, gönüllü kuruluşlar ve kişiler öneminin anlatılabilmesi, toplumun bilgilendirilmesi ve korunma yollarının öğretilmesi için faaliyetler düzenlemeye başlamışlar ve 1 Aralık gününü de "**Dünya AIDS Günü**" olarak ilan etmişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) her yıl 1 Aralık için bir slogan belirlemekte ve tüm ülkeler bu çerçevede toplum bilgilendirmeye yönelik faaliyetler yapmaktadırlar (1). 2012 yılı için slogan, "sıfır yeni enfeksiyon", "sıfır ayrımcılık", "sıfır AIDS bağlı ölüm" olarak belirlenmiştir (2).

2.1.1. Dünyada HIV/AIDS Epidemiyolojisi

01 Aralık 2012 AIDS haftasında UNAIDS ve DSÖ verilerine göre küresel olarak 2011 yılının sonunda Dünyada HIV ile yaşayan sayısı 34 milyondur. UNAIDS 2012 raporuna göre yetişkin 30,7 milyon, kadın 15 milyon, çocuk (<15 yaş) 3,3 milyondur. 2011'de yeni infekte olan sayısı toplam 2,5 milyon, yetişkin 2,2 milyon, çocuk (<15 yaş) 330 000 çocuk enfekte olmuştur. Bu sayı 2001 yılına göre %20 daha azdır. Yani tüm dünyada bölgeler arasında farklılık göstermesine rağmen, yeni infekte olan insan sayısı azalmaya devam etmektedir. 2001 yılından beri en keskin azalma Karayipler (%42) ve Subsaharan Afrika (%25)'da olmuştur (2).

Ülkeler ve bölgeler arasındaki farklılığa rağmen dünya çapında yetişkin (15-49 yaş) prevelansı %0,8 HIV(+) olarak bulunmuştur. Genç kadınların (15-24 yaş) prevelansı %0,5, genç erkeklerin (15-24 yaş) prevelansı %0,3'tür. Tahmini AIDS yüzünden bugüne kadar öksüz kalanların sayısı 17,3 milyonu bulmuştur (2).

En ciddi olarak etkilenen bölge Subsaharan Afrika'dır. Bu bölgede yaşayan her 20 yetişkinden 1 tanesi (%4.9) HIV(+)’tir. Ayrıca tüm dünyadaki HIV(+)’lerin %69’u burada yaşamaktadır ki, bu bölge küresel nüfusun sadece %12’sini oluşturmaktadır. Bölgesel prevelansı da Asya’dan 25 kat daha fazladır. Güney, Güney-Doğu ve Batı Asya’da 5 milyon civarında HIV(+) insan yaşamaktadır. Afrikadan sonra en ağır etkilenen yerler Karayipler, Doğu Avrupa ve Orta Asya’dır. Bu bölgelerde HIV(+) olarak yaşayan insanlar %1 oranındadır (2).

Dünyanın bazı bölgelerinde HIV endişe yaratmaya devam etmektedir. 2001’den beri Orta Doğu ve Kuzey Afrika’daki yeni infekte olan insan sayısı %35’den %37’e çıkmıştır. Kanıtlar şunu göstermektedir. Doğu Avrupa ve Orta Doğu’daki HIV insidansı 2000’li yılların sonlarında artmaktadır. Son 10 yılda birçok ulusal epidemilerde belirgin değişiklikler olmuştur. Toplam 39 ülkede 2001’den 2011’e yetişkinler arasındaki HIV insidansı %25’den fazla düşmüştür. Bu bölgede HIV önleme çabalarındaki sürekliliğin önemi vurgulanmıştır. Epidemiyolojik eğilimler diğer bazı ülkelerde daha az olumlu olmuştur. En az 9 ülkede yeni infekte olan insan sayısı 2011’de, 2001’e göre %25 daha fazladır (2).

Daha fazla HIV(+) insan tedavi yollarına ulaşabildiklerinden, Dünyada HIV ile yaşayan kişi sayısı artmıştır. Doğu Avrupa ve Orta Asya’da HIV ile yaşayanların sayısı

2001'den 2010'a %250 oranında arttı. HIV enfeksiyon artışını özellikle son yıllarda artan antiretroviral (ART) tedavi yaygınlığının artışı yansıtmaktadır. AIDS ilişkili vakalardan ölen kişi sayısı 2000'lerin ortasında ulaştığı pik düzeyden (2,2 milyon) 2011 yılında azalarak 1,7 milyon kişiye düşmüştür. 1995 yılından beri UNAIDS'in yeni hesaplarına göre, ART tedavisinin kullanıma girmesiyle düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde toplam 2,5 milyon ölüm engellenmiştir (2). Bu başarımın çoğu tedaviye hızlı ulaşım sonucu özellikle son üç yılda kazanılmıştır (2).

Düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde 2009-2011 tarihleri arasındaki 3 yıl içinde antiretroviral profilaksi ile 409 000 çocuk HIV'den korunmuştur. 2011'de 330 000 çocuk HIV'e yakalanmıştır. Bu durum 2003'den beri %43'lük bir azalmayı ve 2009'dan beri %24'lük keskin bir azalmayı gösterir (2).

HIV(+) kişilerin kendi sağlıkları için antiretroviral tedavi alma yüzdeleri %54 iken, HIV+ gebelerde ise bu oran %30 olduğu tespit edilmiştir. 2011 yılının sonunda antiretroviral tedavi alan insan sayısı 8 milyona ulaşmıştır. Önceki yıllara göre daha fazla HIV(+) kişiye antiretroviral tedavi başlandı. Bu sayı 2010 yılına oranla %21 daha fazladır. Bu başarımın çoğu tedaviye hızlı ulaşım sonucu özellikle son iki yılda kazanılmıştır (2).

Dünya çapında 2011 yılında 1,7 milyon insan AIDS ile ilişkili nedenlerden dolayı öldü. AIDS ile ilişkili nedenlerden dolayı ölümler 2005 yılına (2,3 milyon) göre %24'lük bir azalma göstermiştir. Subsaharan Afrika'daki bu oran ise %32 olmasına rağmen, halen bu bölgedeki ölümlerin %70 nedenini AIDS ile ilişkili nedenler oluşturmaktadır. Yine AIDS ile ilişkili nedenlerden dolayı ölümlerde Karayipler'de %48, Okyanusya'da %41'lik bir azalma olmuştur. Yine aynı periyotta en ılımlı azalma Latin Amerika'da %10, Asya'da %4 Batı ve Orta Avrupa'da ve Kuzey Amerika'da %1 olmuştur. Buna karşın Doğu Avrupa ve Orta Asya'da %21, Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da %17 AIDS ile ilişkili nedenlerden dolayı ölümlerde artış kaydedilmiştir. 2004 yılından beri HIV(+) kişilerdeki tüberküloz nedeniyle ölüm dünya çapında %25 azalmıştır. 2011 yılında HIV(+) tüberküloz gelişen 8,7 milyon kişiden yaşayan sayısı 1,1 milyon (%13) olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca tüberküloz tespit edilen hastalardan, HIV testi alanların %23'ünde HIV testi (+) bulunmuştur (2).

Tablo 2.1. AIDS epidemisinin küresel özeti -2011 (2).

HIV/AIDS ile yaşayanlar		
Total		34,0 milyon
Erişkin		30, milyon
	Kadın	15,0 milyon
	15 yaş altı	3,3 milyon
2011 yılında HIV infekte yeni vakalar		
Total		2,5 milyon
Erişkin		2,2 milyon
	15 yaş altı	330 bin
2011 yılında HIV/AIDS hastalığından ölenler		
Total		1,7 milyon
Erişkin		1,6 milyon
	15 yaş altı	260 bin

2.1.2. Türkiye’de HIV/AIDS Epidemiyoloji

Türkiye’de HIV/AIDS prevalansı düşük olmasına karşın insidans yıllar içinde artmaktadır. Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı 30 Haziran 2012 verilerine göre 5820 HIV/AIDS hastası vardır. Bunların 975’i AIDS basamağına ulaşmış, 4845 kişi ise HIV pozitifdir. Vakalar daha çok erkekler arasında, 25–49 yaş grubunda görülmektedir. Vakaların yarısından fazlasında bildirilen bulaş yolu: heteroseksüel cinsel temastır. 2012 yılının ilk yarısında 596 yeni vaka ile epideminin artmaya devam ettiği görülmektedir (3).

Tablo 2.2. Türkiye’de bildirilen HIV/AIDS vakalarının, bulaş yollarına göre dağılımı (1 Ekim 1985-Haziran 2012).

Olası Bulaşma Yolu	Sayı	Yüzde
Homo/biseksüel cinsel ilişki	541	%8.9
Damar içi madde kullanımı	154	%2.6
Homo/biseksüel cinsel ilişki + Damar içi madde kullanımı	10	%0.2
Hemofili hastalığı	11	%0.2
Transfüzyon	59	%1
Heteroseksüel cinsel ilişki	2987	%51.3
Anneden bebeğe geçiş	74	%1.2
Nazokomiyal	24	%0.4
Bilinmeyen	1990	%34.2
Toplam	5820	%100

Tablo 2.3. Türkiye’de bildirilen HIV/AIDS vakalarının, yaş ve cinsiyete göre dağılımı 1 Ekim 1985-Haziran 2012.

Yaş Grupları	Erkek	Kadın	Toplam
0	20	7	27
1-4	11	21	32
5-9	7	11	18
10-14	7	5	12
15-19	44	47	89
20-24	326	268	594
25-29	579	324	903
30-34	708	278	986
35-39	662	176	838
40-49	901	202	1103
50-59	455	142	597
60+	256	52	303
Bilinmeyen	210	103	313
TOPLAM	4184	1636	5820

2.1.3. Antalya’da HIV/AIDS Epidemiyolojisi

İlimizde de HIV/AIDS prevalansı düşük olmasına rağmen, insidansı hızlı bir şekilde artmaktadır. 2012 yılının ilk 10 ayında, toplam 45 yeni olgu ile kayıtlı hasta sayısı toplam 201 olmuştur. Bu sayının 52’si kadın, 149’u ise erkeklerden oluşmaktadır (4).

İlimizde olası bulaş yollarına baktığımızda ise; (13) %6,5’u homoseksüel, (5) %2,5 biseksüel bulaş, (139) %69,2 heteroseksül, (5) %2,5 IV madde bağımlılığı, (40) %19,9’u bilinmiyor, anneden bebeğe geçen 1 tane vaka olarak bulunmuştur. Dispanserde kayıtlı HIV(+) kişilerin medeni durumlarına bakıldığında ise %51’inin evli, %26’sının bekar olduğu bilinmekte, %23’ünün ise medeni durumu bilinmemektedir (4).

Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserinde kayıtlı HIV pozitif kişilerin meslek dağılımına baktığımızda ise, işçi 47 (23,4), turizm çalışanı 36 (%17,9) çoğunluğu oluşturmaktadır. Kamu çalışanı 24 (%11,9), esnaf 19 (%9,5), ev hanımı 22 (%10,9), şöför vb. (mobil insanlar) 12 (%3), emekli 15 (%7,5), fuhuş çalışanı 12 (%6,0), işsiz 13 (%6,5) olduğu tespit edilmiştir. Hasta dosyaları incelendiğinde çoğunluğunun yabancı

uyruklu kişilerle veya fuhuş çalışanları ile riskli (korunmasız) cinsel temas öyküsü olduğu tespit edilmiştir (4).

2.2. Patofizyoloji Ve Tanı

HIV, enfekte hücreleri öldüren lentivirüs ailesinden sitopatik bir retrovirüstür. Retroviüsler, tek sarmallı RNA içeren zarflı virüslerdir. Reverse transkriptaz enzimi aracılığı ile genetik materyellerini çift sarmallı DNA'ya çevirip konakçı kromozama entegre etme özelliğine sahiptir (5). Bu virüs son derece değişken olup, ısı ve %50 etanol, %35 isopropil alkol, %0.3 hidrojen peroksit veya 1/10'luk çamaşır suyu çözeltisi gibi yaygın dezenfeksiyon ajanları ile kolayca nötralize olur. HIV'in iki majör alt grubu bulunmaktadır, HIV-1 ve HIV-2. HIV-1 dünya çapında hakim olan alt tiptir ve AIDS'e sebep olur. HIV-2 benzer immün sendroma sebep olur, ancak primer olarak Batı Afrika bölgesine sınırlıdır ve nadiren ABD'nde görülür (6).

HIV virionu bir merkez RNA molekülü, bir revers transkriptaz proteini ve çift katmanlı-yağ zarfı ile kaplı bir çekirdek proteininden oluşur. Enfeksiyon sonrasında, HIV seçici olarak bağışıklık sistemine dahil olan, primer olarak CD⁺ T hücreleri olmak üzere konakçı hücrelerine saldırır. Konakçı hücre içinde, HIV-kodlu RNA revers transkriptaz enzimi ile DNA içine revers-transkripte edilir. Bundan sonra viral genom konakçı genomu içine kalıcı olarak entegre olmuş olur, burada inaktif olarak kalabilir veya viral olarak kodlanmış proteinleri ve yeni HIV virionlarını üretmek üzere aktif olarak transkribe ve transle olabilir. Enfeksiyon sonucunda; lenfopeni, CD⁴⁺ T-hücre fonksiyonunda kalitatif bozukluklar ve otoimmün fenomenler gibi immünojenik anormallikler oluşur. En sonunda hücresel immünitede oluşan derin defektlere bağlı birçok fırsatçı enfeksiyonlar ve neoplazmalar gelişir (6).

HIV enfeksiyonu ile ilişkili risk faktörleri arasında homoseksüalite ve biseksüalite, enjekte edilen ilaç kullanımı, heteroseksüel maruziyet, 1985 öncesinde kan transfüzyonu alımı ve maternal HIV enfeksiyonu (vertikal ve horizontal materno-neonatal geçiş için risk) olarak sayılabilir (6).

HIV tükürükten, idrardan, beyin omurilik sıvısı (BOS)'dan, irinden, beyinden, gözyaşından, alveolar sıvıdan, sinoviyal sıvıdan ve amniyotik sıvısından izole edilmiştir. HIV geçişi semen, vajinal sekresyonlar, kan veya kan ürünleri ve anne sütü

ve uterusu transplental olarak olmaktadır. Gündelik yaşamdaki temas ile geçiş şimdiye kadar bildirilmemiştir. Florida'daki enfekte bir diş hekiminden altı hastaya geçiş, ABD'nde şimdiye kadar sağlık personelinen hastaya geçiş olarak bildirilmiş tek vakadır (6).

2.2.1. Doğal Hikaye ve HIV Enfeksiyonunun Klinik Evreleri

Akut HIV enfeksiyonu fark edilmeyebilir (7). Bununla birlikte akut HIV enfeksiyonunun (*akut retroviral sendrom* olarak da isimlendirilmektedir) semptomları hastaların %50-%90'ında görüldüğü rapor edilmektedir (8). Hastaların %75'inde spesifik olmayan başvuru (grip benzeri veya mononükleozis benzeri sendrom) ve şüphe düzeyinin düşük olması nedeniyle tanı atlanmaktadır. **Akut HIV enfeksiyonu semptomları genellikle maruziyetten 2-4 hafta sonra görülür ve 14 günden az sürer.** Akut HIV enfeksiyonunun en sık prezentasyonları ateş (>%90), halsizlik (%70-90), faranjit (>%70), döküntü (%40-80), baş ağrısı (%30-70) ve lenfadenopati (%40-70); diğer sıkça bildirilen semptomlar kilo kaybı, baş ağrısı ve diyaredir (9,10).

Serokonversiyon HIV'ye yanıt antikorlarının saptanabilirliğini yansıtır ve genellikle enfeksiyondan 3-8 hafta sonra oluşmasına rağmen 11 aya kadar geciktiği rapor edilmiştir. Bu evreyi genellikle fiziksel muayenede, muhtemel inatçı jeneralize lenfadenopati (inguinal nodlar haricinde birbirini izlemeyen en az iki büyümüş lenf nodu) haricinde bir bulgunun saptanmadığı uzun asemptomatik enfeksiyon periyodu takip eder. Tedavi edilmemiş hastalarda maruziyetten AIDS gelişmesine kadar geçen ortalama inkübasyon süresi erişkinler için 8.23 yıl ve 5 yaşından küçük çocuklar için 1.97 yıl olarak tahmin edilmektedir. Hastalarda yapılan virolojik çalışmalar bu periyotta HIV replikasyon seviyesinde artışı meydana gelene kadar, HIV replikasyonunun kararlı düzeyde olduğunu ve CD4+ T-hücre ölümünün ve yenilenmesinin devam ettiğini göstermektedir. Hastalığın evresinde en prediktif değişken viral yük ve CD4+ T-hücre sayımlarıdır ki CD4+ T-hücre sayımındaki dik düşüş ve viral yükteki yükseklik hızlı progresyon ve kötü prognoz ile ilişkilidir (11). Yüksek aktiviteli antiretroviral tedavi (YAART) alanında, YAART rejimi uygulanan ileri evre HIV/AIDS hastalarının verilerine göre, bu geleneksel değişkenler diğer yaş ve malignite gibi HIV ilişkili olmayan faktörlere göre mortalite için daha az prediktiftir (12).

Erken semptomatik enfeksiyon HIV enfeksiyon varlığında daha sık ve daha ciddi durumların olduğu ancak tanım olarak AIDS belirteçlerinin olmadığı koşullar olarak tanımlanmaktadır. Pamukçuk, inatçı vulvovajinal kandidiazis, periferik nöropati, servikal displazi, rekürren herpes zoster ve idiyopatik trombositopenik purpura bunlara örnek olarak verilebilir. Bu durumların sıklığı CD4+ T-hücre sayımları 500 hücre/mm³'ün altına düştüğünde artmaktadır. CD4+ T-hücre sayımları 200 hücre/mm³'ün altına düştüğünde ise fırsatçı enfeksiyonların sıklığı dramatik olarak artmaktadır. Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi AIDS'i belirteç durumlarından (Tablo 2.4) herhangi birinin görülmesi veya CD4+ T-hücre sayımlarının <200 hücre/mm³ olarak tanımlanmıştır. YAART geliştirilmeden ve hayatta kalım istatistikleri üzerinde olumlu etkilerinden önce CD4+ T-hücre sayımlarının <200 hücre/mm³ olan bir hastada ortalama hayatta kalım süresi 3,7 yıl ve AIDS-tanımlayıcı komplikasyonlar geliştikten sonra ortalama hayatta kalım süresi 1,3 yıldır. Geç semptomatik veya ilerlemiş HIV enfeksiyonu, hastalarda CD4+ T-hücre sayımlarının <50 hücre/mm³ veya dissemine *Mycobacterium avium kompleks* (MAK) enfeksiyonu yada dissemine sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonunu içeren son-dönem hastalık belirtilerinin olmasıdır. MAK iki türden oluşur –M. avium ve M. Intracellulare. Ancak bu iki türü ayırt etmek zor olduğundan ikisi birlikte *M. avium-intracellulare* olarak adlandırılırlar. Güçlü antiviral tedavilerle immün düzelme ve etkin proflaksilerle, AIDS-tanımlayıcı durumlar olan hastalarda bile, fırsatçı enfeksiyonların gelişme zamanı ve ölüm belirgin olarak geciktirilmiştir (6).

Tablo 2.4. Kazanılmış immünyetmezlik sendromunda hasta tanımlayıcı indikatör durumlar (6).

Esophageal kandidiyazis
Kriptokokosis
Kriptosporoidosis
Sitomegalovirus retiniti
Herpes simplex virüsü
Kaposi sarkomu
Beyin lenfoması
<i>Mycobacterium avium</i> complex enfeksiyonu
<i>Pneumocystis jiroveci</i> (<i>P. carinii</i>) pnömonisi
Progresif multifokal lökoensefalopati
Beyin toxoplazmosisi
HIV ensefalopatisi
HIV erime sendromu
Dissemine histoplazmozis
Isosporiasis
Dissemine <i>Mycobacterium tuberculosis</i> hastalığı
Rekürren <i>Salmonella</i> septisemisi
<i>1993'te eklenenler:</i>
CD4+ T-hücre sayımı < 200 hücre/mm ³
Pulmoner tuberküloz
Rekürren bakteriyel pnömoni
Invasif servikal kanser

Kısaltma: HIV = İnsan immünyetmezlik virüsü.

2.2.2. Standart Tanısal Testler

HIV enfeksiyonu tanısı birçok yöntem ile konulabilir: Virüs-spesifik antijenlerin saptanması, HIV nükleik asitlerin belirlenmesi, virüsün kültür ile izolasyonu ve HIV antikorlarının saptanması. Standart ve en sık kullanılan metod virüs antikorlarının saptanmasıdır. Test ardışık enzim-bağlantılı immünosorbent ölçümü (ELİSA) ve Western blot ölçümünü kapsar. ELİSA yaklaşık %99 spesifik ve %98.5 sensitif; Western blot testi ise ideal laboratuvar koşullarında yapılırsa neredeyse %100 sensitif ve spesifiktir. ELİSA HIV antijenlerine bağlanan ve mikrotiter plak üzerine yapışık spesifik serum antikorlarını saptar. Western blot ölçümü viral antijenlerden elektroforetik olarak ayrılan ve nitroselüloz kağıt üzerine transfer edilen HIV antikorlarını saptar. Laboratuvarlarda kriterler değişken olsa da, pozitif bir Western blot sonucunda en az bir gen ürününün saptanması gerekir. Belirsiz test sonuçlarının

sebepleri net anlaşılmamıştır, fakat bu sonuçlar erken serokonversiyonun veya otoimmün hastalık varlığının göstergesi olabilir (6).

Akut HIV enfeksiyonu tanısı serokonversiyon henüz gerçekleşmemiş olduğu için standart serolojik testlerle konulamaz. HIV-1'in erken saptanmasını için kullanılan metotlar DNA, RNA ve HIV antijenlerini saptamaya yönelik teknikleri içerir (6). Tarama için 4. kuşak ELISA testleri ve venöz kan örneği tercih edilmelidir. Test seçiminde p24 antijen altsaptama sınırının tek başına p24 antijen saptama kitlerinkine (50 ng ve altı) eşdeğer olmasına dikkat edilmelidir. Doğrulama testi olarak western-blot testi ya da NAT (örn. Viral RNA), ya da doğrulama kullanım amaçlı olarak geliştirilmiş başka bir formatta (immunoblot, IFA) test kullanılabilir. NAT testlerinin kan bankacılığında tarama testi olarak onaylanmış olması gerekir. Viral yük tayininde kullanılan NAT kitleri tanı amaçlı testler değildir ve yalancı pozitif/negatif sonuçlar verebilirler. Özellikle 5000 kopya/ml'nin altındaki değerlerde dikkatli olunmalıdır ve bu tarz değerler elde edilmişse, kesin tanı için başka testlerle doğrulama şarttır. NAT testleri sadece HIV-1'i saptamaktadır. HIV-2 şüphesinde doğrulama için diğer testler tercih edilmelidir (7).

4. kuşak ELISA testi ile negatif sonuç alınmışsa ve hasta/kişi yakın zamanlı riskli bir temas tanımlamıyorsa ve akut ya da ileri dönem HIV enfeksiyonu semptomları yoksa sonuç negatif olarak değerlendirilir ve bu şekilde rapor hazırlanır. Yüksek riskli temas öyküsü olanlarda gerekli görülüyorsa test 3 ay sonra tekrar edilir. Yüksek riskli temas öyküsü olanlara, 3 ay süre geçmeden HIV olmadığı yönünde kesin güvence verilmemelidir. 3 ayın ötesinde test tekrarı ancak belli durumlarda gerekli olabilir. Bunlar riskli temas sırasında başka virusların da (hepatit C gibi) bulaşmış olduğu kişiler ile antikor yanıtını bozabilecek başka klinik koşulları olan hastalardır. HIV enfeksiyonu ile uyumlu klinik bulguları olan ve tekrarlanan testlere rağmen negatif bulunan kişilerin örnekleri nadir HIV genotipleri yönünden incelenmek üzere deneyimli merkezlere sevk edilmelidir (7).

Hasta akut ilk tarama testi reaktif olduğu halde bu durum diğer doğrulama testleri ile kanıtlanamazsa, ara rapor - belirsiz sonuç olarak bildirilir ve en az 2 hafta geçtikten sonra 2. bir örnek istenir (plazma). 4. kuşak ELISA testi ile zayıf reaktif sonuç alınmışsa ve bu doğrulama testleri ile kanıtlanmamış ve ikinci örnekte kuvvetlenmemişse, yalancı pozitif olarak değerlendirilir. 4. kuşak ELISA testi reaktif

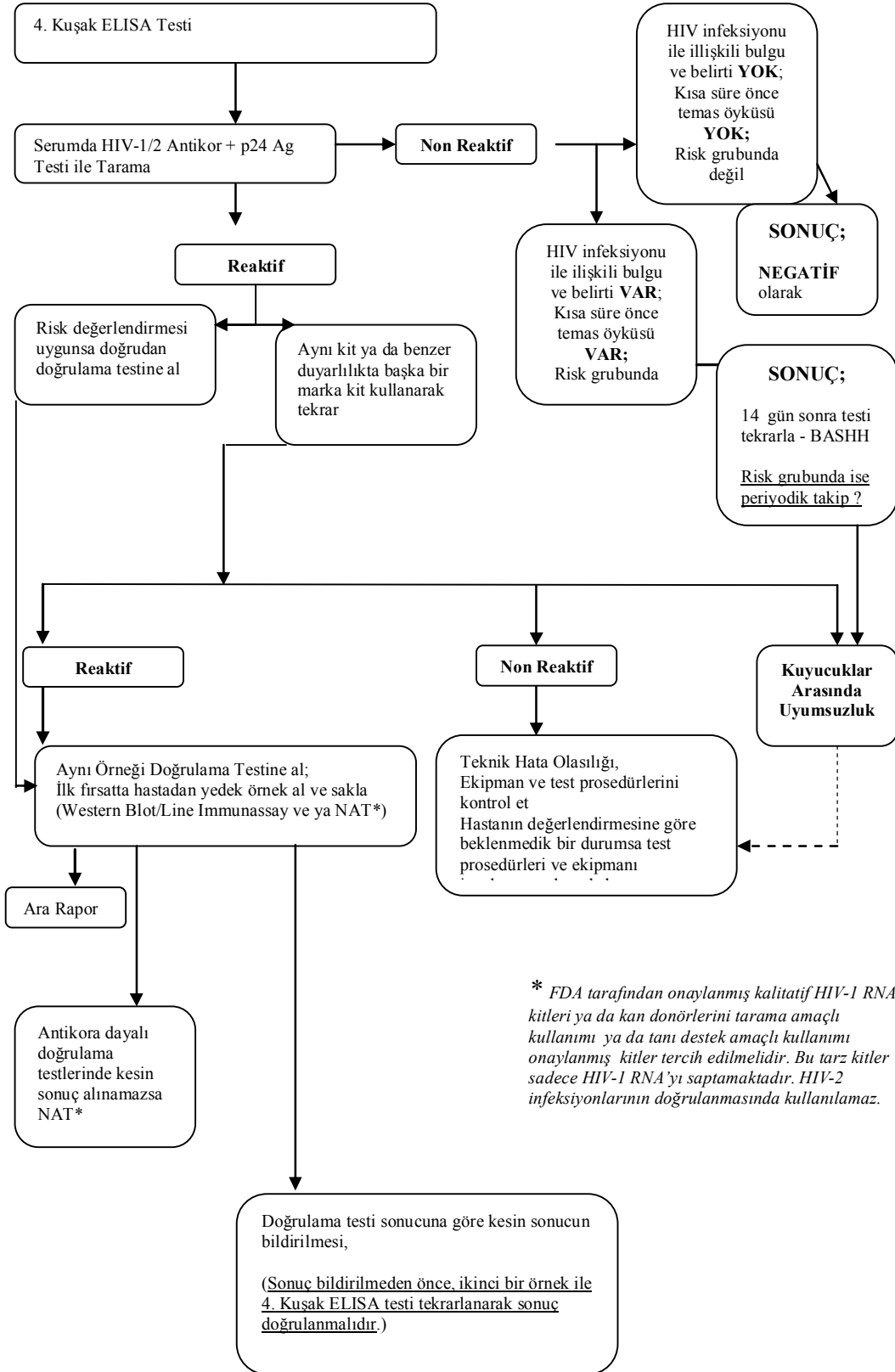
olduğu halde western-blot ya da 3. kuşak ELISA testi reaktif değilse, hasta/kişi serokonversiyon aşamasında olabilir. Tekrarlanan testte kuvvetli reaktif sonuç alınırsa serokonversiyon olarak değerlendirilir. Ancak tekrar alınacak bir örnekle sonucunun ELISA ya da NAT ile doğrulanması gerekir (7) (Bkz Tablo 2.5).

Son bilgilere göre CD4+ T-hücre sayımları ve HIV viremik yükü değerlendirmelerinde çok yardımcı olabilir. CD4+ T-hücre sayımlarının <50 hücre/mm³ ve viral yükün $>50\ 000$ kopya/mm³ olması AISD-tanımlayıcı hastalık olma riski artışıyla ilişkilidir. Bu endeksler HIV uzmanlarınca sıklıkla antiretroviral tedavi başlama indikatörü olarak kullanılmaktadır (aslında tedavi başlanması için eşik değer tartışmalıdır). Eğer bu bilgiler yok ya da hastalığın evresi bilinmiyorsa, CD4+ T-hücre sayısı tahmini için total lenfosit sayısı kullanılabilir; nk total lenfosit sayısı <1200 hücre/mm³ ile klinik semptomlar birleştirildiğinde, CD4+ T-hücre sayımının <200 hücre/mm³ olduğunun güçlü bir göstergesidir. Ancak, bu metodun sensitivitesi %62'ye kadar düşebilmektedir (6).

2.2.2.1. HIV Testi Yapılırken Bilinmesi Gerekenler (7)

- Kişinin onayı alınmalı,
- Gizlilik ve gönüllük esasına dayanmalı,
- En yüksek standartlarda testler uygulanmalı,
- Testin yapmada test yapılan kişinin yararı gdlmelidir,
- Testler risk altındaki herkese açık ve ulaşılabilir olmalı,
- HIV ülkedeki epidemiyolojisinin anlaşılması için testler kritik öneme sahiptir,
- Testler, bulaşmanın önüne geçilmesinde en önemli araçlardan biridir.

Tablo 2.5. 4. kuşak ELISA testleri ile HIV tanı ve tarama algoritması (7).



2.2.2.2. Endikasyonlar (7)

- Erkekler arasında korumasız cinsel ilişki
- Damar içi ilaç bağımlılığı ve ortak enjektör kullanımı
- HIV pozitif kişinin partneri olmak
- HIV prevalansının yüksek olduğu ülkeden olmak
- Yüksek prevalanslı bölgelere seyahat etmiş ya da orada yaşamış olmak
- Temas (exposure) öyküsü
- Gebeler (mümin olduğunca erken dönemde)
- Cinsel saldırıya maruz kalma
- Evlilik öncesi ???
- Yeni tanı alan tbc, CYBİ tanısı
- Kişinin isteği
- Terkedilmiş veya bulunmuş çocuklar

2.3. Klinik Özellikler

HIV enfeksiyonunun sebep olduğu hastalık spektrumu çok değişkendir. Semptomatik hastaların genellikle birbiriyle ilişkisi olan çoklu problemlerle hemen hemen tüm organ sistemleri etkilenebilir. Her zaman evrensel önlemler (bazı hastanelerde *standart önlemler* olarak isimlendirilir) kullanılmalıdır (6). Tanı ve tedavi etkilenen organ sisteminin saptanmasına, hastalığın ciddiyetinin belirlenmesine ve semptomatik ve spesifik tedavinin başlatılmasına yönelik olmalıdır (13).

2.3.1. Temel Semptomlar ve Ateşli Hastalıklar

Ateş, kilo kaybı ve halsizlik gibi sistemik semptomlar HIV-enfekte hastalarda siktir ve HIV ilişkili başvurularının çoğunluğunu oluşturur (14). Lokalize belirti ve bulgu olmayan HIV-pozitif hastalarda, ateş odağı hastalığın evresine göre değişir. CD4+ T-hücre sayımları >500 hücre/mm³ olan hastalarda genellikle ateş sebebi immünkompremize olmayan hastalara benzer, ancak CD4+ T-hücre sayımları 200-500 hücre/mm³ olanlarda büyük ihtimalle bakteriyel solunum yolu enfeksiyonu mevcuttur (15). CD4+ T-hücre sayımlarının <200 hücre/mm³ olan hastalarda, belirgin lokalize bulgusu olmayan hastalarda en sık ateş sebebi erken *Pneumocystis carinii* (*P. Jiroveci*) pnömonisi (PCP); santral sistem enfeksiyonu; MAK, M. Tuberculosis veya CMV

enfeksiyonu; ilaç ateşi ve sinüzittir. Ateşin daha nadir sebepleri arasında endokardit, lenfoma ve Histoplasma capsulatum veya Cryptococcus neoformans enfeksiyonları bulunmaktadır. HIV enfeksiyonunun kendisinin sebep olduğu ateş öğleden sonra veya akşamları olmaya meyillidir ve genellikle antipiretiklere yanıt verir (6).

2.3.1.1. Dissemine MAK

Enfeksiyonu ağırlıklı olarak CD4+ T-hücre sayımlarının <100 hücre/mm³ olan hastalarda olur. İnatçı ateş ve gece terlemeleri tipiktir. Birlikte olan semptomlar kilo kaybı, diyare, halsizlik ve anoreksidir. Kemik iliği, karaciğer ve dalak yayılımı kansızlığa ve alkalen fosfataz düzeyinde artışa sebep olur. YAART kullanımının artmasıyla birlikte MAK'ın yeniden düzenlenen bağışıklık hastalığı ismi verilen daha fokal ve invazif MAK enfeksiyonu ortaya çıkmıştır. Yeniden düzenlenen bağışıklık hastalığı, tüberküloz (TB), CMV enfeksiyonu, kriptokokosis, hepatit, herpes zoster ve progresif multifokal lökoensefalopatiyi içeren bir grup diğer enfeksiyonlarla birlikte de görülebilmektedir. Semptomlar genellikle orijinal enfeksiyonunkilere benzer ve inflamasyona bağlıdır (16).

CMV HIV-enfekte hastalarda ciddi fırsatçı viral hastalıkların en sık sebebidir. Dissemine hastalık sıklıkla GI, pulmoner ve serebral sinir sistemini etkiler. En önemli manifestasyon retinittir (6).

HIV hastalarında nonenfeksiyöz ateş sebepleri en sık neoplazmalar ve ilaç ateşidir. Non-Hodgkin lenfoma en sık oluşan neoplazmadır ve ileri-evre, hızlı büyüyen kitle lezyonu ile karakterizedir (6).

2.3.2. Nörolojik Komplikasyonlar

AIDS olan hastaların %90'ında SSS hastalığı oluşur ve HIV-enfekte hastaların %10-20'sinde SSS semptomları ile prezente olurlar. Nörolojik hastalıklar HIV enfeksiyonunun SSS üzerinde direkt ve indirekt etkileriyle birlikte çeşitli fırsatçı enfeksiyonlar ve neoplazmalar ile oluşur. SSS patolojisi olduğunu gösteren sık başvuru semptomları nöbet, bilinç değişikliği, baş ağrısı, meningismus ve fokal nörolojik defisitlerdir. En sık nörolojik semptomlara neden olan durumlar AIDS demansı, Toxoplasma gondii enfeksiyonu ve C. Neoformans enfeksiyonudur. YAART yaygın

olarak kullanılmaya başlanmasından beri SSS enfeksiyonları ve maligniteleri belirgin olarak azalmasına rağmen AIDS demansı değişmemiştir. Ateş, meningismus, bilinç değişikliği ve baş ağrısı yer-kaplayan lezyonların bağımsız göstergesidir (17,18).

2.3.2.1. AIDS Demansı

AIDS demans kompleksi (*HIV ensefalopati veya subakut ensefalit* olarak da isimlendirilmektedir) genellikle yakın hafızada ve diğer kognitif rahatsızlıklarla kendisini gösteren ilerleyici sinsi bir rahatsızlıktır. CD4+ T-hücre sayımlarının <100 hücre/mm³ olan hastaların %30'unda görülmesine karşın, HIV-pozitif hastaların %10-15'inde gelişir. Hastaların %50-70'inde AIDS demansı artmış BOS proteini ile ilişkilidir (6).

2.3.2.2. Toxoplasmosis

Toxoplasmosis AIDS hastalarında en sık fokal ensefalit sebebidir. Semptomları başağrısı, ateş, fokal nörolojik defisit, bilinç değişikliği ve nöbet olabilir (6).

2.3.2.3. Kriptokokosis

Kriptokokal SSS enfeksiyonu ya fokal beyin lezyonları yada diffüz meningoensefalit yapar. En sık başvuru bulguları ateş ve baş ağrısıdır, bunları bulantı, bilinç değişikliği ve fokal nörolojik defisit izler (6).

2.3.2.4. Diğer Nörolojik Rahatsızlıklar

Nörolojik semptomların varlığında düşünülmesi gereken daha nadir SSS enfeksiyonları; bakteriyel menenjit, histoplazmozis (genellikle dissemine), CMV enfeksiyonu, nörosilifiz ve TB'dir. Periferik sinir sisteminin en sık rahatsızlığı HIV nöropatidir ve ayak ağrısı ile karakterizedir (6).

2.3.3. Sık Oftalmolojik Komplikasyonlar

AIDS olan hastaların %75'inde okuler komplikasyonlar gelişir. Çok çeşitli oftalmik hastalıklar oluşabilmesine karşın çok azının saptanması kritiktir. AIDS olan hastalarda en sık oftalmik bulgu, diyabet veya hipertansiyonda görülen retinal atılmış-pamuk lekeleriyle karakterize retinal mikrovaskülopatidir. Primer olarak periferde olan retinal mikroanevrizmalar da görülür. Bu lezyonların raslantısal olduğuna inanılmaktadır ve görme bozukluğuna sebep olmazlar (6).

2.3.3.1. Sitomegalovirüs Retinitisi

CMV retinitisi AIDS hastalarında en sık ve ciddi oküler fırsatçı enfeksiyondur ve körlüğün önde gelen sebebidir. YAART döneminde, büyük oranda tedavi ile immün toparlanmaya bağlı olarak CMV enfeksiyonu insidansı azalmıştır (15).

2.3.3.2. Herpes Zoster Oftalmikus

Herpes zoster oftalmikus genellikle V1 kranial sinir (oftalmik dal) dağılımında parestezi ve rahatsızlık ile prezente olur, bunu tipik görünümlü zoster deri döküntüsü takip eder. Oküler komplikasyonlar konjonktivit, episiklerit, irit, keratit, sekonder glokom ve nadiren retinitis (19).

2.3.4. Pulmoner Komplikasyonlar

HIV-enfekte hastalarda en yaygın pulmoner anormalliklerin sebepleri toplum-kaynaklı bakteriyel pnömoni, PCP, TB, CMV enfeksiyonu, kriptokokosis, histoplazmozis ve neoplazmalardır. **HIV-enfekte hastalarda pnömoninin en yaygın sebebi *Streptococcus pneumoniae*'dir (20).**

2.3.4.1. Pneumocystis Pneumonia

AIDS hastaları arasında **PCP** en yaygın fırsatçı enfeksiyondur (21). Semptomlar sıklıkla sinsi ve halsizlikle birlikte. Göğüs radyografileri en sık, diffüz interstisiyal infiltrasyonlar gösterir (22).

2.3.4.2. Tuberküloz

AIDS popülasyonunda tahmin edilen TB insidansı genel popülasyonun 200-500 katıdır (23). Preverans çalışmaları popülasyonların demografik karakteristiklerine ve lokal halk sağlığı ölçütlerinin etkinliğine bağlı olarak belirgin bölgesel varyasyonlar olduğunu göstermiştir. HIV-enfekte hastaların klinik belirtileri immümsüpresyonun ciddiyetine göre belirgin olarak değişir. **TB sıklıkla CD4+ T-hücre sayımları 200-500 hücre/mm³ olan hastalarda görülür.** Klasik pulmoner manifestasyonlar öksürük ile birlikte hemoptizi, gece terlemeleri, uzamış ateş, kilo kaybı ve anoreksidir. İmmünsüpresyonun kötüleşmesi ile birlikte atipik ve ekstra pulmoner manifestasyonlar artar. Sıklıkla yayılım alanları periferik lenf nodları, kemik iliği ve ürogenital sistemdir. Klasik üst lob tutulumu ve kaviter lezyonlar daha az yaygındır, özellikle ileri evre AIDS hastalarında görülür (23). **Pulmoner semptomları olan HIV-enfekte hastalarda kişiden-kışıye geçiş oranlarının yüksek olması nedeniyle TB şüphesi yüksek olmalıdır** (24).

2.3.4.3. Bakteriyel Pnömoni

HIV-enfekte hastalarda en sık pulmoner enfeksiyon bakteriyel pnömonidir. *S. Pneumoniae*, *Heamaphilis influenzae* ve *Staphylococcus aureus* sık patojenlerdir. Özellikle erken-evre hastalığı olanlarda; prodüktif öksürük, lökositoz ve fokal infiltrasyon olması bakteriyel pnömoniyi düşündürür. HIV-enfekte hastalarda görülen diğer enfeksiyöz olmayan akciğer rahatsızlıkları neoplazmalar (örn. Kaposi sarkomu) ve lenfositik intertitiyal pnömonitistir. CMV veya MAK enfeksiyonları CD4+ T-hücre sayımları <50 hücre/mm³ altına düşmedikçe görülmesi beklenmez (6).

2.3.5. Kardiyovasküler Komplikasyonlar

İleri-evre hastalıkta kardiyovasküler komplikasyonlar siktir HIV-ilişkili kardiyovasküler durumlar kardiyomiyopati, enfektif endokardit (enjekte ilaç kullananlarda; Enfektif Endokardit), perikardiyal efüzyon, konjestif kalp yetmezliği, aritmiler ve HIV-ilişkili pulmoner hipertansiyondur (6).

2.3.6. GI Komplikasyonlar

HIV enfeksiyonunun GI komplikasyonları siktir. AIDS hastalarının yaklaşık %50'si hastalıklarının bir döneminde GI şikayetlerle karşılaşılır. En sık başvuru semptomları odinofaji, karın ağrısı, kanama ve diyaredir (6).

2.3.6.1. Oral ve Özefagus Komplikasyonları

Oral kandidiyaz-Aft HIV-enfekte hastalarda oral görünümü viral yük ve immünyetmezlik düzeyi için potansiyel klinik gösterge olabilir (25). Oral kandidiyaz veya aft AIDS hastalarının >%80'ini etkiler. Diğer ağırlı oral ve perioral lezyonlar oral saçsı lökoplaki, HSV enfeksiyonu ve Kaposi sarkomudur (6).

Özefagus Lezyonları Kandida, HSV ve CMV enfeksiyonunda özefagus tutulumu olabilir. Odinofaji veya disfaji şikayetleri genellikle özefajit göstergesidir ve bu semptomlar aşırı zayıflatıcı olabilir. Hastalık tipik olarak oral aftı ve CD4+ T-hücre sayımı <100 hücre/mm³ olan hastalarda görülür (26).

2.3.6.2. Diyare

Diyare en sık GI şikayettir. Sebepleri bakteriler (*Shigella*, *Salmonella*, *enteroadherent Escherichia coli*, *Entamoeba histolytica*, *Campylobacter*, *M. Avium-intracellulare* kompleksi, *Clostridium difficile* ve diğerleri), parazitler (*Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, *Isospora belli* ve diğerleri), virüsler (*CMV*, *HSV*, *HIV* ve diğerleri) ve mantarlar (*H. capsulatum*, *C. neoformans* ve diğerleri)'dir. Birçok hastada patojen hiçbir zaman bulunamaz. Diyare proteaz inhibitörlerinin bilinen yan etkisidir, en belirgin nelfinavir ve ritonavirdedir. İleri-evre AIDS hastalarının yaklaşık %15'inde ciddi, yüksek volümlü sulu ishal görülür ve tüm tetkiklerin yapılmasına rağmen patojen belirlenemez. Bu hastalarda kabul edilen tanı AIDS-ilişkili enteropatidir (6).

2.3.6.3. Diğer GI Komplikasyonlar

AIDS hastalarının yaklaşık %50'sinde hepatomegali oluşur. Alkalın fosfataz düzeylerinde artış sıklıkla görülür. Sarılık nadirdir. Hepatit B virus ve hepatit C virus koenfeksiyonu özellikle enjekte ilaç kullananlarda siktir. CMV, Kriptosporidyum ve *M.*

avium-intracellulare kompleks ve *M. Tuberculosis* fırsatçı enfeksiyonları da hepatite sebep olabilir. AIDS hastalarında anorektal hastalık sıktır. Proktitis ağırlı defekasyon, rektal akıntı ve tenesmus ile karakterizedir. *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum* ve HSV sık sebep olan organizmalardır (6).

2.3.7. Renal Komplikasyonlar

AIDS hastalarında renal yetersizlik prerenal azotemiye, ilaç nefrotoksitesine veya HIV-ilişkili nefropatiye ikincil olabilir (6).

2.3.8. Kutanöz Komplikasyonlar

Kserozis (kuru deri), seboreik ekzema ve kaşıntı gibi jeneralize kutanöz durumlar sıktır ve fırsatçı enfeksiyonlardan önce gelişebilir. Yumuşatıcılar ve eğer gerekli ise hafif topikal steroidler ile tedavi edilir. Kaşıntı yulaf unu banyoları ve antihistaminiklere yanıt verebilir. *S. aureus* enfeksiyonu (bullöz empetigo, ektima veya follikülit olarak görülebilir), *Pseudomonas aeruginosa* enfeksiyonu (kronik ülserasyonlar ve maserasyonlar ile prezante olabilir) ve sifiliz görülebilir ve standart tedavilerle tedavi edilmelidir. Metisilin-dirençli *S. aureus* kolonizasyonu ve enfeksiyonu yaygındır ve düşük CD4+ hücre sayımı ile ilişkilidir (27).

2.3.8.1. Kaposi Sarkomu

Kaposi sarkomu diğer risk gruplarına göre homoseksüel erkeklerde daha sıklıkla görülmektedir. Klinik olarak, ağrısız, kalkmış, kahverengi-siyah veya mor renkli beyazlamayan papüller ve nodüllerden oluşur. Yüz, göğüs, genitaler ve oral kavite sık görülen bölgelerdir ancak iç organların tutulduğu yaygın disseminasyon olabilir (6).

2.3.8.2. Herpes Simplex (HSV)

HSV enfeksiyonları sıktır ve lokalize veya sistemiktir. Belirgin immüsupresyonu olan hastalarda enfeksiyon, kronik ülseratif mukokutanöz lezyonlarla progresif olabilir (6).

2.3.8.3. Varicella-Zoster Virüs Enfeksiyonu

HIV enfeksiyonu ve AIDS olan hastalarda **varicella-zoster virüs** reaktivasyonu genel popülasyondan daha sıktır. Klinik seyir uzundur ve komplikasyonlar sıktır (6).

Uyuz HIV-enfekte hastaların %20'sinde oluşur fakat klasik intertriginöz lezyonlar daha azdır **Norveç uyuzu** immünsüprese hastalarda görülebilir ve hastalarda tipik olarak yoğun hiperkeratoz ve ellerde, ayaklarda ve skaplte pullanma görülür. Kaşıntı tipik uyuzda görülenden daha azdır. Aşırı akar üretimi ve yüksek bulaşıcılık sıktır (6).

2.3.9. Psikiyatrik Rahatsızlıklar

HIV enfeksiyonu için en yüksek risk grubunda olan kişiler (örn, enjekte ilaç kullananlar ve homoseksüel erkekler) HIV ile karşılaşmadan önce ve sonra sıklıkla ruhsal bozukluk yaşarlar. HIV enfeksiyonu beyin hasarına sebep olur ve psikiyatrik semptomlara sebep olan çeşitli SSS ve metabolik bozukluklar ile ilişkilidir (6). Depresyon hastaların %20'sinde oluşur, sıklıkla CD4+ T-hücre sayımları düşük olanlardadır (28).

2.3.10. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) HIV enfeksiyonuyla epidemiyolojik olarak ilişkilidir. Herpes, şankroid ve sifilis gibi genital ülserlere sebep olan hastalıklar HIV girişi için vasküler yol sağladığına inanılmaktadır. Prevelans çalışmaları genital ülserleri olan hastalarda HIV seropozitivitesi odds oranını üç kat ile beş kat arasında arttırdığını göstermiştir (29). Benzer şekilde gonere ve klamidyal enfeksiyonları olan hastalarda HIV enfeksiyon riskinin arttığı bulunmuştur. CYBH prevalansı sifilizi de içerecek şekilde artmaktadır (30). Bu çalışmalar, son zamanlardaki AS temelli prevalans çalışmalarıyla birlikte, HIV geçişinin kontrolü için CYBH denetimlerinin artırılması gerektiği önerisine yol açmıştır (31). CYBH düşündürülen semptomları olan hastalar gonere, klamidyal enfeksiyon ve sifiliz için test edilmelidir. Silifiz için serolojik testler CYBH düşünülen tüm HIV-enfekte hastalara yapılmalıdır (32).

2.3.11. HIV-Enfekte Hastaların İmmünizasyonu

HIV-enfekte kişilere canlı virüs veya canlı bakteri aşıları yapılmamalıdır (33,34). Bu kuralın tek istisnası kızamık – kabakulak - kızamıkcık aşısı olup, bu popülasyonda herhangi bir yan etkisi yoktur. **Ölü aşılar immüsuprese hastalarda tehlike arz etmez** (35).

2.3.12. Antiretroviral Tedavi

Tercih edilen başlangıç tedavi rejimleri en az üç ilaç ve muhtemel dört ilaç içerir, ki bunlar: iki nükleosid reverse transkriptaz inhibitörü artı bir veya iki proteaz inhibitörü veya bir non-nükleosid reverse transkriptaz inhibitörüdür. Başlangıçta etkili olan faktörler ilaç rejimine uyum sağlama durumu, potansiyel uzundönem yan etkiler, potansiyel ilaç etkileşimleri ve ileriki tedavi opsiyonlarının korunmasıdır. Güncel görüş birliğine göre CD4+ T-hücre sayımları <350 hücre/mm³ veya AIDS-tanımlayıcı hastalık hikayesi olanlarda tedavi zorunludur(36,37). Diğer CD4+ hücre sayımına bakmaksızın antiretroviral tedavi başlama endikasyonları gebelik, HIV-ilişkili nefropati ve tedavi gerektiren hepatit B virüs koenfeksiyonudur (38).

2.3.13. HIV-Enfekte Hastalar'da İlaç Etkileşimleri ve Yan Etkiler

İlaç etkileşimleri, farmakokinetik etkileşimler (bir veya daha fazla ilacın düzeyinde değişiklik) veya farmakodinamik etkileşimler (bir veya daha fazla ilacın etkisinde, tedavi yanıtında veya yan etkisinde değişiklik) olarak kategorize edilebilir (39). Metabolik komplikasyonlar da en önemlileri, vücut yağı yeniden dağılımı (lipoatrofi, lipohipertrofi) glikoz metabolizma bozuklukları, serum lipid anamolileri, laktik asidoz ve kemik bozukluklarıdır (40).

2.4. HIV/AIDS ve Sosyal Boyutları

2.4.1. Türkiye’de HIV/AIDS’in Hukuki Yeri

Türkiye’de ilk AIDS 1985 yılında tespit edilmiştir. Bu tarihten itibaren bildirim zorunlu hastalıklar sınıfına girmiştir. Dünyada HIV enfeksiyonu hızlı yayılım göstermektedir. Türkiye’nin de turizm ülkesi olması, dolayısıyla mobil insan sayısının her geçen gün artması, gelişmekte olan bir ülke konumunda olması, genç nüfusa sahip olması gibi nedenlerle HIV/AIDS sayısının artacağı öngörülerek önlemler alınmaya başlanmıştır. 1986: Kan ve kan ürünlerinin HIV yönünden taranmaya başlanması, kan nakilleri ile bulaşın önlenmesi açısından önemli bir adımdır. 1987: Kan/Organ/Doku donörlerinde, genelev kadınlarında ve büyük ameliyatlar öncesinde serolojik testler uygulanmaya başlanması risk altındaki tarafları koruyucu önlem olarak değerlendirilebilir. 1994: HIV/AIDS kodlu bildirim uygulanmaya başlanmıştır. Kişilerin HIV(+) olduğuna dair bilginin korunması, özel hayatın gizliliğine saygı ve kişilerin zarar görmemesi açısından hukuki bir gelişmedir. “1995: Yeşil kart uygulamasının başlaması, 1996: Antiretroviral (ART) tedavi geri ödemesine geçilmesi”, tedaviye ulaşımı arttıran, kişilerin sağlık hakkına erişmesinde ve bulaştırıcılığın azalmasında etkili bir uygulama olmuştur. “1996: Ulusal AIDS Komisyonunun kurulması ve 2006–07: Küresel Fon Çalışmaları” ile pozitif adımlar atılmaya çalışılmıştır (41).

HIV/AIDS A Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Sınıfında olup, nüfus tabanlı sistem ile ülke genelindeki hasta kabul eden ve tedavi düzenleyen bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişi ve özel kuruluşlardan yapılır (42). HIV/AIDS, bildirim Zorunlu Hastalıklar Tespit Fişi (Form 014) ile İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne bildirilir (42). Halk Sağlığı Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Birimine gelen ihbar formları, Deri Tenasül Dispanseri tarafından western blot doğrulama testi, Türkiye Halk Sağlığı Mikrobiyoloji Laboratuvarına gönderilerek doğrulaması yaptırılmaktadır. Doğrulamadan pozitif gelen vakalar D86 formu doldurularak, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı, Zührevi Hastalıklar Birimine bildirilir.

Bulaşıcı hastalıkları bağlayıcı sağlık kanunları geçerlilik ve soyutluk sırasıyla “Uluslararası Sözleşmeler, Anayasa, Yasalar, Kanun Hükmünde Kararnameler (KHK), Tüzükler, Yönetmelikler” sırasıyla yapılmıştır (43). Bu hiyerarşik sıralamada “hiçbir kural, kendisinden üstte bulunan hukuk kaynağına aykırı olamaz” (44). Uluslararası

Sözleşmeler, yazılı hukuk kaynaklarıdır. Anayasamıza göre “Usulüne göre yürürlüğe konulmuş Milletlerarası antlaşmalar kanun hükmündedir (45). Bunlar hakkında Anayasaya aykırılık iddiası ile Anayasa Mahkemesine başvurulamaz. Usulüne göre yürürlüğe konulmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası antlaşmalarla kanunların aynı konuda farklı hükümler içermesi nedeniyle çıkabilecek uyuşmazlıklarda milletlerarası antlaşma hükümleri esas alınır” (Anayasa m.90, Ekcümle: 07.05.2004-5170-S.K./7.mad). Anayasamızda yapılan bu değişiklik milletler arası anlaşmaları anayasamızın önüne geçirmiştir (45).

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi, insan haklarının ve temel özgürlüklerin korunmasına ilişkin sözleşme (Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi) gibi bazı uluslararası belgeler, Türkiye tarafından da onaylanmış oldukları için, yurdumuzda hukuk kaynağı niteliği taşırlar” (43). Hukuk kaynakları incelendiğinde, sağlık hukuku açısından yaşam hakkı, sağlık hakkı, insan hakları, tıbbi tedaviden yararlanma hakkı, özel hayatın gizliliği hakkı gibi sağlığı ilgilendiren konulara değinilmiştir. Bu konularda ülkemiz mevzuatında da gerekli düzenlemeler vardır. Örneğin; Anayasa **Madde 20** –“Herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz” (Mülga cümle: 03.10.2001 – 4709 S.K./5. md.). Anayasamızın aynı maddesinde (**Ek fıkra: 07.05.2010–5982 S.K./2. md.**) “Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir” uluslararası anlaşmalara uygun nitelikte düzenlemeler mevcuttur (45).

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi 8.madde özel hayatın ve aile hayatının korunması ile ilgili bölümün ikinci fıkrası, özel ve aile hayatına müdahalenin sınırını şu cümleyle; “Bu hakkın kullanılmasına bir kamu otoritesinin müdahalesi (46);

- Ulusal güvenlik kamu emniyeti,
- Ülkenin ekonomik refahı,
- Dirlik ve düzenin korunması,
- Suç işlenmesinin önlenmesi,

- Sağlığın veya ahlakın veya başkalarının hak ve 6zg6rl6klerinin korunması için, demokratik bir toplumda, zorunlu olan 6l6de ve yasayla 6ng6r6lm6ř olmak koşuluyla s6z konusu olabilir” şeklinde belirlemiştir. Aynı s6zleşmenin beşinci maddesi birinci fıkrasında ise; “Herkesin kişi 6zg6rl6đ6ne ve g6venliğine hakkı vardır”, “yasada belirlenen yollar dışında hiç kimse 6zg6rl6đ6nden yoksun bırakılamaz”. Bu hallerden biri e bendinde belirtilmiş “Bulaşıcı hastalık yayabilecek bir kimsenin, bir akıl hastasının, bir alkoliğin, uyuşturucu madde bağımlısı bir kişinin veya bir serserinin, usul6ne uygun tutulu durumda bulundurulması”; (46) Yasanın belirlediği sınır çerçevesinde toplum sağlığını korumak için yapılabileceğini 6n g6rm6ştir. Uluslararası hukuk kaynaklarından biri olan Avrupa İnsan Hakları S6zleşmesi, toplumun sağlığını korumak amacıyla yasa koyucuların, yasal d6zenleme yapabileceğini d6zenlemiştir. Toplum sağlığını korumanın asıl amacı, toplumun sağlıklı yaşam hakkını koruma altına almak, 6lkenin sağlık g6venliğini sağlamak Sosyal Devlet olmanın gereklerindedir.

Avrupa İnsan Hakları S6zleşmesi ikinci madde “Herkesin yaşam hakkı yasanın koruması altındadır” ;yaşam hakkını yasal koruma altına almak için d6zenlemeleri yasal dayanaklarla d6zenlemenin gerekliliğini ortaya koyar niteliktedir (46). 6lkemizde de sağlık hakkını korumak için, mevzuatlar d6zenlenmiştir. Umumi Hıfzısıhha Kanununa dayanılarak Frengi Savaş Y6netmeliği, Verem Savaş Y6netmeliği gibi mevzuatlarla bulaşıcı hastalıklarla m6cadele edilmektedir. Frengi, verem gibi bulaşıcı hastalıkların m6cadelesinde revize edilip g6n6m6z koşullarına uyarlanması gerekiyorsa da bu hastalıkların mevzuat temeli bulunmaktadır. HIV/AIDS ile ilgili mevzuat yetersizdir. Ancak son yıllarda bununla ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Bu konuda gelişmelerden birisi de Ulusal AIDS Komisyonu’dur.

Ulusal AIDS Komisyonu (UAK), T6rkiye’de HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyonların kontrol6 ve yayılımını 6nlemek, Ulusal politikaların belirlenmesi ve ulusal eylem planının hazırlanmasına y6nelik tavsiye kararları almak, sekt6rler arası işbirliği ve koordinasyonu sağlamak amacıyla 1996’da kuruldu. HIV/AIDS’in 6nleme çalışmaları için bir mevzuat oluşturma s6reci nedeniyle bir an 6nce çalışmaları hızlandırmak ve ulusal politikaları belirlemek için Sağlık Bakanlığı’nın Başkanlığını ve T6rkiye Aile Planlaması Derneği’nin sekreteryasını y6r6teceği “Ulusal AIDS Komisyonu” çeşitli sekt6rlerden 33 farklı kuruluş, kamu kurumları, sivil toplum kuruluşları, 6zel sekt6r kuruluşlarından oluşur (47).

2.4.2. HIV/AIDS Sosyo-Psikolojik Boyutu

HIV/AIDS hastalarının yaşadığı önemli sorunlar, damgalanma ve ayrımcılıktır. Toplumların dini veya inanç sistemleri, korkuları ve önyargıları, kültürleri ve gelenekleri damgalama oluşumunda etkili olmaktadır. HIV/AIDS konusundaki önyargı ve damgalamanın insanları riskli davranışlara yönelttiği, hastaların bildirimini engellediği ve toplumsal korkunun bulaşmayı arttırdığı belirtilmektedir. Birey ya da toplum; kendisini rahatsız eden, korkutan bir durumla karşılaştığında sıklıkla onu dışlayıp uzaklaştırma yolunu seçer (48). Bu süreç bazı hastalıklara atfedilmiş stigmaya (damgalama) katkıda bulunmakta ve bu stigma zaman zaman hastalığın kendisi kadar tehlike yaratmaktadır. Damgalama kuramının öncüsü Amerikalı sosyolog Goffman stigmayı, “damgalanan bireye daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenilmesi ve neredeyse insan gibi algılanmaması” olarak tarif etmiştir. Becker’e göre ise toplumsal gruplar, oluşturdukları kurallara uymayanları “dışarıdakiler” olarak etiketler ve toplumdaki sapmayı yaratırlar. Gruplara ait kurallar, grup içinde olan davranışı tanımlamaktadır. Bu kurallara uyulmadığı takdirde, bu kişinin grup dışında kalması kaçınılmazdır (49).

Stigmatizasyon (etiketleme veya damgalama) önyargılar sonucu bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır alması, onları toplumdaki dışlanmasına kadar giden davranışlar bütünüdür (50). Damga ve önyargının neden olduğu ayrımcılık ise; toplumdaki kişi ya da grupların bazı hak ve menfaatlardan yoksun kalmasına yol açmaktadır. Kanseri, tüberküloz, lepra, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, epilepsi, psikiyatrik bozukluklar, alkol ve ilaç bağımlılıkları ve AIDS, üzerinde stigma bulunan hastalıklardan bazılarıdır (51).

Tarih boyunca meydana geldiği toplumlarda kapsamı geniş sonuçlar doğuran salgın hastalıklar incelendiğinde; felaketin boyutuna paralel olarak toplumda yaşanan korkuların ve hastalığa yakalananların eziyet görme şiddetinde artışların olduğu görülmüştür. İnsanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahip olan cüzam, tanrının insana verdiği bir “kötülük” olarak nitelendirilmiştir. 1300’lü yıllarda kara ölüm olarak da bilinen Veba, tanrının insanlara günahkâr davranışları yüzünden gönderilen bir ceza olarak görülmüş, tanrının öfkelerini yatıştırmak için toplumun normlarına aykırı yaşayan grupları günah keçisi ilan etmişlerdir. 15. yüzyılda tüm Avrupa kıtasını kasıp kavuran

frengi, Orta Doğu'ya sıçramış, hastalığa yakalananlar tarih boyunca lanetlenmişlerdir (52). 18. yüzyılda adı konan tüberküloz, tamamen aşağı sınıfın bir hastalığı olarak bilinmiştir (53). 1700'lü yıllarda tütün kullanımının bir takım sağlık sorunlarına yol açtığı ortaya konmuş, 1900'lü yıllardan itibaren dünya kanser adı verilen bir hastalıkla savaşmak zorunda kalmıştır. O dönemlerde kanser hastalarına karşı önyargılı davranışlarda bulunulmuş, son 20 yıla kadar kanser hastalarına karşı ayrımcı yaklaşımlar devam etmiştir (54). 1980'lerde ortaya çıkan ve önceleri homoseksüel hastalığı olarak bilinen AIDS hakkında "Allah'ın günahkârlara verdiği bir cezası" yorumları yapılmıştır (55).

Bir zamanlar tedavisinde yüz güldürücü sonuçların alınmadığı hastalıklar (tüberküloz, sifiliz gibi) üzerindeki damgalamanın şiddetinin, etkili tedavi yöntemleri bulunduğça azaldığı görülmektedir. HIV/AIDS'in sosyal yapısı onu modern tarihin en damgalayıcı tıbbi konularından biri durumuna getirmiştir. Bunun en önemli nedenleri ise ilk AIDS vakasının rapor edilmesinden bu yana hastalık etkeninin hızla yayılması, yol açtığı kayıpların fazla olması, etkili bir tedavi/aşının henüz bulunamamış olmasıdır. Yaşanan süreçte hastalığa karşı toplum ve bireylerce gerçek ve gerçek olmayan korkular sonucunda sosyal önyargılar gelişmiş, bu durum hastaların; korku, sessizlik, şiddet, inkar, stigma gibi olumsuz tutumlara maruz kalmasına neden olmuştur (48).

Mak ve arkadaşları tarafından Hong Kong'da 3011 kişi ile yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan grubun en fazla damgalayıcı olarak belirttikleri hastalık HIV/AIDS olmuştur. Bunu sırayla tüberküloz ve SARS izlemiştir (48). Fife ve Wright (2000) stigmatın etkileri açısından kanser hastaları ile HIV/AIDS hastaları karşılaştırmışlar, HIV/AIDS hastalarının daha fazla stigmaya maruz kaldıklarını saptamışlardır (56).

Stigmatın hayat bulduğu zemin önyargıdır. Daha açık ifade ile stigma; korkunun yanı sıra, AIDS'in seks, hastalık ve ölümlerle, yasadışı, yasak veya tabu olan tutumlarla ilişkilendirilmesinden doğmaktadır. Toplum, hastalığa yakalanmayı sadece bireyin kişisel zaafı ve irade zayıflığına bağladığında ise daha dışlayıcı bir tutum sergilemektedir. AIDS'in sadece cinsel sapmalar ve sorumsuz cinsel davranışlar sonucu geliştiği önyargısı ise damgalamayı kolaylaştırmaktadır. Şiddeti ve biçimi kültürlere göre farklılık gösteren damgalamanın meydana gelmesinde başta önyargı olmak üzere pek çok etmen rol oynamaktadır (48).

Toplumun pek çok kesimine dayalı yapılan çalışmalar, halkın HIV/AIDS hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını göstermekte ve bu durum sosyal stigmatı tetiklemektedir. Artan ve Güleser'in (2006) 116 sağlık okulu öğrencisi ile yaptıkları araştırmada katılımcıların HIV/AIDS konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Kır ve arkadaşları (2004) tarafından 410 er ile yapılan çalışmada ise araştırmaya katılan grubun HIV bulaşması hakkında bilgi açıklarının olduğu saptanmıştır. Kişioğlu ve arkadaşlarının (2004) kuaför ve güzellik salonlarında 81 kişi ile yaptıkları araştırmada HIV'in bulaşma ve korunma yolları hakkında katılımcıların bilgilerinin yetersiz olduğu belirlenmiş, eğitime gereksinimleri olduğunu ortaya konmuştur. Kapadokya bölgesinde bulunan otellerin 266 çalışanı ile yapılan bir araştırmada ise personelin AIDS konusunda bilgi düzeylerinin istendik seviyede olmadığı saptanmıştır (56,57,48).

Sosyal temas ile HIV bulaşı olduğuna dair bildirilen bir vaka olmamasına rağmen toplumun büyük bir kısmı tokalaşma, aynı banyoyu, havuzu, kullanma ile bulaşmanın gerçekleşeceğine dair korkular yaşamaktadır. Yaşanan en büyük çelişki ise HIV bulaşına neden olabilen yüksek riskli cinsel davranışların serbestçe yapılırken, hassasiyetin daha çok bulaş olasılığı düşük temaslar üzerine yoğunlaşmış olmasıdır. Bu bağlamda risklerin doğru değerlendirilmemesi, eksik bilgilenme ve yanlış inanışlar, HIV/AIDS hastasının toplumdan dışlanmasına yol açmaktadır. HIV bulaşı konusunda toplumun yanlış algılamaları ve önyargılı davranışları bazı politik tutum ve kararlara da yansımıştır. HIV/AIDS'li kişilerin ABD'ne girişi yasaklanmış, iş yerlerinden izole edilme önerisi gündeme getirilmiş, hatta bu kişilerin karantinaya alınması fikri desteklenmiştir (58).

HIV/AIDS hastasının yaşamını trajediye çeviren kayıplar ve bunların nedenleri Duyan (2001) tarafından Tablo 2.6'daki gibi verilmiştir.

Tablo 2.6. HIV/AIDS bağlı kayıplar ve bunların nedenleri (58)

Kayıplar	Nedenleri
İş	Enfeksiyon, hastalık sonucu sakatlıklar
Aile	Korku, damgalanma, baş edebilme becerisinin olmaması, AIDS bağlı yakın çevresinden birisinin ölmesi
Yakın Çevre	Korku, damgalanma, baş edebilme becerisinin olmaması
Tıbbi bakım	Sağlık bakım sigortasının yenilenememesi, mevcut sigortanın bakım masrafları tam olarak karşılamaması
Maddi	İş kaybı, tıbbi bakım masraflarının artması
Sosyal destekler	Korku, damgalanma, baş edebilme becerisinin olmaması
Benlik saygısı ve gurur	Kendini suçlama
Fiziksel duygusal temas	Bulaş yolları hakkında gerçekçi olmayan korkular.
Gelecege ilişkin amaçlar ve arzular	Kronik ve yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze gelmesi
Cinsel partner/ Eş	Korku, baş edebilme becerisinin olmaması
Ev hayvanları	Patojenlerin olası taşıyıcı olma durumu
Yaşam tarzına ilişkin değişiklikler	Günlük yaşamı etkileyecek şekilde sağlık üzerine olumsuz etkisinin olması

Çalışma yaşamında önemli bir tehdit oluşturan HIV/AIDS, hem sektörleri hem de hastaları etkilemektedir. Hastalığa yakalananların çoğunun erişkin olması nedeniyle, işgücünün en üretken kesimini etkilemekte, kazançları azaltmakta, verimlilikteki bu azalma ise artan işgücü maliyetleri, beceri ve deneyimin yitirilmesi yüzünden bütün sektörlerdeki işletmelerde ağır kayıplar doğurmaktadır. İşe almadan önce HIV testi istemek, pozitif olanları işe almamak, iş yerinde taciz etmek ve istifa etmeleri için baskı yapmak şeklinde uygulamalar ise hastalarda ekonomik sorunlara, sosyal çıkmazlara sebep olmaktadır (48).

HIV/AIDS'li bireyler ev/konut sağlama konusunda da sıkıntılar yaşamaktadır. Sebepsiz yere ev kiralamamak, kiracıyı taciz etmek ve sebepsiz yere evinden tahliye edilme tehdidi gibi davranışlar bunlardan bazılarıdır. Bu durum hastanın barınma sorununa yol açmaktadır. HIV/AIDS olan kişilerin eğitim alma hakları da elinden alınabilmektedir. Öğretmenler, çocuklara bulaştırıcılık konusunda yersiz korku ve endişeler yüzünden işten çıkarılırken, AIDS ile ilgili yanlış bilgi ve inanışlar nedeniyle yetişkinler, HIV (+) olan çocukların okula alınmalarını engellemeye çalışabilir.

HIV/AIDS'li bireyler hastalıkları ile mücadele ederken yakın çevre, aile ve cinsel eşin sağladığı desteğin azalması ya da ortadan kalkması sonucu duygusal yük altına girerler. Oysaki gelişmekte olan ülkelerin çoğunda aileler, HIV/AIDS'li bireyler için primer bakım görevini üstlenenlerdir ve hastaların en temel destek odağıdır. Aile üyelerince yapılan ev içi damgalama ise toplumsal damgalamanın en acı ve zarar verici olanıdır. HIV/AIDS'li birey kadın ise, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan daha fazla zarar görebilmektedir. Kadınlar, ailesinin olumsuz reaksiyonları, evini ve çocuğunu kaybetme, reddetme ve suçlama davranışları ile erkeklere göre daha fazla oranda karşılaşabilmektedirler. Aileler bu kişileri sadece HIV oldukları için değil, aynı zamanda seks işçisi, ilaç bağımlısı, homoseksüel gibi istenmedik davranışlarla da eşdeğer olarak görebilmektedirler (48,59).

Benzer şekilde HIV/AIDS'li bireyler farklı hizmet alanlarında da zorluk çekebilir ve hatta sağlık/yaşam sigortasını kaybedebilirler. Özellikle sağlık ve bakım hizmetlerini verenler (doktor, cerrah, hemşire, dişçi) HIV(+) olan ve olmasından şüphelenilen hastaları muayene etmeyi reddedip, sağlık hizmetleri konusunda ayrımcılığa sebep olmaları veya bulaşma konusunda gereksiz önlemler alma eğilimi göstermektedir. Hatta sağlık profesyonellerinin HIV/AIDS'li kişilere kaygıyla yaklaştığı ve tedavi verme konusunda çekingen davrandığı, hastalarına bakım veren hemşirelerde bulaş korkusu yaşandığı saptanmıştır (48,57). Wang ve arkadaşlarının yaptığı iki araştırmada, AIDS'in hemşireler arasında yarattığı korku ve endişe davranışları FOA (Fear of AIDS) ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. İngiltere'de yapılan ilk çalışmada; bu ölçeği yanıtlayan 365 hemşirenin AIDS korkusunun altında yatan nedenlerin 7 grupta toplandığı belirlenmiştir. Bunlar; AIDS'ten beni korumak için gerekli AIDS politikası desteği yok (%28.2), AIDS'li hastanın kan ve vücut sıvıları ile temas korkusu (%26.2), AIDS'lilere karşı olma (%10.9), yardımcı olmak için hizmet sunmadan yalnızca bakım uygulamam (%9.7), ben AIDS olursam bana destek olacak kimse yok (%9.2), AIDS finansal bir yüküdür anlayışı (%8), AIDS'li biri için kendi değerimi niçin düşüreyim (%7.9) şeklinde korku ve endişelerdir (& Paterson 1996). ABD'nde 376 hemşireye FAO II ölçeği uygulanarak gerçekleştirilen ikinci araştırmada, AIDS'le ilgili politik düşüncelerin, kan yoluyla veya fiziksel yakınlık gerektiren bakım sırasında hastalıkla enfekte olma olasılığının, bir homoseksüele yaklaşma ve bakım etiği düşüncesinin korku ve endişe tutumunu yükselttiği belirlenmiştir (48,57). Sağlık çalışanlarının HIV/AIDS hastalığına ya da hastasına karşı sergilediği bu tür olumsuz

tutum ve davranışların; HIV'e karşı alınan önlemleri, bakım programlarını, kişilerin test olma olasılığını, kendilerini ve başkalarını korumak için bilgiye ulaşmalarını kötü yönde etkilemektedir (48).

Damgalamanın psikolojik etkileri, HIV/AIDS hastasının baş etmesi gereken diğer bir sorundur. Toplumsal damgalama, HIV/AIDS'li kişiler için kronik bir stres kaynağıdır. Hastalığın herhangi bir aşamasında meydana gelebilen ve kişinin baş etme ve uyum düzeyini olumsuz yönde etkileyen damgalamanın sonucunda anksiyete, depresyon ve kişilerarası güvensizlik düzeyinde artış görülür. Enfeksiyonun asemptomatik aşamasındaki hastalar toplumsal damgalama tehdidini yaşamamak ve sosyal destekten mahrum kalmamak için hastalığını başkaları ile paylaşmak istemezler. İçselleştirilmiş damgalama psikolojik strese yol açan bir diğer faktördür. HIV/AIDS'e yakalanmanın nedenini kendisine atfeden kişi, hastalığı genellikle bir cezalandırma olarak değerlendirir.

HIV/AIDS hastalarının çoğu kendilerini toplumsal yaşamdan izole etme yolunu tercih ederler ve bu durumda sorunlar/korkularla başa çıkmada saklanma ve soyutlanma yöntemlerini benimserler (59).

Hastalığın sık görüldüğü toplumlarda stigmaya karşı savaşta en etkili silahın eğitim olduğu bilinmektedir. Aksi takdirde yaşayacakları ruhsal bozukluklar, topluma karşı kin ve nefret duymalarına yol açabilir, intikam duygusuna neden olabilir (48).

Damgalama ve ayrımcılığın büyük bir kısmı sağlık bakım sisteminde gerçekleşmektedir. İzin almadan HIV testinin yapılması, rencide edici ve yargılayıcı yaklaşımlar, hasta ve yakınlarının endişelerini ve isteklerini göz ardı etmek, medya ya da polise bilgi vermek, kayıtlarda hastanın etiketlenmesi ya da açıkça ortaya konması ile gizliliğin sağlanmasında eksiklik, kalitesiz bakım sağlamak, erken taburculuk ya da ailesinin önünde hastaya kötü muamelede bulunmak, bakım vermeyi reddetmek, sağlık bakım sisteminde karşımıza çıkan bazı damgalama ve ayrımcılık örnekleridir. Tüm bu nedenlerden dolayı eğitim önceliğinin sağlık personeline verilmesi önemlidir. Bu yaklaşımla bilgilendirilen sağlık çalışanlarının hastaya yönelik tutumları değişerek, sağlık bakım hizmeti verme konusunda tereddütlü davranışların ortadan kalkması sağlanabilir (60,61,62).

Türkiye’de ise cinsel aktiviteye başlama yaşının düşmesi ve güvenli olmayan cinsel davranış biçimlerinin de yaygınlaşması gerçeğinden yola çıkarak; yapılacak akran eğitimleri ve grup tartışmaları ile hem hastalığa yakalanma riski azaltılabilir, hem de hastalara karşı damgalamanın önüne geçilebilir (62).

Çağımızın önemli bir sorunu olan HIV/AIDS’i, sadece tıbbi değil, aynı zamanda kazanmış olduğu sosyal boyutuyla insan hakları sorunudur. Ülkemizde de HIV/AIDS vaka sayısı henüz binli rakamlarla ifade edilirken, hasta sayıları milyonları bulan ülkelerden biri olmamak için; korunmayı öğrenmek, öğretmek, kişisel davranış değişikliğinde bulunulmasını sağlamak gerekir. İnsani duyarlılığa sahip herkesi ilgilendiren ve toplum bazında ele alınması gereken bu hastalığa karşı savaşta en etkili yol ise eğitimidir. Henüz daha fazla gecikme yaşanmadan, toplum hastalık konusunda bilgilendirilmeli, önyargılar giderilmeli, damgalama ve ayrımcılığı önleyici düzenlemeler yapılmalıdır (48).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Antalya Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserinde (*) kayıtlı HIV(+) kişiler üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın yapılmasına ilişkin, Okan Üniversitesi Etik Kurul Onayı sonrası Antalya İl Sağlık Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Müdürlüğü ile Valilik Makamından Olur alındıktan sonra Temmuz - Ekim 2012 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Antalya Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserinde (DTHD) kayıtlı HIV(+) kişiler oluşturmuştur. Dispanserde 2012 yılı temmuz ayı başında 201 kişinin kayıtlı olduğu görülmüştür. Tablo 3.1’de görüldüğü gibi Antalya DTHD’de Temmuz 2012 kayıtlarına göre toplam 201 kayıtlı kişi olup 9 kişi göç etmiş, 21 kişi vefat etmiştir. Geri kalan 171 kişi araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünü ise; Tüm evrene ulaşılmaya çalışılmış ancak; kayıtların yetersizliği nedeniyle 98 kişiye ulaşılabilmmiştir. Ulaşılabilen 98 kişiden 3 kişi çalışmayı katılmayı kabul etmemiş, böylece örnekleme, evrenden ulaşılabilen ve çalışmayı katılmayı kabul eden 95 kişi oluşturmuştur.

Tablo 3.1. Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserinde kayıtlı HIV(+) kişi sayısı

1985- Ekim 2012 Kaydedilen Hasta Sayısı									
Vaka		Taşıyıcı		Ölenler		Göç edenler		Genel Toplam	
Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
2	11	37	121	6	15	4	5	49	152
Toplam =13		Toplam=158		Toplam =21		Toplam=9		Toplam=201	

Takip edilen hasta sayısı= (Genel toplam) – (Ölenler + göç edenler)=201-30=171 hasta takipte görünmektedir.

(*) Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çerçevesinde Sağlık Bakanlığı ve taşra teşkilatı bünyesinde bir yapılanma ile oluşturulmuştur. On bir ilde (Adana, Ankara, Antalya, Diyarbakır, Hatay, İstanbul, İzmir, Kayseri, Mersin, Samsun, Zonguldak) CYBH konusunda faaliyet göstermektedir.

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

- HIV/AIDS hakkında bilgi düzeyleri
- Haklarını bilme durumu
- CD4 ve HIV RNA sayımlarını bilme
- Hak ihlali yaşama durumu
- Kondom kullanma
- Kondomu nerden alacağını bilme
- Son bir yıl içinde seks çalışanları ile birlikte olma
- Son cinsel temasında kondom/prezervatif kullanma
- Cinsel eşi HIV/AIDS virüsünden koruma
- Cinsel eşe HIV/AIDS testi yaptırma
- HIV/AIDS hakkında bilgi alma

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

- Öğrenim Durumu
- Cinsiyet
- Tanı alma zamanı
- Meslek
- Gelir

3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırmada bağımlı ve bağımsız değişkenlere ulaşmak amacıyla bir anket hazırlanmış ve yüzyüze görüşme uygulanmıştır (EK-1).

Soru formunda bulunan HIV/AIDS bilgi düzeyini saptamak için hazırlanan sorular, konunun uzmanı enfeksiyon hastalıkları uzmanına danışılarak hazırlanmıştır.

Anket ön araştırma ile öncelikle 11 hastaya uygulanmış, anketin anlaşılabilir ve uygulanabilir olduğu görülmüştür.

Anket formu 6 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; demografik bilgiler(yaş, eğitim, meslek, cinsel tercih vb) yer almıştır. İkinci bölümde hastalığa ilişkin veriler, tanı tespit yeri, zamanı, hastalık hakkında bilgi alıp almama tutum davranış bilgileri vb. yer almaktadır. Üçüncü bölümse hastalığa ilişkin yaşanan durumlar, iş kaybı, aile kaybı, maddi kayıp vb. durumlar, dördüncü bölümde HIV ile yaşan kişilerin haklarını bilme ve hak ihlali yaşama durumları ile ilgili sorular yer almaktadır. Beşinci bölümde HIV ile yaşayan kişilerin HIV/AIDS hakkında bilgi düzeylerini ölçmek için hazırlanmış 25 soru bulunmaktadır. Beşinci bölümdeki HIV/AIDS hakkındaki sorular, doğru, yanlış ve bilmiyorum şeklinde düzenlenmiş ve toplam 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Altıncı bölümde ise HIV ile yaşayan kişilerin yaşadıkları sağlık sorunu, psikolojik ve hukuksal sorun olarak anlatmak istedikleriniz nelerdir şeklinde üç adet açık uçlu soru sorulmuştur.

3.6. Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi

Verilerin çözümlenmesinde SPSS 18.0 (Statistical for Social Scienses for Windows) paket programları kullanılmıştır. HIV/AIDS bilgilerinin belirlenmesi amacıyla sorulan sorulara verilen her bir doğru cevap için 4 puan verilerek bilgi puanı hesaplanmıştır. Alınabilecek en yüksek puan 100'dür.

Haklar ile ilgili her bir soruya ise bir (1) puan verilerek bilgi puanı hesaplanmıştır. Alınabilecek en yüksek puan 21'dir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler yanında ki-kare ile Student's t testleri kullanılmıştır.

3.7. Uygulamada Karşılaşılan Güçlükler

Her bir HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişi için, anket sorularının cevaplanması 20-30 dakika sürmüştür.

Çalışmaya katılanlarda okur-yazarlık ve eğitim düzeyinin düşük olması soruların anlaşılmasında engeller oluşturmuştur.

HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerde, çalışmanın gizliliği vb. durumlar kaygı yaratmıştır.

Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserinde ilk HIV/AIDS kaydı 1986 yılında yapılmıştır. Eski kayıtlı hastaların birçoğuna iletişim bilgileri değiştiği için ulaşılamamıştır.

4. BULGULAR

Çalışma Antalya Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserinde kayıtlı 95 HIV(+) kişi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan HIV (+) kişilerin yaş ortalaması $40,53 \pm 11,55$ (en küçük yaş 21, en büyük yaş 69) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi HIV(+) kişilerin %66,3'ü (63) erkek, %61,1'i (58) evli, %31,6'sı ilkokul, %29,5 lise mezunu olduğu görünmektedir.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişiler, kişisel gelirlerini ortalama $1088,23 \text{ TL} \pm 1049,62 \text{ TL}$ (enküçük gelir 250 TL, Enyüksek gelir 5000 TL) Hane gelir ortalamalarını ise $1633,33 \pm 1128,13$ endüşük hane geliri 450 TL, En yüksek hane geliri 6500 TL olarak ifade etmişlerdir.

Tablo 4.1. Çalışmaya katılan HIV (+) kişilerin sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde	Önemlilik testi
Cinsiyet			
Kadın	32	33,7	$X^2=0,170$ $P=0,680$
Erkek	63	66,3	
Medeni Durum			$X^2=10,116$ $P=0,001$
Evli	58	61,1	
Hiç evlenmemiş	27	28,4	
Boşanmış	6	6,3	
Eşinden ayrı yaşıyor	4	4,2	
Eğitim			$X^2=79,526$ $P=0,000$
Okuryazar	6	6,3	
İlkokul mezunu	30	31,6	
Ortaokul mezunu	13	13,7	
Lise mezunu	28	29,5	
Ön lisans mezunu	11	11,6	
Lisans mezunu	6	6,3	
Lisansüstü mezunu	1	1,1	

Tablo 4.2'de görüldüğü gibi, HIV(+) kişilerin %76,8'i (73) diplomalı bir mesleği yoktur. Ancak tanı almadan önce %67,4'ü (64) bir çalışma hayatında iken sadece %38,9'u (37) aynı işe devam etmekte, %12,6'sı (12) kişi farklı bir iş yapmakta, daha önce çalışmayan kişi sayısı %27,4 (26) iken, tanı aldıktan sonra, çalışmayan kişi sayısı %37,7 (33) olmuştur. Yine tanı almadan önce %5,3 (5) olan emekli sayısı tanı

aldıktan sonra %13,7'ye (13) çıkmıştır. Buna göre tabloda da görüldüğü gibi tanı almadan önce çalışan 64 kişinin sadece 37 kişisi aynı işine devam ederken, 12 kişi farklı bir işe geçmiş, 7 kişi çalışma hayatından uzaklaşmış ve 8 kişi de emekli olmuştur.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin tanı almadan önceki yaptıkları iş, tabloda gösterilmemekle birlikte, ağırlıklı olarak turizm sektöründe, esnaf ve işçi olduğu görülmüş, 3 kişi seks işçiliğinde çalıştığını ifade ederken tanı aldıktan sonra bu işte çalışmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.2. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin iş durumları

Özellikler	Sayı	Yüzde
Diplomalı meslek		
Yok	73	76,8
Var	22	23,2
Tanı almadan önceki işi		
Çalışmıyor	26	27,4
Emekli	5	5,3
Çalışıyor	64	67,4
Tanı aldıktan sonraki işi		
Aynı işi yapıyorum	37	38,9
Farklı işi yapıyorum	12	12,6
Çalışmıyor	33	34,7
Emekli	13	13,7
Toplam	95	100,0

Tablo 4.3'de görüldüğü gibi çalışmaya katılan HIV(+) 68 kişinin eş bilgilerine bakıldığında 30 eşin çalışmadığı, 8 eşin emekli olduğu, eğitim düzeylerinin en fazla ilkokul olmak üzere ortaokul ve lise düzeyinde olduğu, 55 kişinin ise eşinin HIV(+) olduğunu bildiği sadece bir kişinin başka bir hastalık olarak bildiği, ancak 11 eşin durumdan haberdar olmadığı ifade edilmiştir.

Tablo 4.3. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin eş bilgileri

Özellikler	Sayı	Yüzde
Eş çalışma durumu (n=68)		
Ev hanımı	29	42,6
Emekli	8	11,8
Çalışıyor	30	44,1
Yanıt yok	1	1,5
Eş eğitim (n=68)		
Okuryazar	3	04,4
İlkokul mezunu	29	44,1
Ortaokul mezunu	10	14,7
Lise mezunu	12	17,6
Ön lisans mezunu	7	10,3
Lisans mezunu	5	07,4
Lisansüstü mezunu	1	01,5
Yanıt yok	1	01,5
Eş hastalığını biliyor mu?(n=68)		
Evet biliyor	55	80,9
Hayır bilmiyor	11	16,1
Yanıt yok	1	1,5
Başka bir hastalık olarak biliyor	1	1,5
TOPLAM	68	100,0

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, hastalığın tanısı genelde başka bir hastalık sırasında yapılan tarama testleri sırasında ortaya çıkmıştır. Bunu kan bağıışı, gebelik öncesi ve sonrası testler, eşin HIV tanısı alması ve riskli cinsel temas takip etmektedir.

Tablo 4.4. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin cinsel tercihi, tanı alma ve tespit durumu

Özellikler	Sayı	Yüzde
Tanı Tespit Yeri (n=95)		
İş başvurusu sağlık tarması	2	2,1
Gebelik öncesi ve sonrası testler	12	12,6
Hastalık sırası yapılan testler	38	40,0
Kan bağıışı	22	23,2
Eşlerin HIV (+) tanı alması sonucu	11	11,6
Riskli cinsel temas	7	7,4
Yanıt yok	3	3,1
Cinsel tercih (n=95)		
Heteroseksüel	83	87,4
Biseksüel	5	5,3
Homoseksüel	7	7,4
Tanı Evresi (n =95)		
HIV enfeksiyonu	89	93,7
AIDS evresi	6	6,3
TOPLAM	95	100,0

Çalışma grubundaki HIV (+) kişilerin ortalama tanı alma zamanları $42,2 \pm 43,1$ ay [En yakın tanı alma iki (2) ay, en uzun tanı alma ikiyüzdört (204) ay] öncesidir. Tedavi zamanı ise; $32,54 \pm 34,5$ [En yakın tedavi alma bir (1) ay, en uzun tedavi alma yüzdoksansekiz (198) ay] olarak tedavi almaya başladığı görülmektedir.

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi %88,4’ü tedavi aldığını ifade etmekte iken, klinik takipteyim henüz tedavi başlanmadı diyenlerin oranı %8,4 olarak bulunmuştur. Tedavi alanların (n:86) %62,9’u aldığı tedaviden memnun iken, %10,5’i aldığı tedavinin yeterli olmadığını ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin (95) %35,8’i psikolojik olarak destek aldığını, %7,4’ü psikolojik destek almayı düşündüğünü, %56,8’i ise psikolojik desteğe ihtiyacım yok veya psikolojik destek almak istemediğini ifade etmiştir.

Tablo 4.5. Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların tedavi alma durumu ve düşünceleri

Özellikler	Sayı	Yüzde
Çalışmaya katılan Hiv (+) hastaların tedavi alma durumu		
Klinik takip ve tedavi almıyorum	1	1,1
Klinik takipteyim henüz tedavi başlanmadı	8	8,4
Tedavi aldım, bıraktım	2	2,1
Klinik takipteyim tedavi alıyorum	84	88,4
Toplam	95	100
Aldığı tedavinin yeterli olduğunu düşünenler (n:86)		
Evet	54	62,8
Hayır	9	10,5
Kısmen	23	26,7
Toplam	86	100,0
Tam konulduktan sonra psikolojik yardım aldınız mı? (n:95)		
Evet aldım	34	35,8
Hayır, almak istemedim	38	40
Almayı düşünüyorum	7	7,4
İhtiyacım yok	16	16,8
Toplam	95	100

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi, HIV/AIDS hakkında bilgi alanların oranı (n=95) %89,5 olarak bulunmuş ve bilgi alan HIV(+) kişilerin %63,2’si bilgiyi sağlık personelinin aldığını ifade etmiştir. Ayrıca çalışmaya katılan kişilerin 55,3’ü hastalığı hakkında yeterli miktarda bilgi sahibiyim derken, %37,6’sı az miktarda bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin CD4 ve viral yük sayılarını bilme durumlarının dağılımı verilmiştir. Tabloya göre CD4 sayısını bilenler %57,9, CD4 sayısını hatırlamayanlar %23,2, CD4 sayısını bilmeyenler %18,9 olarak bulunmuştur.

HIV(+) olguların %53,7'si viral yük (HIV RNA) bildiğini ifade etmekte iken, %26,3'ü viral yük sayımını hatırlamadığını, %20'sinin ise viral yük sayımını bilmediği ifade etmektedirler.

Tablo 4.6. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin AIDS hakkında bilgi alma durumları ve CD4 ile HIV RNA sayımlarını bilme durumlarının dağılımları

Özellikler	Sayı	Yüzde %
Bugüne kadar HIV/AIDS hakkında bilgi aldınız mı? (n=95)		
Hayır	10	10,5
Evet	85	89,5
TOPLAM		
Bilgiyi nereden aldınız? (n=85)		
Sağlık personeli	60	63,2
Okul	1	1,1
Arkadaş, aile vb.	2	2,1
Gazete, dergi, internet, vb	19	20
Diğer	3	3,2
Hastalığınız hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz? (n=85)		
Yeterli miktarda bilgi sahibiyim	47	55,3
Az miktarda bilgi sahibiyim	32	37,6
Hiç bilgim yok	6	7,1
TOPLAM	85	
İlk ve son bakılan CD4 sayınızı biliyor musunuz? (95)		
Evet biliyorum	55	57,9
Hatırlamıyorum	22	23,2
Hayır bilmiyorum	18	18,9
İlk ve son bakılan viral yük sayınızı biliyor musunuz? (95)		
Evet biliyorum	51	53,7
Hatırlamıyorum	25	26,3
Hayır bilmiyorum	19	20

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan hastaların 25’i (%26,3) fırsatçı enfeksiyon geçirmiştir. Fırsatçı enfeksiyon geçiren hastaların dağılımına (n=25) baktığımızda ise, akciğer enfeksiyonu geçirenlerin sayısı 12 (%48) ve geçirilmiş akciğer enfeksiyonlarını 4 kişi TBC, 8 kişi ise pnomoni olarak tanımlamıştır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) 4 kişi (%16), dağılım olarak ise 3 frengi ve 1 kişi genital herpes (HSV) olarak dağılmaktadır. Enfeksiyon geçiren hastaların 5 (%20) hepatit B enfeksiyonu geçirdiğini belirtmiştir. Diğer enfeksiyon geçiren 4 (%16) kişiden ise 2 kişi ishal ve 2 kişi menenjit geçirmiştir.

Kronik hastalığı olan 23 kişi (%24,2) bulunmuştur. Kronik hastalığı olanların dağılımına bakıldığında (n=23) ise; malign tümörleri olanlar 7 (%30,4) olarak bulunmuştur. Malign tümörler kategorisinde 2 kişi lenfoma hastası, 5 kişi ise kaposi sarkomudur. Kaposi sarkomu olan hastalardan 1 kişinin beyin tutulumu olduğundan belden aşağısı felç ve görmemektedir. Diğer 4 kaposi sarkomu tanısı alan hasta ise cilt düzeyinde olduğunu ifade etmektedirler. Diyabet hastası olanlar 4 (%17,4), koroner arter hastası 6 (%26,1) kişinin aynı zamanda kolesterol düzeyleri yüksek bulunmuştur. KOAH tanısı alan 4 (%17,4) ve diğer seçeneğinde 2 (%8,7) kişinin kronik hastalıkları ise madde bağımlılığıdır. Madde bağımlısı olan bu hastalar psikolojik tedavi almaktadır.

Tablo 4.7. Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların fırsatçı enfeksiyon ve kronik hastalık bulguları

Özellikler	Sayı	Yüzde %
Fırsatçı enfeksiyon geçirme durumu (n=95)		
Evet	25	26,3
Hayır	70	73,7
Fırsatçı enfeksiyon dağılımları (n=25)		
Akciğer enfeksiyonu	12	48
CYBH	4	16
Hepatit	5	20
Diğer	4	16
Kronik hastalık durumu (n=95)		
Evet	23	24,2
Hayır	72	75,8
Kronik hastalık dağılımları (n=23)		
Malign tümörler	7	30,4
Diyabet	4	17,4
Koroner arter hastalığı	6	26,1
KOAH	4	17,4
Diğer	2	8,7

Araştırmaya katılan HIV(+) kişilerin HIV/AIDS tanısı konduktan sonra cinsel yaşamları ile ilgili ifadeleri Tablo 4.8’de verilmiştir. Tabloya göre araştırmaya katılanların %34,7’sinin hiç cinsel teması yok, %30,5’inin korunarak (kondom) sadece eşi ile cinsel teması var, %20’sinin korunarak (kondom) birden fazla kişi ile cinsel teması var. %3,2’sinin korunmadan birden fazla kişi ile cinsel teması var. %11,6’sının korunmadan sadece eşiyile cinsel temasının olduğu bulunmuştur. Korunmadan sadece eşleri ile cinsel teması olanların (%11,6) eşleri de HIV(+) tanısı aldığından korunmaya gerek duymadıklarını ifade etmektedirler.

Tablo 4.8. Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların cinsel yaşamları ile ilgili bulguların dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde %	
<i>HIV/AIDS tanısı konulduktan sonra cinsel yaşamınızı ifade eden seçeneği işaretleyiniz?</i>			
Hiç cinsel yaşamım yok	33	34,7	
Korunarak (kondom) sadece eşimle cinsel temasım var	29	30,5	
Korunarak (kondom) birden fazla kişiyle cinsel temasım var	19	20	
Korunmadan birden fazla kişiyle cinsel temasım var	3	3,2	
Korunmadan sadece eşimle cinsel temasım var	11	11,6	
Toplam	95	100	
Prezervatif almak istediğinizde nerden alabileceğinizi / ulaşabileceğinizi biliyor musunuz?(n=95)	Evet	73	76,8
	Hayır	22	23,2
Prezervatif almak istediğinizde markasını biliyor musunuz?(n=95)	Evet	56	58,9
	Hayır	39	41,1
Son 12 ay içerisinde bir seks işçisi ile cinsel temasınız oldu mu?(n=95)	Evet	24	25,3
	Hayır	71	74,7
Son cinsel temasınızda prezervatif kullandınız mı?(n=95)	Evet	46	48,4
	Hayır	49	51,6
Cinsel eşinizi HIV virüsünden nasıl koruyorsunuz?(n=95)			
Kondom/prezervatif	44	46,3	
Hiçbir şey	18	18,9	
Cinsel temasım yok	25	26,3	
Cevap vermeyen	8	8,4	
Eşiniz veya cinsel eşinize HIV testi yapıldı mı?(n=95)			
Hayır	22	23,2	
Evet	65	68,4	
Cevap vermeyen	8	8,4	

Araştırmaya katılan HIV(+) kişilerin kondom davranış bilgileri dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde prezervatife nereden ulaşabileceklerini bilenler 73 (%76,8), ilgili kişilerin %82,3 eczane, market vb yazabilmişlerdir.

Prezervatif almak istediklerinde markasını bilenler 56 (%58,9) olarak bulunmuştur. Prezervatif markası bilenlerin %47,2’si marka yazabilmişken, prezervatif markası bildiğini söyleyenlerin %53,8 marka yazamamışlardır.

Araştırmaya katılan HIV ile yaşayan kişilere son 12 ay içerisinde seks işçisi (para karşılığı çalışan) cinsel temasınız oldu mu? sorusuna 24 (%25,3) kişi evet, 71 (%74,7) hayır cevabı vermiştir. Son 12 ay içerisinde bir seks işçisi ile cinsel teması olanların tamamının cinsiyeti erkektir. Son cinsel temasında prezervatif kullanan 46 (%48,4), prezervatif kullanmayan ise 49 (%51,6) olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin **cinsel eş** koruma bilgilerinin dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir. Araştırmada HIV ile yaşayanlara cinsel eşlerini HIV virüsünden nasıl koruyorsunuz şeklinde açık uçlu soru sorulup cevaplamaları istenmiştir. Verilen cevaplar gruplandığında %46,3 kondom/prezervatifle koruyorum, %18,9 hiçbir şey yapmıyorum şeklinde ifade etmişlerdir. Hiç bir şey yapmıyorum diyenlerin çoğunluk ifadesi “zaten eşim de HIV taşıyıcısı olduğundan korunmaya gerek yok” şeklindedir. %26,3 kişi ise “cinsel temasım yok” şeklinde ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan kişilere cinsel eşinize HIV/AIDS testi yapıldı mı? sorusuna %23,2 kişi hayır cevabı vermiştir. Cinsel eşine test yapıldığını ifade edenler ise %68,4 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.9. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin cinsiyete göre bazı davranış özellikleri

Özellikler	Kadın		Erkek		P	X ²
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Kronik hastalığı olanlar	7	21,9	16	25,4	,705	,143
Fırsatçı enfeksiyon geçirenler	8	25,0	17	27,0	,836	,043
Cinsel yaşam ifadeleri						
Hiç cinsel yaşamım yok	11	34,4	22	34,9	0,042	9,894
Korunarak sadece eşimle cinsel temasım var	11	34,4	18	28,6		
Korunarak (kondom) birden fazla kişi ile cinsel temasım var	3	9,4	16	25,4		
Korunmadan birden fazla kişi ile cinsel temasım var	0	0	3	4,8		
Korunmadan sadece eşimle cinsel temasım var	7	21,9	4	6,3		
Kondom / prezervatif ne den ulaşacağını bilenler	22	68,8	51	81,0	,183	1,776
Kondom / prezervatif markası bilenler	17	53,1	39	61,9	,411	,676
Son cinsel temasında kondom kullananlar	12	37,5	34	54,0	,129	2,304
Son bir yıl içerisinde para karşılığı çalışanlarla cinsel teması olanlar	4	12,5	20	31,7	,041	4,263
Eşin korunması ile ilgili ifadeler						
Eşimi kondom / prezervatifle koruyorum	13	40,6	31	56,4	0,304	2,304
Eşimi korumak için hiç bir şey yapmıyorum	7	21,9	11	20,0		
Eşimi korumak için cinsel temasım hiç yok	12	37,5	13	23,6		
Eşime HIV/AIDS testi yapıldı	26	81,3	39	70,9	,285	1,145

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin cinsiyete göre bazı davranış özellikleri Tablo 4.9'da verilmiştir. T testi yapıldı ve cinsiyet ile bazı davranışlar arasında fark saptandı. Erkeklerin son bir yıl içinde para karşılığı çalışan seks işçileri ile cinsel teması (p=0,041) ile anlamlı fark bulundu. Çalışmaya katılan kişilerin cinsel yaşam ifadelerinde (p=0,042) fark bulundu.

Tablo 4.10. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin eğitime göre bazı davranış özellikleri

Özellikler	Lise altı		Lise ve üstü		P	X ²
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Kronik hastalığı olanlar	16	32,7	7	15,2	,047	7,134
Fırsatçı enfeksiyon geçirenler	19	38,8	6	13,0	,004	14,161
Cinsel yaşam ifadeleri						
Hiç cinsel yaşamım yok	21	42,9	12	26,1	,122	7,738
Korunarak (kondom) sadece eşimle cinsel temasım var	11	22,4	18	39,1		
Korunarak (kondom) birden fazla kişi ile cinsel temasım var	8	16,3	11	23,9		
Korunmadan birden fazla kişi ile cinsel temasım var	1	2,0	2	4,3		
Korunmadan sadece eşimle cinsel temasım var	8	16,3	3	6,5		
Kondom / Prezervatife nereden ulaşacağını bilenler	28	57,1	45	97,8	,000	33,429
Kondom / Prezervatif markası bilenler	17	34,7	39	84,8	,000	26,485
Son cinsel temasında kondom kullananlar	16	32,7	30	65,2	,002	17,068
Son bir yıl içerisinde para karşılığı çalışanlarla cinsel teması olanlar	10	20,4	14	30,4	,261	3,947
Eşin korunması ile ilgili ifadeler						
Eşimi kondom/ prezervatifle koruyorum	17	37,8	27	64,3	,041	6,306
Eşimi korumak için hiç bir şey yapmıyorum	11	24,4	7	16,7		
Eşimi korumak için cinsel temasım yok	17	37,8	8	19		
Eşime HIV/AIDS testi yapıldı	38	82,6	27	65,9	,073	3,221

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin eğitime göre bazı davranış özellikleri Tablo 4.10'da verilmiştir. Tabloya göre kronik hastalığı olanlar lise altı eğitim grubunda daha fazla bulunmaktadır (p=0,047). Fırsatçı enfeksiyon geçirenler lise altı eğitim düzeyinde anlamlı bulunmuştur (p=0,004). Kondom / prezervatife nereden ulaşacağını bilenler lise ve üzeri eğitim grubunda anlamlı farklı bulunmuştur (p=0,000). Kondom / prezervatif markası bilenler lise ve üzeri eğitim grubunda fark bulunmuştur (p=0,000). Son cinsel temasında kondom kullananlar yine lise ve üzeri eğitim grubunda anlamlı bulunmuştur (p=0,002). Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin eş koruma davranışları lise ve üzeri eğitim düzeyinde anlamlı bulunmuştur (p=0,041).

Tablo 4.11. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin gelir durumuna göre bazı davranış özellikleri

Özellikler	Gelir durumuna göre				P	χ ²
	Gelir <1000		Gelir >1000			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Kronik hastalığı olanlar	17	28,3	6	17,1	,219	1,509
Fırsatçı enfeksiyon geçirenler	17	28,3	8	22,9	,559	,342
Cinsel yaşam ifadeleri						
Hiç cinsel yaşamım yok	24	40,0	9	25,7	,204	5,791
Korunarak (kondom) sadece eşimle cinsel temasım var	16	26,7	13	37,1		
Korunarak (kondom) birden fazla kişi ile cinsel temasım var	9	15,0	10	28,6		
Korunmadan birden fazla kişi ile cinsel temasım var	2	3,3	1	2,9		
Korunmadan sadece eşimle cinsel temasım var	9	15,0	2	5,7		
Kondom / Prezervatife nerden ulaşacağını bilenler	39	65,0	34	97,1	,000	12,834
Kondom / Prezervatif markası bilenler	28	46,7	28	80,0	,001	10,156
Son cinsel temasında kondom kullananlar	23	38,3	23	65,7	,010	6,636
Son bir yıl içerisinde para karşılığı çalışanlarla cinsel teması olanlar	12	20,0	12	34,3	,122	2,389
Eşin Korunması ile ilgili ifadeler						
Eşimi kondom / prezervatifle koruyorum	23	41,8	21	65,6	,050	5,645
Eşimi korumak için hiç bir şey yapmıyorum	15	27,3	3	9,4		
Eşimi korumak için cinsel temasım yok	17	30,9	8	25,0		
Eşime HIV/AIDS testi yapıldı	42	76,4	23	71,9	,087	3,145

Tablo 4.11’de çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin gelir durumuna göre bazı davranış özellikleri verilmiştir. Tabloya göre, kondom / prezervatife nereden ulaşacağını bilenler (p=,000) gelir durumu (Gelir >1000) üzerinde olanlarda anlamlı farklı bulunmuştur. Kondom / prezervatif markası bilenler (Gelir >1000)’de anlamlı (p=,001), son cinsel temasında kondom kullananlar (p=0,01) ekonomik olarak (Gelir >1000) üzerinde gelire sahip kişiler olarak farklı bulunmuştur.

Tablo 4.12. Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların yaşadığı durumların dağılımı

Özellikler	Evet		Hayır	
	Sayı	Yüzde %	Sayı	Yüzde %
İş kaybı yaşamadım, işimi kaybetmedim	71	74,7	24	25,3
HIV enfeksiyonum nedeniyle işten çıkarıldım.	7	7,4	88	92,6
HIV enfeksiyonum nedeniyle işe alınmadım	7	7,4	88	92,6
HIV enfeksiyonum nedeniyle ortaya çıkan hastalık ve sakatlıklar nedeniyle işten kendi isteğimle ayrıldım.	16	16,8	78	82,1
HIV/AIDS nedeniyle eşimi veya cinsel partnerimi kaybettim.	20	21,1	75	78,9
Ailem eşim bana destek oluyor	65	68,4	30	31,6
Eşim/eski eşim/cinsel eşime durumum hakkında bilgi vermedim	17	17,9	78	82,1
Ailemi üzmemek için HIV durumumdan bahsetmedim.	32	33,7	63	63,3
Ailem/ eşim evde bana hastalık bulaşır endişesiyle ayrımcılık yapıyor.	23	24,2	72	75,8
Tetkik ve tedavi olabiliyorum	77	81,1	18	18,9
Sigorta olanaklarından yararlanamadığım için tıbbi tedavi kaybı yaşadım	18	18,9	77	81,1
Bazı testlerin sigorta dışında kalması nedeniyle kayıp yaşadım	31	32,6	64	67,4
Tıbbi masrafların fazla olması nedeniyle (ilaç/tedavi masrafları) kayıp yaşadım	46	48,4	49	51,6
Parasal kayıp yaşamadım	25	26,3	70	73,7
HIV taşıyıcı olmam nedeniyle iş bulamama, işten atılma nedeniyle parasal kayıp yaşadım	15	15,8	80	84,2
HIV/AIDS birlikte fırsatçı enfeksiyon ve hastalıklar nedeniyle çalışmadığım için parasal kayıp yaşadım.	20	21,1	75	78,9
Tıbbi masrafların artması sonucu parasal kayıp yaşadım	40	42,1	55	57,9
Arkadaşlarıma HIV(+) durumumu paylaşmadığım için ilişkilerimde kayıp yaşamadım	53	55,8	42	44,2
Arkadaşlarım tarafından HIV/AIDS durumum nedeniyle dışlandım	16	16,8	79	83,2
Arkadaşlarım olgunlukla karşıladı destek oluyor	22	23,2	73	76,8
HIV/AIDS durumumu sağlık personeli dışında kimse bilmiyor	62	65,3	33	34,7
Damgalanma ve ayrımcılık sonucu psikolojik kayıp yaşadım	33	34,7	62	65,3
HIV/AIDS enfeksiyonumdan dolayı, sosyal dışlanma korkusuyla, sosyal ve kültürel aktivitelere katılamıyorum	12	12,6	83	87,4
Başka enfeksiyonlardan korunmak için evcil hayvanlardan uzaklaştım.	14	14,7	81	85,3

Araştırmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin işleri ile ilgili yaşadığı durumların dağılımı Tablo 4.12’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılanlara HIV taşıyıcısı olmanız nedeniyle iş bulamama veya işten atılıp parasal kayıp yaşayıp yaşamadıkları ile ilgili soru sorduk. İş kaybı yaşamadım ve işimi kaybetmedim diyen grup çoğunluğu oluşturmakta olup oranı %74,7’dir. HIV enfeksiyonum nedeniyle işten çıkarıldım diyenler %7,4’lük kesimdir. HIV enfeksiyonum nedeniyle işe alınmadım diyenler de %7,4’lük kesimdir. HIV enfeksiyonum nedeniyle ortaya çıkan hastalık ve sakatlıklardan dolayı işten kendi isteğimle ayrıldım diyenler ise %16,8’lik bölümü oluşturmaktadır. HIV/AIDS nedeniyle eşimi veya partnerimi kaybettim diyenlerin oranı %21,1’dir. Ailem eşim bana destek oluyor şeklinde cevap verenler %68,4’lük bir orana sahiptir. Eşim, eski eşim, cinsel partnerime durumum hakkında bilgi vermedim diyenler ise %17,9’luk bölümü oluşturmaktadır. Ailemi üzmemek için HIV durumumdan bahsetmedim diyenler %33,7’dir. Ailem, eşim evde bana hastalık bulaşır endişesiyle ayrımcılık yapıyor diyenler ise %24,2’lik bölümü oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin %81,1’i evet tetkik ve tedavi olabiliyorum demiştir. %18,9’u sigorta olanaklarından yararlanmadığım için tıbbi tedavi kaybı yaşadım demiştir. Ayrıca bazı testlerin sigorta kapsamı dışında kalması nedeniyle de kayıp yaşadım diyenler ise %32,6’lık kısmı oluşturmaktadır. Buna ek olarak tıbbi masrafların fazla olması nedeniyle maddi kayıp yaşadım diyenlerde %48,4’tür.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerden maddi olarak parasal kayıp yaşadım diyenler %73,7, HIV(+) olmam nedeniyle iş bulamama veya işten atılma nedeniyle parasal kayıp yaşadım diyenler %15,8, HIV/AIDS hastalık sürecinde enfeksiyonlar ve hastalıklar yüzünden çalışmadığım için parasal kayıp yaşadım diyenler %21,1, tıbbi masrafların artması nedeniyle parasal kayıp yaşadım diyenler ise %42,1 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerden arkadaşlarıma durumumu paylaşmadığım için ilişkilerimde kayıp yaşamadım diyenler %55,8, arkadaşlarımdan HIV/AIDS durumum nedeniyle dışlandım diyenler %16,8, arkadaşlarımdan olgunlukla karşıladı destek oluyor diyenler %23,2, HIV/AIDS durumumu sağlık personeli dışında kimse bilmiyor diyenler %65,3, damgalanma ve ayrımcılık sonucu psikolojik kayıp yaşadım diyenler %34,7, HIV/AIDS enfeksiyonumdan dolayı, sosyal dışlanma korkusuyla, sosyal ve

kültürel aktivitelere katılamıyorum diyenler %12,6, başka enfeksiyonlardan korunmak için evcil hayvanlardan uzaklaştım diyenler %14,7 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.13. Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların hastalığına ilişkin yaşanan durumların eğitim durumuna göre analizi

Özellikler	Evet Doğru				P	x ²
	Lise altı		Lise ve üzeri			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
İş kaybı yaşamadım (işimi kaybetmedim)	33	46,5	38	53,5	,087	2,927
HIV enfeksiyonum nedeniyle işten çıkarıldım	6	85,7	1	14,3	,112	3,526
HIV enfeksiyonum nedeniyle işe alınmadım	4	57,1	3	42,9	,760	,094
HIV enfeksiyonuma bağlı ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle işten kendi isteğimle ayrıldım	13	81,3	3	18,8	,009	6,782
HIV/AIDS nedeniyle eşimden ayrıldım (eşimi veya cinsel partnerimi kaybettim)	6	30,0	14	70,0	,030	4,723
Ailem/eşim bana destek oluyor	34	52,3	31	47,7	,834	,044
Eşim/eski eşim/cinsel partnerime HIV(+) durumum hakkında bilgi vermedim.	9	52,9	8	47,1	,901	,015
Ailemi üzmemek için HIV durumumdan bahsetmedim	13	40,6	19	59,4	,128	2,318
Eşim/ailem evde bana karşı, hastalık bulaşır endişesiyle, ayrımcılık yapıyor	14	60,9	9	39,1	,306	1,049
tetik ve tedavi olabiliyorum	41	53,2	36	46,8	,501	,453
Sigorta olanaklarından yararlanamadığım için tıbbi tedavi kaybı yaşadım	12	66,7	6	33,3	,155	2,024
Bazı testlerin sigorta dışında kalması nedeniyle kayıp yaşadım	21	67,7	10	32,3	,028	4,813
Tıbbi masrafların (ilaç/tedavi masrafları) fazla olması nedeniyle kayıp yaşadım	27	58,7	19	41,3	,179	1,809
Arkadaşlarıma durumumu paylaşmadığım için ilişkilerimde kayıp yaşamadım	27	50,9	26	49,1	,889	,019
Arkadaşlarım tarafından HIV/AIDS durumum nedeniyle dışlandım.	7	43,8	9	56,3	,492	,472
Arkadaşlarım olgunlukla karşıladı destek oluyorlar	8	36,4	14	63,6	,103	2,654
HIV/AIDS durumumu sağlık personeli dışında hiç kimse bilmiyor	34	54,8	28	45,2	,384	,759
Parasal kayıp yaşamadım,	12	48,0	13	52	,677	,174
HIV taşıyıcısı olmam nedeniyle iş bulamama/işten atılma nedeniyle parasal kayıp yaşadım	7	46,7	8	53,3	,678	,172
HIV/AIDS birlikte, fırsatçı enfeksiyon ve hastalıklar nedeniyle çalışmadığım için parasal kayıp yaşadım.	16	80,0	4	20,0	,004	8,193
Tıbbi masrafların artması sonucu parasal kayıp yaşadım	25	62,5	15	37,5	,069	3,299
HIV/AIDS enfeksiyonum dan dolayı, sosyal dışlanma korkusuyla, sosyal ve kültürel (sinema,tiyatro,vb) aktivitelere katılamıyorum	7	58,3	5	41,7	,616	,251
Başka enfeksiyonlar dan korunabilmek için evcil hayvanlarımdan uzaklaştım	5	35,7	9	64,3	,198	1,655
Damgalanma ve ayrımcılık sonucu psikolojik kayıp yaşadım	21	63,6	12	36,4	,086	2,943

Tablo 4.13 ve 4.14 incelendiğinde, hastalığına ilişkin yaşanan durumlar da iş kaybı yaşayanlarda erkekler daha fazla yaşamış %83,3 (p=0,041) eğitim düzeyi ile iş kaybı arasındaki ilişki anlamsız bulundu (p=0,087). HIV enfeksiyonum nedeniyle işe alınmama cinsiyete göre (p=0,166) anlamsız ve eğitime göre anlamsız (p=0,760) bulunmuştur.

HIV enfeksiyonuna bağlı ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle işten kendi isteğiyle ayrılma cinsiyete göre anlamsız bulundu (p=0,166). Eğitim düzeyine göre ise anlamlı bulundu (p=0,009). Eğitim düzeyi lise altı olan grup HIV enfeksiyonuna bağlı ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle işten kendi isteğiyle %81,3 daha fazla ayrılmış olarak bulundu.

HIV/AIDS nedeniyle eşimden ayrıldım (eşimi veya cinsel partnerimi kaybettim) diyenler cinsiyete göre anlamlı (p=0,047) bulunmuştur. Cinsiyete göre eşini veya cinsel partnerini kaybedenlerin (n=20) %85'ini erkekler oluşturmuştur. Eğitim düzeyine göre de anlamlı bulunan (p=0,030) eş veya cinsel partner kaybedenlerin çoğunluğunu (%70) lise ve üzeri eğitim düzeyinde olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Ailem/eşim bana destek oluyor diyenler cinsiyete göre anlamsız (p=0,676) ve eğitim düzeyine göre anlamsız (p=0,834) bulunmuştur.

Eşim / eski eşim / cinsel partnerime HIV(+) durumum hakkında bilgi vermedim diyenler ile cinsiyet arasındaki ilişki (p=0,681) anlamsız, eğitim düzeyi ile de arasındaki ilişki (p=0,901) olarak anlamsız bulunmuştur.

Bazı testlerin sigorta dışında kalması nedeniyle, eğitim düzeyi lise altında olanlar (%67,7) daha fazla kayıp yaşamışlar. Eğitim düzeyi ile bazı testlerin sigorta dışında kalması ile yaşanan kayıp anlamlı bulunmuştur (p=0,028). Cinsiyete göre ise anlamsız bulunmuştur (p=0,504).

Tıbbi masrafların (ilaç/tedavi masrafları) fazla olması nedeniyle kayıp yaşayanlar eğitime göre (p=0,79) olarak ve cinsiyete göre (p=0,279) fark bulunamamıştır.

HIV/AIDS birlikte, fırsatçı enfeksiyon ve hastalıklar nedeniyle çalışmadığı için parasal kayıp yaşayanlar eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,004$). Eğitim düzeyi lise altı olan grupta 16 (%80) kişi HIV/AIDS bağlı hastalık ve enfeksiyonlar nedeniyle çalışmadığı için parasal kayıp yaşamıştır. Cinsiyetler arasında ise fark bulunamamıştır ($p=0,355$).

Tıbbi masrafların artması sonucu parasal kayıp yaşayanlarda eğitim düzeylerine göre anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,069$). Tıbbi masrafların artması sonucu maddi kayıp yaşayanlara cinsiyetler arası değerlendirmede anlamsız ($p=0,817$) olarak bulunmuştur.

Damgalanma ve ayrımcılık sonucu psikolojik kayıp yaşayanlara cinsiyetler arası analize bakıldığında fark ($p=0,745$) bulunamamış, eğitim düzeyleri arasında ki analizde anlamlı farklılık ($p=0,086$) bulunamamıştır.

Tablo 4.14. Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların hastalığına ilişkin yaşanan durumların cinsiyete göre analizi

Özellikler	Evet Doğru				P	x ²
	Kadın		Erkek			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
İş kaybı yaşamadım (işimi kaybetmedim)	28	39,4	43	60,6	,041	4,163
HIV enfeksiyonum nedeniyle işten çıkarıldım	1	14,3	6	85,7	,417	1,273
HIV enfeksiyonum nedeniyle işe alınmadım	4	57,1	3	42,9	,172	1,862
HIV enfeksiyonuma bağlı ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle işten kendi isteğimle ayrıldım	3	18,8	13	81,3	,166	1,921
HIV/AIDS nedeniyle eşimden ayrıldım (eşimi veya cinsel partnerimi kaybettim)	3	15	17	85	,047	3,959
Ailem/eşim bana destek oluyor	21	32,3	44	67,7	,676	,175
Eşim/eski eşim/Cinsel partnerime HIV(+) durumum hakkında bilgi vermedim.	5	29,4	12	70,6	,681	,169
Ailemi üzmemek için HIV(+) durumumdan bahsetmedim	8	25,0	24	75	,202	1,629
Eşim/ailem evde bana karşı, hastalık bulaşır endişesiyle, ayrımcılık yapıyor	5	21,7	18	78,3	,174	1,938
Tetkik ve tedavi olabiliyorum	25	32,5	52	67,5	,604	,264
Sigorta olanaklarından yararlanamadığım için tıbbi tedavi kaybı yaşadım	4	22,2	14	77,8	,253	1,306
Bazı testlerin sigorta dışında kalması nedeniyle kayıp yaşadım	9	29,0	22	71,0	,504	,446
Tıbbi masrafların (ilaç/tedavi masrafları) fazla olması nedeniyle kayıp yaşadım	13	28,3	33	71,7	,279	1,176
Arkadaşlarıma HIV(+) durumumu paylaşmadığım için ilişkilerimde kayıp yaşamadım	17	32,1	36	67,9	,709	,139
Arkadaşlarımdan HIV/AIDS durumum nedeniyle dışlandım.	6	37,5	10	62,5	,723	,125
Arkadaşlarımdan HIV(+) durumumu olgunlukla karşıladı destek oluyorlar	5	22,7	17	77,3	,215	,472
HIV/AIDS durumumu sağlık personeli dışında hiç kimse bilmiyor	20	32,3	42	67,7	,687	,163
Parasal kayıp yaşamadım,	6	24,0	19	76	,233	1,424
HIV taşıyıcısı olmam nedeniyle iş bulamama/işten atılma nedeniyle parasal kayıp yaşadım	5	33,3	10	66,7	,975	,001
HIV/AIDS birlikte, fırsatçı enfeksiyon ve hastalıklar nedeniyle çalışmadığım için parasal kayıp yaşadım.	5	25,0	15	75	,355	,855
Tıbbi masrafların artması sonucu parasal kayıp yaşadım	14	35,0	26	65,0	,817	,054
HIV/AIDS enfeksiyonum dan dolayı, sosyal dışlanma korkusuyla, sosyal ve kültürel (sinema, tiyatro, vb) aktivitelere katılamıyorum	3	25,0	9	75	,745	,464
Başka enfeksiyonlardan korunabilmek için evcil hayvanlarımdan uzaklaştım	4	28,6	10	71,4	,457	,192
Damgalanma ve ayrımcılık sonucu psikolojik kayıp yaşadım	13	39,4	20	60,4	,390	,738

Tablo 4.15’de çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin haklarını bilme durumu ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı verilmiştir. Bu bölümde çalışmaya katılan kişilerin hasta hakları ve temel insan haklarından en çok hak ihlali ile karşılaşılabilecekleri haklarını ne kadar bildikleri ölçülmeye çalışılmıştır.

Çalışmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin %81,1 tıbbi gereklilik dışında, kişisel bilgilerin gizli tutulması hakkı bildikleri, %18,9 oranında ise bilmedikleri bulunmuştur. Özel hayatın ve aile yaşantısının gizliliği (mahremiyet) hakkını %71,6 kişi biliyorum, %38,9 kişi hayır bilmiyorum olarak yanıtladıkları bulunmuştur.

Çalışmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişiler sağlık hizmetlerine ulaşmada, adalet ve hakkaniyete uygun yararlanma haklarının olduğunu %62,1 kişi biliyorum, %37,9 kişi ise bilmiyorum şeklinde yanıt vermiştir. Kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına saygı haklarını %63,2’si evet biliyorum, %36,8’i ise hayır bilmiyorum cevabı verdikleri bulunmuştur. Sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkına ise çalışmaya katılanların %69,5’inin bildiği, %30,5’inin bilmedikleri bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kişilerin herkesin hasta haklarından faydalanma hakkı bulunduğunu bilenlerinin oranı %62,1 iken bilmeyenlerin oranı %37,9 olarak bulunmuştur. Sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkını bilme oranı %69,5 iken, bilmeyenlerin oranı ise %30,5 olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin hak ihlaline maruz kalabilecekleri temel insan hakları bilgi dağılımlarına bakıldığında ise; çalışma hakkının olduğunu, HIV enfeksiyonunun çalışmasına yasal engel teşkil etmediğini bilenlerin oranı %61,1 olarak bulunmuşken, %38,9’u böyle bir haklarının olduğunu bilmemektedir. Eğitim ve öğrenim hakkını bilenlerin oranı %63,2 iken bilmeyenlerin oranı %36,8 olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kişilerin HIV enfeksiyonu taşıyıcısı olmanın yasal olarak evlenmeye engel teşkil etmediğini bilenlerin oranı %60 bulunmuştur. Evlenme haklarının olduğunu bilmeyenlerin oranı ise %40 olarak bulunmuştur. Güvenlik hakkı,

etkili iç hukuk yoluna başvurma hakkı gibi hakları bilme oranı ise yaklaşık olarak %60 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.15. Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların haklarını bilme durumu bulguları

Özellikler	Evet Biliyorum		Hayır Bilmiyorum	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Tıbbi gereklilik dışında, kişisel bilgilerin gizli tutulması hakkı	77	81,1	18	18,9
Modern tıbbi bilgi teknolojilerin gereklerine uygun, özenli tıbbi bakım hakkı	58	61,1	37	38,9
Özel hayatın ve aile yaşantısının gizliliği (mahremiyet) hakkı	68	71,6	27	28,4
Sağlık hizmetlerine ulaşma, adalet ve hakkaniyete uygun yararlanma hakkı	59	62,1	36	37,9
Kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına saygı hakkı	60	63,2	35	36,8
Sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı	66	69,5	29	30,5
İnsan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilme hakkı	59	62,1	36	37,9
Yaşam hakkı	63	66,3	32	33,7
Sağlık hizmetinin sunulmasında bedeni ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkı	61	64,2	34	35,8
Doktorunu, kurumunu seçme ve nakil hakkı	64	67,4	31	32,6
Hizmetlerin sağlık kurum ve kuruluşu dışında verilmesi hakkı	50	52,6	45	47,4
Çalışma hakkı	58	61,1	37	38,9
Seyahat etme hakkı	58	61,1	37	38,9
Herkesin maddi manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı	60	63,2	35	36,8
Eğitim ve öğrenim hakkı	60	63,2	35	36,8
Güvenlik hakkı	60	63,2	35	36,8
İşkence yasağı hakkı	57	60	38	40
Etkili iç hukuk yoluna başvurma hakkı	57	60	38	40
Eşitlik hakkı (ayrımcılık yapılmaması)	59	62,1	36	37,9
Evlenme hakkı	57	60	38	40
Anayasamızın verdiği diğer haklar	55	57,9	40	42,1

Çalışmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin eğitim gruplarına göre haklarını bilme durum analizi Tablo 4.16'da verilmiştir. Çalışmada T testi yapıldı ve eğitim düzeyi ile hakları hakkında bilgi düzeyi arasında fark saptandı ($p=0,000$). Lise altı eğitim düzeyine sahip bireyler, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlara göre hakları hakkında bilgi düzeyleri daha düşük bulundu. Cinsiyete göre bilgi düzeyleri arasında fark yoktu ($p> 0,05$, $p= 0,721$).

Tablo 4.16. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin eğitim gruplarına göre haklarını bilme durumu analizi

Özellikler	Evet Biliyorum				P	x ²
	Lise altı		Lise ve üzeri			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Tıbbi gereklilik dışında, kişisel bilgilerin gizli tutulması	33	42,9	44	57,1	,000	12,378
Tıbbi özen hakkı, modern tıbbi bilgi teknolojilerin gereklerine uygun tıbbi bakım alma hakkı	20	34,5	38	65,5	,000	17,428
Özel hayatın ve aile yaşantısının gizliliği (mahremiyet) hakkı	25	36,8	43	63,2	,000	21,024
Sağlık hizmetlerine ulaşma, adalet ve hakkaniyete uygun yararlanma hakkı	21	35,6	38	64,4	,000	15,931
Kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına saygı hakkı	20	33,3	40	66,7	,000	21,708
Sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı	26	39,4	40	60,6	,000	12,853
İnsan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilme hakkı	23	39,0	36	61,0	,002	9,891
Yaşam hakkı	23	36,5	40	63,5	,000	17,010
Sağlık hizmetinin sunulmasında bedeni ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkı	22	36,1	39	63,9	,000	16,424
Doktorunu, kurumunu seçme ve nakil hakkı	24	37,5	40	62,5	,000	15,566
Hizmetlerin sağlık kurum ve kuruluşu dışında verilmesi hakkı	17	34,0	33	66,0	,000	13,061
Çalışma hakkı	21	36,2	37	63,8	,000	14,090
Seyahat etme hakkı	20	34,5	38	65,5	,000	17,428
Herkesin maddi manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı	21	35,0	39	65,0	,000	17,923
Eğitim ve Öğrenim hakkı	22	36,8	38	63,3	,000	14,501
Güvenlik Hakkı	23	38,3	37	61,7	,001	11,440
İşkence yasağı hakkı	21	36,8	36	63,2	,000	12,391
Etkili iç hukuk yoluna başvurma hakkı	23	40,4	34	59,6	,007	7,193
Eşitlik hakkı (ayrımcılık yapılmaması)	22	37,3	37	62,7	,000	12,732
Evlenme hakkı	21	36,8	36	63,2	,000	12,391
Anayasamızın verdiği diğer haklar	21	38,2	34	61,8	,002	9,387

x²:Chi-Cquare (ki-kare)Test

Çalışmaya katılan HIV (+) kişilerin hak ihlali yaşama durumları Tablo 4.17'de verilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin en fazla hak ihlali yaşadıkları konu; tıbbi gereklilik dışında, kişisel bilgilerin gizli tutulması hakkı ihlali oranı %18,9 olarak bulunmuştur. Tıbbi özen hakkı ve modern tıbbi bilgi teknolojilerin gereklerine uygun tıbbi bakım alma hakkı ihlali oranı %7,4 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kişilerin %12,6'sı özel hayatın ve aile yaşantısının gizliliği (mahremiyet) hakkı ihlali yaşamıştır.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin %7,4'ü sağlık hizmetlerine ulaşma, adalet ve hakkaniyete uygun yararlanma hakkı ihlali yaşadıkları bulunmuştur. Bu ihlaller olması gereken ameliyatı HIV(+) durumundan dolayı olamama, başka hastaneye sevk etme gibi hasta hakkı ihlalleri oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılanların kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına saygı ihlali ise %8,4 olarak bulunmuştur. Sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı ihlalinin %7,4 kişinin yaşadığı, İnsan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilme hakkından %4,2 kişinin hak ihlali yaşadığı bulunmuştur. Ayrıca çalışmaya katılanların %3,2'sinin doktorunu ve kurumunu seçme hakkı yaşadığı bulunmuştur.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin %6,3'ünün çalışma hakkı ihlali yaşadığı tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılanların %3,2'si eşitlik hakkı (hastalar arasında ayrımcılık yapılmaması) hakkı ihlali yaşadığı tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılanlardan bir kişinin (%1,1) hukuk yoluna başvurmasının engellendiği bulunmuştur.

Tablo 4.17. Çalışmaya katılan HIV(+) hastaların hak ihlali yaşama durumları

Özellikler	Evet Yaşadım		Hayır Yaşamadım	
	Sayı	Yüzde%	Sayı	Yüzde %
Tıbbi gereklilik dışında, kişisel bilgilerin gizli tutulması hakkı ihlali	18	18,9	77	81,1
Tıbbi özen hakkı ve modern tıbbi bilgi teknolojilerin gereklerine uygun tıbbi bakım alma hakkı ihlali	7	7,4	88	92,6
Özel hayatın ve aile yaşantısının gizliliği (mahremiyet) hakkı ihlali	12	12,6	83	87,4
Sağlık hizmetlerine ulaşma, adalet ve hakkaniyete uygun yararlanma hakkı	7	7,4	88	92,6
Kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına saygı hakkı ihlali	8	8,4	87	91,6
Sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı	7	7,4	88	87,4
İnsan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilme hakkı	4	4,2	91	95,8
Yaşam hakkı ihlali	3	3,2	92	96,8
Sağlık hizmetinin sunulmasında bedeni ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkı	3	3,2	92	96,8
Doktorunu, kurumunu seçme ve nakil hakkı ihlali	3	3,2	92	96,8
Hizmetlerin sağlık kurum ve kuruluşu dışında verilmesi hakkı ihlali	2	2,1	93	97,9
Çalışma hakkı ihlali	6	6,3	89	93,7
Seyahat etme hakkı ihlali	1	1,1	94	98,9
Herkesin maddi manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı ihlali	1	1,1	94	98,9
Eğitim ve öğrenim hakkı ihlali	0	0	95	100
Güvenlik hakkı ihlali	0	0	95	100
İşkence yasağı hakkı ihlali	0	0	95	100
Etkili iç hukuk yoluna başvurma hakkı	1	1,1	94	98,6
Eşitlik hakkı (ayrımcılık yapılmaması)	3	3,2	92	96,8
Evlenme hakkı	0	0	95	100
Anayasamızın verdiği diğer haklar	2	2,1	93	97,6

Tablo 4.18. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin hak ihlali yaşama durumlarının eğitim gruplarına göre analizi

Özellikler	Evet Yaşadım				P	x ²
	Lise altı		Lise ve üzeri			
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde		
Tıbbi gereklilik dışında, kişisel bilgilerin gizli tutulması	8	44,4	10	55,6	,501	,453
Tıbbi özen hakkı, modern tıbbi bilgi teknolojilerin gereklerine uygun tıbbi bakım hakkı	2	28,6	5	71,4	,258	1,602
Özel hayatın ve aile yaşantısının gizliliği (mahremiyet) hakkı	6	50	6	50	,907	,014
Sağlık hizmetlerine ulaşma, adalet ve hakkaniyete uygun yararlanma hakkı	3	42,9	4	57,1	,631	,230
Kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına saygı hakkı	5	62,5	3	37,5	,716	,417
Sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı	5	71,6	2	28,6	,431	1,192
İnsan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilme hakkı	2	50,0	2	50,0	1,000	,004
Yaşam hakkı	3	100	0	0	,243	2,908
Sağlık hizmetinin sunulmasında bedeni ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkı	2	66,7	1	33,3	,524	1,918
Doktorunu, kurumunu seçme ve nakil hakkı	3	100	0	0	,243	,006
Hizmetlerin sağlık kurum ve kuruluşu dışında verilmesi hakkı	2	100	0	0	,495	,949
Çalışma hakkı	3	50	3	50	1,000	,949
Seyahat etme hakkı	1	100	0	0	1,000	-
Herkesin maddi manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı	1	100	0	0	1,000	-
Eğitim ve öğrenim hakkı	0	0	0	0	0	-
Güvenlik hakkı	0	0	0	0	0	-
İşkence yasağı hakkı	0	0	0	0	0	-
Etkili iç hukuk yoluna başvurma hakkı	1	100	0	0	1,000	,949
Eşitlik hakkı (ayrımcılık yapılmaması)	2	66,7	1	33,3	1,000	,282
Evlenme hakkı	0	0	0	0	0	-
Anayasamızın verdiği diğer haklar	1	50	1	50	1,000	,002

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin eğitim gruplarına göre hak ihlali yaşama dağılım analizi Tablo 4.18’de verilmiştir. Tabloya göre hak ihlali yaşama ile eğitim grupları arasında fark bulunamamıştır. Çalışmada T testi yapıldı ve eğitime göre hak ihlalleri arasında fark yok ($p > 0,05$, $p = 0,907$) bulunmuştur.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin cinsiyet gruplarına göre hak ihlali yaşama dağılımları T testi yapılarak bakıldığında ise kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına saygı hakkı ihlali cinsiyet olarak anlamlı ($p = 0,048$) olarak daha çok erkeklerde yaşandığı bulunmuştur. Çalışmaya katılanların, hastalar arasında eşitlik (ayrımcılık yapılmaması) hakkı ihlalini ($p = 0,036$) kadınların çoğunlukla yaşadığı anlamlı fark olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin bilgi durumları dağılımı Tablo 3.20’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılanlara sırasıyla aşağıdaki cümleler kurulmuş ve verdikleri cevaplar incelenmiştir.

‘İlk olarak ‘HIV taşıyıcısı olmak ve AIDS aynı şeydir’ sorusuna %23,2 kişi bilmiyorum derken, %30,5 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘HIV taşıyıcısı olduğu uzun yıllar bilinmeyebilir’ sorusuna %17,9 kişi bilmiyorum derken, %3,2 kişide yanlış cevap vermiştir.

‘Türkiye’de HIV en çok heteroseksüel ilişki ile bulaşmaktadır’ sorusuna %42,9 kişi bilmiyorum derken, %14,7 kişide yanlış cevap vermiştir.

‘HIV taşıyıcılığı, tedavisi alındığı takdirde diyabet, hipertansiyon gibi kronik bir hastalıktır’ sorusuna %27,4 kişi bilmiyorum derken, %9,5 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘HIV sivrisinek ısırmasıyla bulaşır’ sorusuna %31,6 kişi bilmiyorum derken, %12,6 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘HIV sosyal öpüşmekle ve sarılmakla bulaşmaz’ sorusuna %11,6 kişi bilmiyorum derken, %5,3 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘HIV/AIDS tedavisinde kullanılan ilaçların hiçbir yan etkisi yoktur’ sorusuna %21,6 kişi bilmiyorum derken, %14,7 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘HIV taşıyıcısı her hamile kadının bebeği HIV(+) doğar’ sorusuna %45,3 kişi bilmiyorum derken, %32,6 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘HIV anneden bebeğe emzirme yoluyla bulaşır’ sorusuna %36,8 kişi bilmiyorum derken, %11,6 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘HIV her türlü korunmasız cinsel ilişki ile bulaşır’ sorusuna %16,8 kişi bilmiyorum derken, %9,5 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘Prezervatif kullanmak HIV geçiş riskini azaltmaz’ sorusuna %23,2 kişi bilmiyorum derken, %16,8 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘Riskli cinsel ilişkiden hemen sonra HIV testi yaptırmak kesin sonuç verir’ sorusuna %26,3 kişi bilmiyorum derken, %21,1 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘HIV tükürükle bulaşır’ sorusuna %24,2 kişi bilmiyorum derken, %14,7 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘HIV taşıyıcısı olduğu bilinen bir kişiyle riskli cinsel temas veya yaralanma sonrası koruyucu ilaç tedavisi almanın bir yararı yoktur’ sorusuna %44,2 kişi bilmiyorum derken, %33,7 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘CD4, viral yük ve kan testleri tedavinin etkinliği ve bağışıklık sistemine ilişkin bilgi verir’ sorusuna %29,5 kişi bilmiyorum derken, %3,2 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘Tedaviye tıbbi bir neden olmadan ara vermek ilaçlara karşı direnç gelişmesine neden olur’ sorusuna %29,5 kişi bilmiyorum derken, %5,3 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘HIV taşıyıcı kişiler korunmasız cinsel ilişki sonrası dirençli yeni bir HIV ile enfekte olabilir’ sorusuna %42,1 kişi bilmiyorum derken, %7,4 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘HIV tedavisi alan kişilerin düzenli olarak sağlık kontrolünden (kalp, kemik, karaciğer fonksiyon testleri, vb.) geçmesine gerek yoktur’ sorusuna %27,4 kişi bilmiyorum derken, %12,6 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘HIV taşıyıcısı kişilerde korunmasız cinsel ilişki sonrasında gelişen cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar (frengi, gonore vb.) sağlığını olumsuz etkiler’ sorusuna %31,6 kişi bilmiyorum derken, %4,2 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘HIV taşıyıcısı bireylerin, beslenmesi ile bağışıklık sisteminin güçlenmesi arasında herhangi bir ilişki yoktur’ sorusuna %37,9 kişi bilmiyorum derken, %24,2 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘HIV taşıyıcı anneden doğum sırasında, çocuğa HIV geçişi olmaz’ sorusuna %41,1 kişi bilmiyorum derken, %9,5 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘Gebelik sırasında antiretroviral tedavi ile çocuğa HIV geçişi önlenbilir’ sorusuna %67,4 kişi bilmiyorum derken, %6,3 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘Yemek paylaşımıyla HIV virüsü bulaşır’ önlenbilir’ sorusuna %16,8 kişi bilmiyorum derken, %3,2 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘Ortak enjektör kullanımıyla HIV virüsü bulaşabilir’ sorusuna %15,8 kişi bilmiyorum derken, %3,2 kişi de yanlış cevap vermiştir.

‘Kan yoluyla HIV virüsü bulaşır’ sorusuna %11,6 kişi bilmiyorum derken, %4,2 kişi de yanlış cevap vermiştir.

Tablo 4.19. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin bilgi durumları dağılımı

Sorular	Bilmiyorum		Yanlış bildi		Doğru bildi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
HIV taşıyıcısı olmak ve AIDS aynı şeydir.	22	23,2	29	30,5	44	46,3
HIV taşıyıcısı olduğu uzun yıllar bilinmeyebilir	17	17,9	3	3,2	75	78,9
Türkiye’de HIV en çok heteroseksüel ilişki ile bulaşmaktadır	40	42,1	14	14,7	41	43,2
HIV taşıyıcılığı, tedavisi alındığı takdirde diyabet, hipertansiyon gibi kronik bir hastalıktır.	26	27,4	9	9,5	60	63,2
HIV sivrisinek ısırmasıyla bulaşır.	30	31,6	12	12,6	53	55,8
HIV sosyal öpüşmekle ve sarılmakla bulaşmaz.	11	11,6	5	5,3	79	83,2
HIV/AIDS tedavisinde kullanılan ilaçların hiçbir yan etkisi yoktur.	20	21,1	14	14,7	61	64,2
HIV taşıyıcısı her hamile kadının bebeği HIV (+) doğar.	43	45,3	31	32,6	21	22,1
HIV anneden bebeğe emzirme yoluyla bulaşır.	35	36,8	11	11,6	49	51,6
HIV her türlü korunmasız cinsel ilişki ile bulaşır.	16	16,8	9	9,5	70	73,7
Prezervatif kullanmak HIV geçiş riskini azaltmaz.	22	23,2	16	16,8	57	60
Riskli cinsel ilişkiden hemen sonra HIV testi yaptırmak kesin sonuç verir.	25	26,3	20	21,1	50	52,6
HIV tükürükle bulaşır.	23	24,2	14	14,7	58	61,1
HIV taşıyıcısı olduğu bilinen bir kişiyle riskli cinsel temas veya yaralanma sonrası koruyucu ilaç tedavisi alınmanın bir yararı yoktur.	42	44,2	32	33,7	21	22,1
CD4, viral yük ve kan testleri tedavinin etkinliği ve bağışıklık sistemine ilişkin bilgi verir	28	29,5	3	3,2	64	67,4
Tedaviye tıbbi bir neden olmadan ara vermek ilaçlara karşı direnç gelişmesine neden olur.	28	29,5	5	5,3	62	65,3
HIV taşıyıcı kişiler korunmasız cinsel ilişki sonrası dirençli yeni bir HIV ile enfekte olabilir	40	42,1	7	7,4	48	50,5
HIV tedavisi alan kişilerin düzenli olarak sağlık kontrolünden (kalp, kemik, karaciğer fonksiyon testleri, vb.) geçmesine gerek yoktur	26	27,4	12	12,6	57	60
HIV taşıyıcısı kişilerde korunmasız cinsel ilişki sonrasında gelişen cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar (frengi, gonore vb.) sağlığını olumsuz etkiler	30	31,6	4	4,2	61	64,2
HIV taşıyıcısı bireylerin, beslenmesi ile bağışıklık sisteminin güçlenmesi arasında herhangi bir ilişki yoktur	36	37,9	23	24,2	36	37,9
HIV taşıyıcı anneden doğum sırasında, çocuğa HIV geçişi olmaz	39	41,1	9	9,5	47	49,5
Gebelik sırasında antiretroviral tedavi ile çocuğa HIV geçişi önlenir	64	67,4	6	6,3	25	26,3
Yemek paylaşımıyla HIV virüsü bulaşır	16	16,8	3	3,2	76	80
Ortak enjektör kullanımıyla HIV virüsü bulaşabilir	15	15,8	3	3,2	77	81,1
Kan yoluyla HIV virüsü bulaşır.	11	11,6	4	4,2	80	84,2

Tablo 4.20. HIV (+) hastaların AIDS hakkındaki bilgi düzeyi ile eğitim ve cinsiyet arasındaki ilişki

Özellikler	n	Ortalama	Standart Sapma	P ^t
Eğitim grubu				,000
Lise altı	49	46,53	24,45	
Lise ve üstü	46	69,39	20,22	
Cinsiyet				,621
Erkek	63	58,67	20,32	
Kadın	32	55,50	32,96	

^t: Student “t” testi

T testi yapıldı ve eğitim düzeyi ile AIDS hakkında bilgi düzeyi arasında fark saptandı. ($p=0,000$). Lise altı eğitim düzeyine sahip bireyler, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlara göre AIDS hakkında bilgi düzeyleri daha düşük. Cinsiyete göre bilgi düzeyleri arasında fark yok ($p> 0,05$, $p= 0,62$).

Tablo 4.21. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin yaşadıkları sağlık sorunları (açık uçlu soru birden fazla yanıt verilmiştir)

Özellikler	Sayı	Yüzde
<i>Sağlık sorunlarınız hakkında anlatmak istedikleriniz var mı?</i>		
Evet	49	51,6
Hayır	46	48,4
Antiretroviral ilaç yan etkileri	30	31,6
HIV /AIDS nedeniyle geçirilen enfeksiyonlar	18	18,9
Lenfoma ve kapasi sarkomu	6	6,3
Tedaviyi bırakma	3	3,3
Diğer	6	6,3

Çalışmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin %31,6’sı antiretroviral tedaviye bağlı ilaç yan etkilerinden şikâyetçidir. Bu şikâyetlerin bazılarını alerji, deride pullanma, mide yanması, kas ağrısı, kemik ağrısı oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan kişilerin %18,9’unun ishal, akciğer enfeksiyonları gibi enfeksiyondan şikâyetçi oldukları tespit edilmiştir. Hastaların %3,3’ünün de ilaç yan etkisi ya da ilaca ulaşamadıkları için tedaviye ara verdiği tespit edilmiştir. HIV/AIDS bağlı gelişen lenfoma ve kapasi sarkomu şikâyeti olan %6,3 bulunmuştur.

Tablo 4.22. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin yaşadıkları psikolojik sorunlar (açık uçlu soru ve birden fazla sorun ifade edilmiştir)

Özellikler	Sayı	Yüzde
<i>Psikolojik sorun olarak anlatmak istedikleriniz var mı?</i>		
Evet	69	72,6
Hayır	26	27,4
Ölüm korkusu	10	10,5
Bulaştırma korkusu	15	15,8
Dışlanma korkusu	25	26,3
İş kaybı korkusu	2	2,1
Pişmanlık	7	7,4
İntihar düşüncesi veya girişimi	11	11,6
Duygusal dalgalanma	34	35,8

Çalışmaya katılan HIV ile yaşayan kişilerin psikolojik olarak ifade ettikleri sorunları Tablo 4.22’de verilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin çeşitli korkuları olduğu tespit edilmiştir. Bunların, ölüm korkusu %10,5, bulaştırma korkusu %15,8 dışlanma korkusu %26,3, iş kaybı korkusu %2,1 olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan kişilerin %7,4’ü pişmanlık duygusu yaşadığını ifade etmiştir. Çalışmaya katılanlardan %11,6 kadarında intihar düşüncesinin olduğu tespit edilmiştir. İntihar düşüncesi bulunanlardan 3 kişi daha önce intihar girişiminde bulunduğu ancak ölümle sonuçlanmadığı tespit edilmiştir. %35,8 kadarında depresif mizaçtan, agresif kişilik özelliklerine kadar geniş bir yelpazeyi kapsayan duygusal dalgalanmalar tespit edilmiştir.

Tablo 4.23. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin yaşadıkları hukuksal sorunlar (açık uçlu soruda birden fazla sorun ifade edilmiştir)

Özellikler	Sayı	Yüzde
<i>Hukuksal sorun olarak anlatmak istedikleriniz var mı?</i>		
Evet	43	45,3
Hayır	50	52,6
Hasta hakkı ihlali	22	23,2
SGK ilaç maliyeti	13	13,7
Çalışma hakkı ihlali	7	7,4
İlaça ulaşamama	3	3,2
Hukuksal istekler	17	17,9
<i>Sağlık personeli ile ilgili düşünceler</i>		
Sağlık personelinin ön yargılı davranışları	79	83,2
Sağlık personelinden memnuniyet	64	67,4

Çalışmaya katılan HIV pozitif kişilerin yaşadığı hukuksal sorunlar açık uçlu olarak sorulmuş ve yazmaları istenmiştir. Veriler gruplanarak Tablo 4.23’de verilmiştir. Tabloya göre %23,2 kişi hasta hakkı ihlaline maruz kalmış, %7,4 kişi ise çalışma hakkı ihlali yaşamıştır. Çalışmaya katılanların %3,2’si sosyal güvencelerinin olmaması ve ilaçların maliyetini karşılayamamaları nedeniyle tedavi alamamışlardır. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerden %3,7 kadarı ise SGK ilaç fark maliyetinin fazla olduğundan bunu ödemekte zorlandıklarından bahsetmektedir. %17,9 kadarı, reçetelere, sevkler ve dosyalara tanı yazılmamasını ayrıca devletin ekonomik destek sağlaması gibi hukuksal isteklerde bulunmaktadır.

Çalışmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin %83,2’si sağlık hizmet sunucularının ön yargılı davranışlarından şikayetçi iken, aynı zamanda tedavi aldıkları enfeksiyon kliniklerinde bazı sağlık personelinden çok memnun olduklarını (%67,4) belirtmektedirler.

5. TARTIŞMA

HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin, tanı aldıktan sonra sosyal psikolojik, hukuki vb birçok sorun yaşadığı bilinmektedir. Hassas grup olarak da kabul edilen HIV(+) kişilerin çok yönlü olarak desteklenmesi gerekmektedir. HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin tanı ve tedavileri konusunda farkındalığı, tedavinin etkinliği için oldukça önemlidir. HIV(+) kişilerin aldıkları antiretroviral tedavilerin bulaştırıcılığı azalttığı bilinmektedir. HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin riskli davranışları, enfeksiyonun yayılımında kilit noktalardan biridir. Ayrıca cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkları ve dirençli yeni HIV enfeksiyonu ile yeniden enfekte olabilmektedirler. Bu durum Hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir. İlgili sebeplerle bu kişilerin farkındalığını artırıcı ve sosyal destek sistemlerini güçlendirmeye yönelik çalışmaların desteklenmesi oldukça anlamlıdır. Ülkemizde bu alanda yapılmış çalışmalar, genel olarak klinik çalışmalar ve toplum belli kesimlerinin HIV/AIDS konusunda bilgi, tutum, davranışlarını ölçmeye yönelik yapılmıştır. Ülkemizde HIV(+) kişilerin tanı ve tedavileri ile ilgili, çalışmada ortaya çıkan sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışma Antalya Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserinde (DTHD) kayıtlı 201 HIV(+) kişiden, 95 HIV(+) kişi ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma HIV/AIDS (+) kişilerin sosyo-psikolojik, hukuki sorunlarının tespiti, hakları ve tanılarını hakkında bilgi durumu, cinsel tutum ve davranışlarını ölçmeye yönelik olarak yapılmıştır. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin yaş ortalaması $40,53 \pm 11,55$ (minimum 21, maksimum 69) olarak saptanmıştır.

Antalya DTHD'inde kayıtlı hastaların %75'i erkek, çalışmaya katılanların %66,3'ü de aynı şekilde cinsiyeti erkek olarak tespit edilmiştir (4). Ülkemizde de HIV enfeksiyonu erkekler arasında çoğunluktadır (3). Ülkemizde çocuk ve ergen HIV enfeksiyonu ile yaşayan sayısı, dünya ile kıyaslandığında prevelansı düşük görünmektedir. Ancak bu bizi sevindirmemelidir. Çünkü son aylarda bildirilen yeni doğan çocuk sayısında artış olmaktadır.

Bu çalışmada (Tablo 3.2) eğitim düzeyi düşük bulunmuştur. Dispanserde kayıtlı HIV pozitif kişilerin eğitim düzeyine bakıldığında, lise ve altı eğitim düzeyine sahip bireyler çoğunluktadır. Dispanserde kayıtlı 201 HIV(+) kişiden, lise üzeri eğitim

düzeyinde olanların toplamı 20 kişidir ve 18'i çalışmaya katılmıştır. Bu durum HIV enfeksiyonu ile eğitim düzeyi arasında doğrudan bir ilişki olduğu konusunda oldukça anlamlıdır.

Çalışmaya katılan HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin diplomalı mesleği olanları %23,2, diplomalı mesleği olmayanların ise %76,8 olduğu görülmektedir (Tablo 4.2). Çalışmada tanı aldıktan sonra farklı iş yaptığını ifade eden %12,6 olarak bulunmuştur. HIV(+) tanısı aldıktan sonra farklı sebeplerle %12,6 kişi iş değişikliği yapmıştır. Bu iş değişikliklerine bakıldığında ise daha alt sınıf işlerde çalışmaya başladıkları görülmektedir. Örneğin turizmde çalışan inşaatçı çalışmaya başlamıştır. İş değişikliği yapan kişilerin bir kısmı da kendi işini kurma eğilimindedirler. Bu kişiler esnaf olarak SGK primini ödeyemedikleri için ilaçlarını temin etmede yaşadıkları sıkıntılara kolaylık sağlanması konusunda destek beklemektedirler. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerden tanılarına bağlı olarak iş kaybı yaşama durumlarında artış olduğu gözlenmektedir. Literatürde HIV ile yaşayan kişilerin meslekleri ile ilgili, çalışmada ortaya çıkan bu sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanmamıştır.

Antalya turizm alanında Türkiye'de önde gelen illerimizden olduğundan, HIV enfeksiyonu artışında etkili olmaktadır. Antalya'ya ve ülkemize gelen turist sayılarına bakıldığında en çok turist Almanya ve Rusya'dan olmaktadır (63). Rusya'da yetişkin (15-49) HIV prevalansı %1'dir (2). Antalya'ya gelen turistlerin milliyet dağılımına bakıldığında ise, Rusya birinci sıradadır. Son yıllarda, artan HIV prevalansına sahip olan Rusya'dan ilimize 2012 yılının ilk 10 ayında 2 735 081 kişi gelmiştir. Bu sayı ilk 10 ayın %27,62'si ile milliyet dağılımında birinci sıradadır. Ukrayna'nın 10 aylık toplam oranı %3,8'dir (64). Ayrıca ilimizde yabancı uyruklu kişilerin dil avantajları sayesinde yoğunluk olarak turizm sektöründe çalıştığı bilinmektedir.

Antalya Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanseri fuhuşla mücadele komisyonu içinde görev almaktadır. Antalya'da fuhuşla mücadelede tespit edilen fuhuş çalışanlarının çoğunluğunu (%70) Rusya, Moldova ve Ukrayna uyruklu oldukları görülmektedir (4). Bu faktörlerin ilimiz HIV prevalansını artıracığı öngörülmektedir. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin dosyaları incelendiğinde, çoğunluğunun (%69,9) yabancı uyruklu kişilerle veya fuhuş çalışanları ile riskli (korunmasız) cinsel temas öyküsü olduğu tespit edilmiştir. İlimizde 2012 yılında kayıtlı HIV(+) sayısı 56 yeni olgu ile bir önceki yıla göre göreceli olarak artmıştır ve daha da artacağı düşünülmektedir

(4). Mobil insanlar aracılığı ile hastalıkların taşındığı bilinmektedir. Bu anlamda ülkemiz ve ilimiz için turizm bölgesi olmak, risk faktörleri arasındadır.

Çalışmada HIV(+) kişilerin eş bilgileri (Tablo 4.3) de sunulmuştur. Çalışmaya katılan kişilerin eş çalışma bilgilerine bakıldığında 30 kişi (%44,1) çalışıyor olduğu görülmektedir. Çalışan eşlerin 12 tanesi (%40) turizm sektöründe, 5 tanesi (%16,7) esnaf, 10 tanesi (%33,3) işçi ve 3 tanesi (%10) kamuda çalışmaktadır. Eş eğitim durumları ise yalnızca 26 (%38,3) lise ve üstü eğitime sahiptir. Çalışmada eş eğitim düzeyinde düşük olduğu bulunmuştur. HIV pozitif kişilerin eşlerinin iş ve eğitim durumları hakkında çalışmada ortaya çıkan bu sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bu çalışmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin cinsel partnerlerinin hastalığı bilip bilmediği sorulduğunda ise, %80,9'unun partnerlerinin bildiği, %17,1'sinin ise bilmediği veya başka bir hastalık olarak bildiği bulunmuştur. Çalışmaya katılan kişilerden bekar olanların cinsel partnerlerine HIV(+) durumlarından bahsetmediği ve bu durumu gizlilik vb. kaygılarla sakladıkları ve bu soruyu cevaplamadıkları tespit edilmiştir. Bu durum risk altında olan olası kişilerin varlığını ve ilgili kişilerin tanı ve tedaviye erişiminin gecikeceğini düşündürmektedir. Araştırmaya katılan kişilere cinsel eşinize HIV/AIDS testi yapıldı mı? Sorusuna %23,2 kişi hayır cevabı vermiştir. Cinsel eşine test yapıldığını ifade edenler ise %68,4 olarak bulunmuştur. Çalışmada HIV(+) kişilerin cinsel partnerlerine test yapılmayanların oranının %23,2 olması oldukça çarpıcı bir durumdur. Güney Afrikada HIV durumunu partnerlerine ifşa etmeyenler, ifşa edenlere göre daha fazla korunmasız vajinal ve anal cinsel ilişkiye girdikleri ve daha fazla partnerle birlikte olduğu rapor edilmiştir (65). Bu yüzden Güney Afrika'da, HIV(+) kişilere, durumlarını partnerlerine ifşa etme, başkalarını düşünme duygusunun güçlendirilmesi, teşvik edilmesi hedeflenmiştir (66,67).

HIV/AIDS en fazla gizliliğin muhafaza edildiği, ayrımcılık bilgisi ve seksüel davranışları içeren bir durumdur (68). HIV bulaşıcı hastalık olduğundan sağlıklı insanları tehdit eder ve bu nedenle olumsuz tepkiler doğurur (69). Nicol Cantisano ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HIV/AIDS hastaları kendi hastalıklarını daha az ciddiye almalarına rağmen, hastalığın negatif algısından dolayı diğer kişilerin ilgisi artmıştır (70). Cantisano ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalar çok fazla bir kaygı

ifade ettiler (70). Hastalıklarının ifşa edilmesi onlara şunları yaşattı. Kendilerine negatif bir imaj yansıtılması, sosyal dışlanma, sağduyu azalması. Bu durum diğer çalışmalarla uyumludur (70). Bu nedenle HIV(+) kişilerin hastalıkla ilgili duygularının sosyal olarak paylaşımını negatif olarak etkilemiştir. Son çalışmalar göstermiştir ki; utanç, suçluluk, kendini sorumlu tutma en önemli hastalığı gizleme nedenleridir (68,71). Nicol Cantisano ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HIV/AİDS hastaların sosyal dışlanma hislerinin oldukça yüksek olduğunu rapor etmişlerdir (70). Geniş bir çevreye sahip olmalarına rağmen HIV(+) kişiler yıpratıcı sonuçlar meydana getirebilen durumlara maruz kalabilirler. Önceki çalışmalar sosyal bütünleşmeleri düşük olanların mortalite oranlarının fazla olduğunu göstermiştir (72). Sosyal bütünleşme seviyesi, klasik risk faktörleri obezite, sigara, sedanter yaşam gibi morbidite ve mortaliteyi etkileyen majör risk faktörü olarak düşünülmektedir (73).

Çalışmada HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin tanıları (Tablo 4.3) başka bir hastalığı nedeniyle hekim tarafından yapılan testlerle 38 (%40) konulduğu tespit edilmiştir. Bu durum tanı koymada gecikildiği, AIDS bağlı, enfeksiyon ve hastalıklar ortaya çıktıktan sonra tespit edildiğini göstermektedir. Kan bağıışı sırasında 22 (%23,2), kişiye HIV(+) tanısı konulması, kan bağıışı sırasında yapılan taramaların önemini vurgular niteliktedir. Ülkemizde kan yoluyla bulaşın önlenmesinde yapılan taramalar büyük oranda bu tehdidi ortadan kaldırmaktadır. Literatürde çalışmada ortaya çıkan bu sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmaya katılan kişilere tanıları sorulduğunda (n:95), %93,7 kadarı HIV enfeksiyonu taşıyıcı ve %6,3 kadarı ise AIDS evresinde olduklarını ifade etmişlerdir. Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi AIDS'i belirteç durumlarından (Tablo 2.4) herhangi birinin görülmesi veya CD4+ T-hücre sayımlarının <200 hücre/mm³ olarak tanımlamıştır (6). Bu durumda hasta CD4+ T- hücre sayımlarına ve AIDS belirteç durumların varlığına bakıldığında HIV enfeksiyonu diyenlerin %30,4'ü, AIDS evresi diyenlerin %50'si tanılarını yanlış bildikleri bulunmuştur. Literatürde çalışmada ortaya çıkan bu sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmada HIV ile yaşayan ve araştırmaya katılan kişilerin 18 yaş altı anne veya baba kaybı yaşama durumları ise; %32,6 kadarı kayıp yaşamışken %67,4 kadarı ise anne ve baba kaybı yaşamamış bulunmuştur. Anne baba kaybının HIV enfeksiyonu ile bağlantısının anlamlı olmadığı bunun davranış problemleri ile ilgili olduğunu

desteklemektedir. Literatürde çalışmada ortaya çıkan bu sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmada klinik takipteyim tedavi alıyorum diyen %88,4 olarak bulunmuştur. Loris ve arkadaşları gençler üzerine yaptıkları çalışmada tedavi alanların oranını %98 olarak bulmuşlardır (74). Ancak çalışmada %8,4'ü klinik takipteyim henüz tedavi başlanmadı demiştir. Bu bize klinik desteğe ulaşımın ilimiz için iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada Alternatif tedavi ile ilgili soru sorulmamasına rağmen, anket formlarının üzerine alternatif tedavi ile ilgili yazılan hasta ifadeleri ve önerileri olduğu tespit edilmiş ve bu ifadeler derlenmiştir. Tıbbi tedavi alan ve almayanlar arasında alternatif tedavi kullanımı yaygın olduğu 50 (%52,6), alternatif tedavi kullananların sıklıkla bahsettikleri, propolis, arı sütü, sumak, bitkisel çaylar, bal, avokado, ayva yaprağı, bitkisel farklı çaylar gibi alternatif tedavi kullanmakta oldukları tespit edilmiştir. HIV(+) kişiler kullandıkları alternatif yöntemleri aynı zamanda tavsiye de etmekte oldukları gözlenmektedir. Çalışmaya katılanların genel olarak ART tedavisi aldığı ancak ilaca ulaşamama, ilacı düzenli kullanımın önemini bilmeme, ART tedavisine bağlı yan etkiler gibi nedenlerden dolayı tedaviye uyum da sıkıntı yaşayan hastaların olduğu tespit edilmiştir. Tedaviye uyumla ilgili konuda araştırma ve HIV(+) kişilerin farkındalığını artırıcı çalışmalar yapılması gerektiği gözlenmiştir.

Çalışmada HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin tedavileri hakkındaki düşünceleri sorulduğunda, aldığı tedavinin yeterli olduğunu düşünenler %61,1, aldığı tedavinin kısmen yeterli olduğunu düşünenler %26,3 ve aldığı tedavinin yeterli olmadığını düşünenler ise %9,5 olarak bulunmuştur. Olumsuz görüş veren hastaların sıklıkla ifade ettikleri konu, viral yük ve CD4 sayılarındaki değişimler, ilaca bağlı yan etkilerdir. Literatürde bu çalışmada ortaya çıkan sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanılmamıştır.

HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin HIV/AIDS hakkında bilgi alma (Tablo 3.6) ile ilgili cevapların dağılımı verilmiştir. Bugüne kadar HIV/AIDS hakkında bilgi aldınız mı sorusuna 10 (%10,5) kişi hayır, 85 (%89,5) kişi evet bilgi aldım cevabı vermiştir. Çalışmaya katılan kişiler, bilgiyi nereden aldınız sorusuna %63,2'si sağlık personelinde, %20'si ise gazete, dergi, internet, vb. olarak en çok bilgi aldıkları kaynaklar oldukları bulunmuştur. Burada hastaların çoğunluğunun bilgiyi sağlık personelinde almaları oldukça anlamlıdır. Çalışmaya katılan kişilerin eğitim düzeyi

çoğunluk olarak ilköğretim düzeyinde olduğundan, internet vb. kaynaklara ulaşmada problem yaşadıklarını düşündürmektedir. Ayrıca bu kişilerin HIV/AIDS hakkında bilgi düzeyini arttırmak için sağlık personelinin önemli kilit nokta olduğu ortaya çıkmaktadır. Literatürde çalışmada ortaya çıkan bu sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmaya katılan olguların hastalığınız hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz? sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı ise; yeterli miktarda bilgi sahibiyim %52,6, az miktarda bilgi sahibiyim %40, hiç bilgim yok %7,4 şeklinde bulunmuştur. Bu durum, hastaların tanıları hakkında bilgiye ihtiyaçları olduğunu göstermektedir. Çalışmada CD4 sayısını bilenler %57,9, CD4 sayısını hatırlamayanlar %23,2, CD4 sayısını bilmeyenler %18,9 olarak bulunmuştur. HIV (+) olguların %53,7'si viral yük (HIV RNA) bildiğini ifade etmekte iken, %26,3'ü viral yük sayımını hatırlamadığını, %20'sinin ise viral yük sayımını bilmediği bulunmuştur. CD4 sayısı ve HIV RNA sayısı tedavinin etkinliğini ölçmede kullanılan önemli parametrelerdir (6). Bu sebeple hastaların CD4 ve viral yük sayımlarının takibini yapabilmeleri hastalıkları hakkında farkındalıklarını gösteren önemli bir bulgudur.

Don Hoang ve arkadaşlarının yaptığı, HIV enfekte hastaların bulaşıcılık ve tedaviye ilişkin algı ve bilgi düzeylerini ölçtükleri bir çalışmada ART tedavi alanlar yaklaşık %80 oranında HIV ile ilgili sorulara doğru cevap vermişlerdir (75). Eğitim seviyesi yüksek olanlar ve HIV tanısına uzun süredir sahip olanların HIV ile ilgili soruları bilmeleri arasında ilişki tespit edilmiştir. Çalışmaya katılanların %40'ında bilgi eksikliği tespit edilmiş ve bunlarında %70'i HIV ile AIDS'in aynı şey olduğunu belirtmişlerdi (75). Bu çalışmada ise eğitim düzeyi ile AIDS hakkında bilgi düzeyi arasında fark saptandı ($p=0,000$). Lise altı eğitim düzeyine sahip bireyler, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlara göre AIDS hakkında bilgi düzeyleri daha düşük saptanırken, Hoang ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak, tanı zamanı ile bilgi düzeyi arasında ters orantı bulunmuştur. Yani yeni tanı alanlar daha çok HIV bilgisine sahip olarak bulunmuştur. Bunun nedenine bakıldığında eski tanı alanların çoğunluğu düşük eğitim düzeyinde (çoğunluğu ilköğretim seviyesinde) olduğu saptanmıştır. Bunun yanında cinsiyete göre ise bilgi düzeyleri arasında fark saptanmamıştır ($p> 0,05$, $p=0,62$). Çalışmada HIV/AIDS ile ilgili bilgi düzeyi beklenenden düşük bulunmuştur. Örneğin, HIV taşıyıcısı olmak ve AIDS aynı şeydir sorusuna çalışmaya katılanların

%23'ü bilmiyorum yanıtı vermiş, yalnızca %46,3'ü doğru cevap verebilmiştir. HIV sivrisinek ısırmasıyla bulaşır sorusunu %55,8 kişi doğru bilmiştir. Bu çalışmada gebelik sırasında antiretroviral tedavi ile çocuğa HIV geçişi önlenbilir sorusuna %26,3'ü doğru yanıt verebilmiştir. Çalışmada genel olarak HIV/AIDS ile ilgili bilgi sorularına verilen cevaplara göre bilgi düzeyi düşük çıkmıştır. Bu durum yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir ve HIV enfeksiyonu ile yaşayan insanlar genellikle düşük sağlık bilgisine sahiptir (76,77). HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin bilgi düzeyini arttırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Bu tedavi başarısı ve bulaşıcılığı azaltmada en önemli yön olmalıdır. HIV pozitif kişilerin tanıları hakkında bilgi düzeyi arttıkça yanlış bilinen önyargılar sebebiyle yaşanacak sosyal dışlanmanın önüne geçilmesinde oldukça anlamlıdır.

Bu çalışmada HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin cinsel tercihleri ise %87,4 kadarı heteroseksüel, %5,3 kadarı biseksüel ve %7,4 kadarı da homoseksüel olarak bulunmuştur. Bu sonuç yapılan diğer çalışmalarla uyumludur (78).

Jolly ve arkadaşları yaptıkları çalışmada HIV pozitif kişilerin cinsel ortaklarının %24'ünün HIV pozitif olduğunu, %67'sinin cinsel partnerinin ise HIV negatif olduğunu, %51'inin ise düzenli seks ortağına sahip olduklarını bulmuşlardır (78). Bu çalışmada evli olan %61,1 olarak bulunmuştur. Evli olanların %11,6'sının partneri de HIV(+) olduğu, çalışmaya katılanlardan %40'ının bekar veya boşanmış olduklarından düzenli partnerinin olmadığı bulunmuştur. Düzenli partnere sahip olan kişilerin riskli davranışları azaldığından hastalığın yayılımını önlemede önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada (Tablo 4.10) araştırmaya katılanların %34,7'sinin hiç cinsel teması yok, %30,5'inin korunarak (kondom) sadece eşi ile cinsel teması var, %20'sinin korunarak (kondom) birden fazla kişi ile cinsel teması var. %3,2'sinin korunmadan birden fazla kişi ile cinsel teması var. %11,6'sının korunmadan sadece eşiyle cinsel temasının olduğu bulunmuştur. Korunmadan sadece eşleri ile cinsel teması olanların (%11,6) eşleri de HIV(+) tanısı aldığından korunmaya gerek duymadıklarını ifade etmektedirler. Bu çalışmada katılımcıların %65'inin cinsel temaslarının olduğunu tespit ettik. Bu sonuç yapılmış diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Jolly ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HIV tanısı aldıktan sonra çalışmaya katılanların yaklaşık yarısı seks yaptığını bildirmiştir (78). Bu bulgu önceki çalışmalarla benzerdir

(79,67). HIV pozitif kişilerin çoğu korunmalı cinsel temasta bulunurken, önemli oranda seropozitif kişiler korunmasız cinsel davranışlara devam etmektedir. Bu durum, HIV hastalık seyrini kötüleştiren patojenlerin yerleşmesine neden olmaktadır (80,81). Çalışmada HIV ile yaşayan katılımcıların %11,6'sı cinsel partnerleri HIV(+) olduğundan korunmadıklarını belirtmişlerdir. Ancak bu kişilerin dirençli yeni HIV ile yeniden enfekte olma olasılıkları bulunmaktadır. ART tedavisine uyumları zayıf olan bireylerde kullanılan ilaçlara direnç gelişebilmekte ve dirençli HIV virüsü diğer eşe cinsel iletimle geçebilmektedir. Cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklarda eşler arasında iletimle hastalığın prognozunu etkileyen sonuçlara neden olabilmektedir. Bu sebeple HIV pozitif kişilerin cinsel anlamda kendilerini korumaları konusunda farkındalık yaratılmalıdır. HIV(+) kişilerin cinsel davranışlarına yönelik müdahaleler farkındalık yaratmaya yönelik olmalıdır. Yasaklama, cinsel perhiz yapma gibi yönlendirmeler yapılmamalı, bunun yerine; cerapaz ve arkadaşlarının önerdiği şekilde HIV pozitif insanların farkındalığı artırılarak, onların cinsel müzakere becerisini, güvenli seks eylemini, seksüel durumun kontrolünü ve seks partneri ile olan ilişkilerini geliştirmeyi hedeflemelidir (80). Düşük sağlık bilgisi, yanlış algılamalar, tutum ve davranışlar HIV enfeksiyonuna yönelik tedaviler HIV bulaşma riskini etkiler (82,83). ART tedavisi bulaştırıcılığı azalttığından HIV(+) kişilerin tedavi alması önemlidir.

Çalışmada araştırmaya katılan HIV(+) kişilerin kondom kullanma davranış bilgileri dağılımı (Tablo 4.7) verilmiştir. Prezervatife nereden ulaşabileceklerini bilenler 73 (%76,8), ilgili kişilerin %82,3 eczane, market vb yazabilmişlerdir. Prezervatif almak istediklerinde markasını bilenler 56 (%58,9) olarak bulunmuştur. Prezervatif markası bilenlerin %47,2'si marka yazabilmişken, prezervatif markası bildiğini söyleyenlerin %53,8 marka yazamamışlardır. Araştırmaya katılan HIV ile yaşayan kişilere son 12 ay içerisinde seks işçisi (para karşılığı çalışan) cinsel temasınız oldu mu? sorusuna 24 (%25,3) kişi evet, 71 (%74,7) hayır cevabı vermiştir. Son 12 ay içerisinde bir seks işçisi ile cinsel teması olanların tamamının cinsiyeti erkektir. Son cinsel temasında prezervatif kullanan 46 (%48,4), prezervatif kullanmayan ise 49 (%51,6) olarak bulunmuştur. Prezervatif kullanmayanların oranı çok yüksek olması oldukça düşündürücüdür. Prezervatif kullanmanın önemi konusunda farkındalık arttırmaya yönelik çalışma yapılmalıdır.

Daha önce yapılan çalışmalarda, HIV(+) kişilere verilen eğitimin kondom kullanım oranını arttırdığı bulunmuştur (83,84,85,78). Eğitim sonrası HIV(+) kişilerin hastalıkları hakkında bilgi seviyesi artmakta, daha az ayrımcılıkla karşılaşmakta bu yüzden riskli davranış biçimlerini kolayca değiştirmektedir (83,84).

Çalışmada, T testi yapıp bakıldığında, cinsiyete göre (Tablo 4.8) bazı davranış özellikleri arasında anlamlı fark bulundu. Erkeklerin son bir yıl içinde para karşılığı çalışan seks işçileri ile cinsel temas durumu ($p=0,041$) daha fazladır ve anlamlı olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyete göre cinsel yaşam ifadelerinde ($p=0,042$) fark bulundu. Cinsel anlamda, erkekler daha çok riskli davranışta bulunmaktadır.

Eğitime göre bazı davranış özellikleri (Tablo 4.9), lise ve altı eğitimi olanlarda, kronik hastalık ($p=0,047$), fırsatçı enfeksiyon ($p=0,004$) daha fazla gözükmemektedir ve anlamlı bulunmuştur.

Çalışmada kondom / prezervatife nereden ulaşacağını bilenler ($p=0,000$), kondom / prezervatif markası bilenler ($p=0,000$), son cinsel temasında kondom kullananlar ($p=0,002$) lise ve üzeri eğitim grubunda daha fazladır ve anlamlı olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin eş koruma davranışları lise ve üzeri eğitim düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p=0,041$). Gelir durumuna göre ise, kondom / prezervatife nereden ulaşacağını bilenler ($p=,000$) gelir durumu (Gelir >1000 TL), kondom / prezervatif markası bilenler (Gelir >1000 TL)'de ($p=,001$) anlamlı farklı bulunmuştur. Son cinsel temasında kondom kullanımını ($p=0,01$) ekonomik olarak (Gelir >1000 TL) üzerinde gelire sahip kişilerde daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatürde bu çalışmada ortaya çıkan sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanılmamıştır.

Araştırmada HIV ile yaşayanlara cinsel eşlerini HIV virüsünden nasıl koruyorsunuz şeklinde açık uçlu soru sorulup cevaplamaları istenmiştir. Verilen cevaplar gruplandığında %46,3 kondom/prezervatifle koruyorum. %18,9 hiçbir şey yapmıyorum şeklinde ifade etmişlerdir. Hiç bir şey yapmıyorum diyenlerin çoğunluk ifadesi “zaten eşim de HIV taşıyıcısı olduğundan korunmaya gerek yok” şeklindedir. %26,3 kişi ise “cinsel temasım yok” şeklinde ifade etmişlerdir. Literatürde çalışmada ortaya çıkan bu sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmada hastalığına ilişkin yaşanan durumlara bakıldığında, iş kaybı yaşayanlar, daha çok erkekler yaşamış %83,3 ($p=0,041$) eğitim düzeyi ile iş kaybı arasındaki ilişki anlamsız ($p=0,087$) bulunmuştur. Literatürde çalışmada ortaya çıkan bu sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanılmamıştır.

HIV enfeksiyonuna bağlı ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle, işten kendi isteğiyle ayrılma cinsiyete göre anlamsız bulundu ($p=0,166$). Eğitim düzeyine göre ise anlamlı bulundu ($p=0,009$). Eğitim düzeyi lise altı olan grup HIV enfeksiyonuna bağlı ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle işten kendi isteğiyle %81,3 daha fazla ayrılmış olarak bulundu. Literatürde çalışmada ortaya çıkan bu sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanılmamıştır.

HIV/AIDS nedeniyle eşimden ayrıldım (eşimi veya cinsel partnerimi kaybettim) diyenler cinsiyete göre anlamlı ($p=0,047$) bulunmuştur. Cinsiyete göre eşini veya cinsel partnerini kaybedenlerin ($n=20$) %85'ini erkekler oluşturmuştur. Eğitim düzeyine göre de anlamlı bulunan ($p=0,030$) eş veya cinsel partner kaybedenlerin çoğunluğunu (%70) lise ve üzeri eğitim düzeyinde olarak anlamlı fark bulunmuştur. Cinsel partnerini kaybedenler çoğunlukla lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip erkekler olarak tespit edilmesi oldukça anlamlıdır. Literatürde çalışmada ortaya çıkan bu sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bazı testlerin sigorta dışında kalması nedeniyle eğitim düzeyi lise altında olanlar (%67,7) daha fazla maddi kayıp yaşamışlar. Eğitim düzeyi ile bazı testlerin sigorta dışında kalması ile yaşanan maddi kayıp anlamlı bulunmuştur ($p=0,028$). Cinsiyete göre ise anlamsız bulunmuştur ($p=0,504$). Literatürde çalışmada ortaya çıkan bu sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanılmamıştır.

HIV/AIDS birlikte, fırsatçı enfeksiyon ve hastalıklar nedeniyle çalışmadığı için parasal kayıp yaşayanlar eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,004$). Eğitim düzeyi lise altı olan grupta 16 (%80) kişi HIV/AIDS bağlı hastalık ve enfeksiyonlar nedeniyle çalışmadığı için parasal kayıp yaşamıştır. Cinsiyetler arasında ise fark bulunamamıştır ($p=0,355$). Literatürde çalışmada ortaya çıkan bu sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin haklarını bilme durumu ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı verilmiştir (Tablo 4.14 ve 4.15). Bu bölümde çalışmaya

katılan kişilerin hasta hakları ve temel insan haklarından en çok hak ihlali ile karşılaşabilecekleri haklarını ne kadar bildikleri ölçülmeye çalışılmıştır. Çalışmada T testi yapıldı ve eğitim düzeyi ile hakları hakkında bilgi düzeyi arasında fark saptandı. ($p=0,000$). Lise altı eğitim düzeyine sahip bireyler, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlara göre hakları hakkında bilgi düzeyleri daha düşük bulundu. Cinsiyete göre bilgi düzeyleri arasında fark yok ($p> 0,05$, $p= 0,721$). Çalışmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin hasta haklarını bilme durumu %60-70 arasında değişmektedir. HIV(+) kişilerin hasta hakları konusunda bilgi düzeyi beklenenden düşük bulunmuştur. Bu durum haklarını bilmedikleri için hasta hakkı ihlali ile karşılaştıklarında farkındalıkları olmamasından dolayı kayıp yaşayabileceklerini düşündürmektedir. Çalışmada temel insan hakları bilgi dağılımlarına bakıldığında ise; çalışma hakkının olduğunu, HIV enfeksiyonunun çalışmasına yasal engel teşkil etmediğini bilenlerin oranı %61,1 olarak bulunmuşken, %38,9'u böyle bir haklarının olduğunu bilmemektedir. Eğitim ve öğrenim hakkını bilenlerin oranı %63,2 iken, bilmeyenlerin oranı %36,8 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kişilerin HIV enfeksiyonu taşıyıcısı olmanın yasal olarak evlenmeye engel teşkil etmediğini bilenlerin oranı %60 bulunmuştur. Evlenme haklarının olduğunu bilmeyenlerin oranı ise %40 olarak bulunmuştur. Diğer temel hakları konusunda bilme durumu benzer ve beklenenden düşüktür. Bu kişilerin hak ihlallerine maruz kalmamaları için farkındalık yaratıcı çalışmalar yapılmalıdır. Literatürde çalışmada ortaya çıkan bu sonuçları karşılaştıracak bilimsel çalışmaya rastlanılmamıştır.

HIV(+) kişilerin, tanılarında dolayı ayrımcılığa maruz kaldıkları bilinmektedir. Çalışmaya katılan HIV (+) kişilerin hak ihlali yaşama durumları bakıldığında en fazla hak ihlali yaşadıkları konu; tıbbi gereklilik dışında, kişisel bilgilerin gizli tutulması hakkı ihlali oranı %18,9 olarak bulunmuştur. Tıbbi özen hakkı ve modern tıbbi bilgi teknolojilerin gereklerine uygun tıbbi bakım alma hakkı ihlali oranı %7,4 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kişilerin %12,6'sı özel hayatın ve aile yaşantısının gizliliği (mahremiyet) hakkı ihlali yaşamıştır. Çalışmada hak ihlali yaşama ile eğitim grupları arasında fark bulunamamıştır.

Çalışmada T testi yapıldı ve eğitime göre hak ihlalleri arasında fark olmadığı ($p> 0,05$, $p= 0,907$) tespit edilmiştir. HIV enfeksiyonu ile yaşanan kişiler hastalığın kendisine yüklenen anlamlar nedeniyle hak ihlali yaşamaktadır. Çalışmaya katılan

HIV(+) kişilerin cinsiyet gruplarına göre hak ihlali yaşama dağılımları T testi yapılarak bakıldığında ise kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına saygı hakkı ihlali cinsiyet olarak erkeklerde (p=0,048) daha çok yaşandığı bulunmuştur. Çalışmaya katılanların, hastalar arasında eşitlik (ayrımcılık yapılmaması) hakkı ihlalini (p=0,036) kadınların çoğunlukla yaşadığı, anlamlı fark yarattığı tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin %7,4'ü sağlık hizmetlerine ulaşma, adalet ve hakkaniyete uygun yararlanma hakkı ihlali yaşadıkları bulunmuştur. Bu ihlaller olması gereken ameliyatı HIV(+) durumundan dolayı olamama, başka hastaneye sevk etme gibi hasta hakkı ihlalleri oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılanların kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına saygı ihlali ise %8,4 olarak bulunmuştur. Sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı ihlalini %7,4 kişinin yaşadığı, İnsan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilme hakkından %4,2 kişinin hak ihlali yaşadığı bulunmuştur. Ayrıca çalışmaya katılanların %3,2'sinin doktorunu ve kurumunu seçme hakkı ihlali yaşadığı bulunmuştur.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin %6,3'ünün çalışma hakkı ihlali yaşadığı tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılanların %3,2'si eşitlik hakkı (hastalar arasında ayrımcılık yapılmaması) hakkı ihlali yaşadığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılanlardan bir kişinin (%1,1) hukuk yoluna başvurmasının engellendiği bulunmuştur.

Pozitif Yaşam Derneği'nin, 01.01.1985 ile 01.06.2007 tarihleri arasında 103 HIV pozitif kişi ile yaptığı çalışmada, ayrımcılık yasağı ihlali 76 kişi, tıbbi gereklilik dışında kişisel bilgilerin gizli tutulmasının ihlali 53 kişi, tıbbi özen hakkı, tıbbi bakım (modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun) hakkı ihlali 45 kişi, özel hayatın, aile yaşantısının gizliliği (mahremiyet) hakkı ihlali 44 kişi, sağlık hizmetlerine ulaşma, adalet ve hakkaniyete uygun olarak yararlanma hakkı ihlalini 29 kişi, kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına saygı ihlali 13 kişi, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı ihlali yaşamıştır. Pozitif yaşam derneğinin toplam raporlanan hak ihlalleri sayısı 337'dir (86). Pozitif Yaşam Derneği'nin yaptığı çalışmada bu çalışmada farklı olan yanı çalışmaya katılan kişilerin çok fazla hak ihlali yaşamış olmasıdır. Bu sonuç hak ihlali yaşayanların destek istemek için Pozitif Yaşam Derneği'ni aramasından kaynaklı olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmada daha az hak ihlali yaşanmış olduğu

tespit edilmiştir. Pozitif Yaşam Derneği'nin çalışmasına göre çıkan rapor sonucunda en fazla ihlâl, sağlık kuruluşlarında yaşanmıştır (toplam sayı: 80). Bu sonuç bizim çalışmamızla benzerdir.

Çalışmaya katılan HIV pozitif kişilerin yaşadığı hukuksal sorunlar açık uçlu sorulduğunda yazdıkları gruplanarak verilmiştir. Tabloya göre %23,2 kişi hasta hakkı ihlaline maruz kalmış, %7,4 kişi ise çalışma hakkı ihlali yaşamıştır. Çalışmaya katılanların %3,2'si sosyal güvencelerinin olmaması ve ilaçların maliyetini karşılayamamaları nedeniyle tedavi alamamışlardır. Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerden %3,7 kadarı ise SGK ilaç fark maliyetinin fazla olduğundan bunu ödemekte zorlandıklarından bahsetmektedir. %17,9 kadarı, reçetelere, sevkler ve dosyalara tanı yazılmamasını ayrıca devletin ekonomik destek sağlaması gibi hukuksal isteklerde bulunmaktadırlar.

Çalışmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerden hukuksal sorun ifade etmek isteyen kişilerin(n=43) %83,2'si sağlık hizmet sunucularının ön yargılı davranışlarından şikayetçi iken, aynı zamanda tedavi aldıkları enfeksiyon kliniklerinde bazı sağlık personelinin çok memnun olduklarını (%67,4) belirtmektedirler. Sağlık personeline yönelik hasta ifadeleri “sağlık personeli bizden kendilerini korumak şeklinde yaklaşıyor, halbuki bizi korumalıdır”, “dönüşsüz bir yola girmişsin, bari dikkat başkalarına bulaştırma diyorlar, bulaşma yollarını anlatıyorlar, toplumu ve kendilerini benden korumaya kalkıyorlar ya beni kim koruyacak bana kim bulaştırdı”, “dosyaların üzerine AIDS yazıyorlar, arkadaşlarını uyarmak için yazıyorlar ama başkaları da görüyor”, “sağlıkçılar bizden korkuyor” gibi ifadelerle dile getirmişler. Sağlık personelinin şikayet edenler aynı zamanda bazı sağlık personelinin çok memnun olduklarını “.....sayesinde” başlayan cümlelerle sağlık personelinin yaşamlarına nasıl iyi yönde dokunduklarını anlatmışlardır. Ayrıca birçok hasta ailesine ve arkadaşlarına HIV(+) durumunu paylaşmadığını, bu anlamda sağlık personelinin sırdaş olarak gördüklerini ifade etmişlerdir.

HIV Enfeksiyonu ve AIDS'in psikiyatrik yönleri vardır. Günümüzde HIV enfeksiyonunun AIDS'e dönüşmesi geciktirilebilmekte ve son tıbbi gelişmelerle hastalık ömür boyu ilaç kullanmayı gerektiren kronik bir hastalık olarak kalmaktadır. Tüm gelişmelere rağmen virüsün vücuttan atılımını sağlayan bir tedavi bulunmamaktadır. Bunun bilincinde olan hasta için, AIDS tanısı ölümle yüz yüze gelme

anlamı taşımaktadır. Bu durum diğer ölümcül hastalıklardan kansere benzemektedir ve hatta daha da fenadır. Çünkü kanser hastalığında bulaştırma kaygısı yoktur ve toplumsal bakış açısında daha masumdur. Hasta için bu durum önce inkar, öfke, utanç, pişmanlık, depresyon, intihar düşüncesine kadar giden sonuçlara neden olabilmektedir. Nitekim bu çalışmada hasta ifadeleri; “keşke kanser olsaydım”, “ben uçkuruna düşkün bir adam değilim ki, insanlar neler yapıyor, neden ben?”, “bana kim bulaştırdı?”, “ben bunu unutmak istiyorum, lütfen tanımı hatırlatmayın”, “gelecek planım kalmadı, günü birlik yaşıyorum”, “çocuk çocuğa rezil olmadan ölsem de kurtulsam”; “hastalığımı kendi içimde yaşıyorum, kimseyle paylaşamıyorum”, “ilaçlarımı şehrin diğer tarafındaki eczaneden alıyorum, birisi duyacak rezil olacağım diye her an diken üstünde yaşıyorum”, “işyerimden tanımı biri öğrenirse ölürüm” gibi hasta ifadeleri yaşadıklarını özetlemektedir. Hasta ifadelerinden de anlaşıldığı gibi çalışmada hastaların ölüm korkusundan sonra en çok yaşadıkları gizlik kaygısıdır. Toplumun hastalığa yüklediği anlamlardan dolayı bu kişiler yoğun bir kaygı yaşıyorlar. Bu çalışmada da başlıca korkularının, ölüm korkusu %10,5, bulaştırma korkusu %15,8 dışlanma korkusu %26,3, iş kaybı korkusu %2,1 olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmaya katılan kişilerin %7,4’ü pişmanlık duygusu yaşadığını ifade etmiştir.

Bu çalışmada HIV/AIDS tanısını aileleri bilen kişilerin ifadeleri “eşim bana dokunmaktan korkuyor, dokunduğum her yeri eldiven giyerek çamaşır suyu ile temizliyor, kısaca benimle aynı evde yaşamak ona zindan, bana da zindan oluyor”, bir başka kişinin ifadesi şöyledir; “yeğenlerime dokunamıyorum. Uzak duruyorum. Sevmek istediğimde kardeşim bana öyle bir bakıyor ki! O an ölsem daha iyi”. Bir başka kişinin ifadesi “eşimden kaptım bu mikrobu, kendisi öldü ben kaldım, önceleri bende öleceğim diye korkuyordum, şimdi çocuklarımın bana davranışı ölümden daha zor geliyor” gibi hastaların çoğunluğunun farklı boyutlarda yaşadıkları sosyal dışlanma ve sonrasında getirdikleri psikolojik sorunları özetlemektedir. Psikolojik olarak iyi halde olmak ile tüm aile bireylerinin HIV durumunun farkında olması arasında HIV/AIDS hastaları için negatif ilişki vardır. Daha önceki çalışmalarda göstermiştir ki; aile desteği daha kaliteli bir yaşam için pozitif etki yapar (87). Bununla birlikte aile desteği için ailenin farkında olması gerektiği anlamına gelmediği ve hatta bu bilgi uygun şekilde açıklanmadıysa zararlı bile olabileceği belirtilmiştir. Aile açısından HIV(+) bir ferde sahip olmak aile üzerinde ayrımcı bir hisse ve başarısızlık duygusuna yol açabilir. Ayrıca geleceklerinin tehlikede olduğunu hissedebilirler (88). Bu yüzden aile ve

hastaları korumak için tedavi ve bakım programlarına hastaların ailelerini de dahil etmek gerekir. Yi Wen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HIV ile ilişkili ayrımcılık, tedavi edilen hastalarda psikolojik olarak ailenin fonksiyonel olarak negatif etki yaptığı bulunmuştur (89). Bu çalışmada da benzer bir şekilde aile faktörünün HIV(+) kişilere negatif yönde etki ettiği tespit edilmiştir. Bu yüzden ayrımcılığı önlemeye yönelik çalışmalar, tıbbi tedavinin anahtar parçası olmalıdır. Tıbbi tedavide hasta ile hekimi arasındaki güvene dayalı profesyonel iletişim, hastalar üzerinde ayrımcılığı azaltmada olumlu etkiler yapar (89).

HIV/AIDS enfeksiyonunun kendisi ve HIV(+) kişilerin kişilik özellikleri nedeniyle bu kişiler birtakım psikiyatrik sorunlarla karşılaşılabilir. Çalışmada HIV(+) kişilerin %35,8 kadarında depresif mizaçtan, saldırgan kişilik özelliklerine kadar geniş bir yelpazeyi kapsayan duygusal dalgalanmalar tespit edilmiştir. Bunların nedenlerine baktığımızda; HIV virüsü Merkezi Sinir Sisteminin (MSS) koruyucu hücreleri olan mikroglia ve makrofajları enfekte eder. Ayrıca astrosit fonksiyonlarını bozarak kan-beyin engeli işlevlerini de bozar (90). HIV enfeksiyonunda nörotransmitter değişiklikleri de görülür. Glutamat düzeyi artarken, dopamin ve serotonin düzeyleri azalır (91). HIV enfeksiyonunda nöropsikiyatrik bozukluk nedenleri şöyle sıralanabilir (90,92): Doğrudan HIV enfeksiyonuna bağlı nöropsikiyatrik bozukluklar (HIV ensefalopatisi, aseptik menenjit, HIV ile ilişkili minör kognitif bozukluk), immün yetmezlik sonucu oluşan merkezi sinir sistemi (MSS) tümörleri, immün yetmezlik sonucu oluşan MSS enfeksiyonları, HIV enfeksiyonunun sistemik komplikasyonları sonucu oluşan nöropsikiyatrik bozukluklar (Vitamin B12 eksikliği, metabolik ensefalopati vb), HIV tedavilerinin MSS yan etkileri (antiviral ilaçlar, sikloserin, steroidler), HIV enfeksiyonuna psikolojik tepki sonucunda ortaya çıkan ya da alevlenen psikiyatrik bozukluklar. Görüldüğü gibi enfeksiyonun kendisinden kaynaklı olarak da bu kişiler psikolojik sorun yaşayabileceklerinden desteklenmeleri gerekmektedir. Depresyon hastaların %20'sinde oluşur, sıklıkla CD4+ T-hücre sayımları düşük olanlardadır (6). HIV enfeksiyonu ile yaşayanlarda intihar girişimi oranının genel nüfusun 36 katı olduğu bildirilmiştir (92,93). Bu çalışmada, çalışmaya katılanların %11,6 kadarında intihar düşüncesinin olduğu tespit edilmiştir. İntihar düşüncesi bulunanlardan 3 kişi daha önce intihar girişiminde bulunduğu ancak ölümle sonuçlanmadığı ve şu an psikolojik destek almadığı tespit edilmiştir. Asemptomatik HIV(+)’lerde intihar riski AIDS’lilerden daha yüksek bulunmuştur. Bildirilen intihar risk etmenleri arkadaşların AIDS’den ölmesi,

yakın dönemde seropozitif çıkmak, relapslar, eşcinsellikle ilgili sosyal konular, sosyal ve maddi destek yetersizliği, demans ve deliryumdur (94,95).

Çalışmaya katılan HIV(+) olguların psikolojik destek alma durumları incelendiğinde evet psikolojik destek aldım diyenler %35,8, hayır psikolojik destek almak istemedim %40, psikolojik destek almayı düşünüyorum %7,4 ve psikolojik desteğe ihtiyacım yok diyenler ise %16,8 olarak bulunmuştur. Bu sonuç yukarıda anlatılan nedenlerden dolayı oldukça düşündürücüdür. HIV(+) kişilerin tamamının psikolojik olarak destek alması tıbbi gereklilik iken, yalnızca %36'sının destek alması konunun önemini belirtmektedir. HIV/AIDS hastaları çeşitli psikoterapötik yaklaşımlardan yarar görürler. Bireysel ve grup psikoterapileri uygulanabilir. Destekleyici psikoterapi, kişilerarası psikoterapi, eğitim ve danışmanlık, aile terapisi, sosyal desteklerin harekete geçirilmesi, yararlı olur (92,94,96). Ayrıca HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilere, iş bulma, tedaviye ulaşma, yaşam kalitesini artırma, savunuculuk, haklarını koruma ve öğretmede sosyal destek sağlanmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin yaş ortalaması 40,53±11,55 (minimum 21, maksimum 69) olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların medeni durumlarının dağılımı ise; 58'i (%61,1) evli, 27'si (%28,4) hiç evlenmemiş ve 6'sı (%6,3) boşanmıştır.

Çalışmaya katılanların eğitim durumları ise, lisans mezunu 6 (6,3), önlisans mezunu 11 (11,6), lise mezunu 28 (29,5), ortaokul mezunu 13 (13,7), ilkokul mezunu 30 (31,6) ve okuryazar 6 (6,3) olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin diplomalı mesleği olanları %23,2, diplomalı mesleği olmayanların ise %76,8 olduğu bulunmuştur.

HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin cinsel eşlerinin hastalığı bilip bilmediği sorulduğunda ise, %57,9'unun eşlerinin bildiği bulunmuştur.

Çalışmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin tanı tespit yeri olarak, çoğunlukla başka bir hastalığı nedeniyle hekim tarafından yapılan testlerle 38 (%40) kişi, kan bağısı sırasında 22 (%23,2) bulunmuştur.

Çalışmaya katılan HIV(+) enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin cinsel tercihleri ise %87,4 kadarı heteroseksüel, %5,3 kadarı biseksüel ve %7,4 kadarı da homoseksüel olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan HIV(+) olguların evet psikolojik destek aldım diyenler %35,8, hayır psikolojik destek almak istemedim %40, psikolojik destek almayı düşünüyorum %7,4 ve psikolojik desteğe ihtiyacım yok diyenler ise %16,8 olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kişiler, bilgiyi nereden aldınız sorusuna %63,2'si sağlık personelinde demmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların 25'i (%26,3) fırsatçı enfeksiyon geçirmiştir ve kronik hastalığı olan 23 kişi (%24,2)'dir.

Çalışmada cinsiyet ile bazı davranışlar arasında fark saptandı. Erkeklerin son bir yıl içinde para karşılığı çalışan seks işçileri ile cinsel teması ($p=0,041$) ile anlamlı fark bulundu. Çalışmaya katılan kişilerin cinsel yaşam ifadelerinde cinsiyete göre ($p=0,042$) fark bulundu. Erkeklerin riskli cinsel davranışları daha fazla olduğu bulundu.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin eğitime göre bazı davranış özelliklerine bakıldığında kronik hastalığı olanlar lise altı eğitim grubunda daha fazla bulunmaktadır ($p=0,047$). Fırsatçı enfeksiyon geçirenler lise altı eğitim düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$). Kondom / prezervatife nerden ulaşacağını bilenler lise ve üzeri eğitim grubunda anlamlı farklı bulunmuştur ($p=0,000$). Kondom / prezervatif markası bilenler lise ve üzeri eğitim grubunda fark bulunmuştur ($p=0,000$). Son cinsel temasında kondom kullananlar yine lise ve üzeri eğitim grubunda anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$). Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin eş koruma davranışları lise ve üzeri eğitim düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p=0,041$).

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin gelir durumuna göre bazı davranış özellikleri ise; kondom / prezervatife nerden ulaşacağını bilenler ($p=,000$) gelir durumu (Gelir >1000) üzerinde olanlarda anlamlı farklı bulunmuştur. Kondom / prezervatif markası bilenler (Gelir >1000)'de anlamlı ($p=,001$), son cinsel temasında kondom kullananlar ($p=0,01$) ekonomik olarak (Gelir >1000) üzerinde gelire sahip kişiler olarak farklı bulunmuştur.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin hastalığına ilişkin yaşanan durumlar da iş kaybı yaşayanlarda erkekler daha fazla yaşamış %83,3 ($p=0,041$) eğitim düzeyi ile iş kaybı arasındaki ilişki anlamsız bulundu ($p=0,087$). HIV enfeksiyonu nedeniyle işe alınmama cinsiyete göre ($p=0,166$) anlamsız ve eğitime göre anlamsız ($p=0,760$) bulunmuştur. HIV enfeksiyonuna bağlı ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle işten kendi isteğiyle ayrılma cinsiyete göre anlamsız bulundu ($p=0,166$). Eğitim düzeyine göre ise anlamlı bulundu ($p=0,009$). Eğitim düzeyi lise altı olan grup HIV enfeksiyonuna bağlı ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle işten kendi isteğiyle %81,3 daha fazla ayrılmış olarak bulundu.

HIV/AIDS nedeniyle eşimden ayrıldım (eşimi veya cinsel partnerimi kaybettim) diyenler cinsiyete göre anlamlı ($p=0,047$) bulunmuştur. Cinsiyete göre eşini veya cinsel partnerini kaybedenlerin ($n=20$) %85'ini erkekler oluşturmuştur. Eğitim düzeyine göre

de anlamlı bulunan ($p=0,030$) eş veya cinsel partner kaybedenlerin çoğunluğunu (%70) lise ve üzeri eğitim düzeyinde olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Bazı testlerin sigorta dışında kalması nedeniyle eğitim düzeyi lise altında olanlar (%67,7) daha fazla kayıp yaşamışlar. Eğitim düzeyi ile bazı testlerin sigorta dışında kalması ile yaşanan kayıp anlamlı bulunmuştur ($p=0,028$). Cinsiyete göre ise anlamsız bulunmuştur ($p=0,504$).

HIV/AIDS birlikte, fırsatçı enfeksiyon ve hastalıklar nedeniyle çalışmadığı için parasal kayıp yaşayanlar eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,004$). Eğitim düzeyi lise altı olan grupta 16 (%80) kişi HIV/AIDS bağlı hastalık ve enfeksiyonlar nedeniyle çalışmadığı için parasal kayıp yaşamıştır. Cinsiyetler arasında ise fark bulunamamıştır ($p=0,355$).

Çalışmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin eğitim düzeyi ile hakları hakkında bilgi düzeyi arasında fark saptandı ($p=0,000$). Lise altı eğitim düzeyine sahip bireyler, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlara göre hakları hakkında bilgi düzeyleri daha düşük bulundu. Cinsiyete göre bilgi düzeyleri arasında fark yoktu ($p> 0,05$, $p= 0,721$).

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin eğitim gruplarına göre hak ihlali yaşama dağılımında, hak ihlali yaşama ile eğitim grupları arasında fark bulunamamıştır. Çalışmada T testi yapıldı ve eğitime göre hak ihlalleri arasında fark yok ($p> 0,05$, $p= 0,907$) bulunmuştur.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerin cinsiyet gruplarına göre hak ihlali yaşama dağılımları T testi yapılarak bakıldığında ise kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına saygı hakkı ihlali cinsiyet olarak anlamlı ($p=0,048$) olarak daha çok erkeklerde yaşandığı bulunmuştur. Çalışmaya katılanların, hastalar arasında eşitlik (ayrımcılık yapılmaması) hakkı ihlalini ($p=0,036$) kadınların çoğunla yaşadığı anlamlı fark olarak bulunmuştur.

Çalışmada T testi yapıldı ve eğitim düzeyi ile AIDS hakkında bilgi düzeyi arasında fark saptandı ($p=0,000$). Lise altı eğitim düzeyine sahip bireyler, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlara göre AIDS hakkında bilgi düzeyleri daha düşüktü, cinsiyete göre bilgi düzeyleri arasında fark yoktu ($p> 0,05$, $p= 0,62$).

Çalışmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin %31,6'sı antiretroviral tedaviye bağlı ilaç yan etkilerinden şikayetçidir.

Çalışmaya katılan kişilerin çeşitli korkuları olduğu tespit edilmiştir. Bunların; ölüm korkusu %10,5, bulaştırma korkusu %15,8 dışlanma korkusu %26,3, iş kaybı korkusu %2,1 olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan kişilerin %7,4'ü pişmanlık duygusu yaşadığını ifade etmiştir. Çalışmaya katılanlardan %11,6 kadarında intihar düşüncesinin olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan HIV pozitif kişilerin yaşadığı hukuksal sorunlar açık uçlu olarak sorulmuş, buna göre; %23,2 kişi hasta hakkı ihlaline maruz kalmış, %7,4 kişi ise çalışma hakkı ihlali yaşamıştır. Çalışmaya katılanların %3,2'si sosyal güvencelerinin olmaması ve ilaçların maliyetini karşılayamamaları nedeniyle tedavi alamamışlardır.

Çalışmaya katılan HIV(+) kişilerden %3,7 kadarı ise SGK ilaç fark maliyetinin fazla olduğundan bunu ödemekte zorlandıklarından bahsetmektedir. %17,9 kadarı, reçetelere, sevkler ve dosyalara tanı yazılmamasını ayrıca devletin ekonomik destek sağlaması gibi hukuksal isteklerde bulunmaktadır.

Çalışmaya katılan HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin %83,2'si sağlık hizmet sunucularının ön yargılı davranışlarından şikayetçi iken, aynı zamanda tedavi aldıkları enfeksiyon kliniklerinde bazı sağlık personelinden çok memnun olduklarını (%67,4) belirtmektedirler.

Sonuç olarak bu çalışmada; Antalya DTHD'de HIV/AIDS yönelik kayıtların yetersiz olduğu, HIV(+) kişilerin eğitim düzeyi ile tanı tedavi ve haklarını bilme konusunun doğru orantılı olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi düşük grup (lise altı) çoğunlukta olduğu ve bu grubun bilgi, tutum ve davranışlarının lise ve üstü gruba göre anlamlı derecede farklı olduğu ($p=0,000$) bulunmuştur. Bunun yanında eğitim düzeyi ile hak ihlali yaşama arasında bağlantı olmadığı, fakat cinsiyet olarak daha çok erkeklerin hak ihlaline maruz kaldığı bulunmuştur. Kronik hastalığa sahip kişilerin hastalıkları hakkında bilgi düzeyi genel anlamda yüksek beklenirken, HIV(+) kişilerin tanı ve tedavilerine yönelik bilgi düzeyi beklenenden düşük bulunmuştur. Çalışmada, hasaların başta ölüm ve deşifre olma korkusu yaşadıkları, bunun yanında tanılarında dolayı farklı düzeylerde stigmaya maruz kaldıkları ifade edilmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Araştırma kapsamına alınan HIV(+) kişilerin tanıları hakkında bilgi düzeyini artırmaya yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması.
2. HIV(+) kişilere ve tanılarına yönelik onların anlayacağı şekilde basitleştirilmiş resimli broşür ve kitapların sağlanması.
3. Hiv (+) kişilerle iletişim halinde olan sağlık personeline, HIV/AIDS konusunda eğitim verilerek, etkin danışmanlık hizmetinin verilmesinin sağlanması.
4. HIV(+) kişilerin yanı sıra tüm toplumun HIV/AIDS farkındalığına yönelik çalışmaların yapılması, HIV/AIDS epidemisini azaltmanın yanında HIV(+) kişilerin stigma yaşamalarını önlemede oldukça etkin olacağı düşünüldüğünden farkındalık çalışmalarının etkin ve etkili yapılması.
5. Eğlence mekanları gibi riskli davranışların olabileceği yerlerde afiş, broşür gibi yollarla farkındalığın artırılmasının yanında prezervatif ulaşımının kolaylaştırıcı, kondommatik gibi çalışmalar yapılması.
6. HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin sosyal dışlanma, hak ihlali yaşamaması için çalışmaların yapılması.
7. HIV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin, sosyal destek sağlanmasına yönelik çalışmaların yapılması.
8. HIV enfeksiyonunun yayılımını önleyici çalışmaların tüm sivil toplum kuruluşlarının katılımı ile yaygınlaştırılarak yapılması.
9. Kayıtların doğru düzenli tutulması için tüm kurumlarla işbirliği yapılarak çalışmaların yapılması.
10. HIV(+) kişileri kapsayan ileri sosyal çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1) <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/EpidwebAT2011.pdf>
HATAMGÜNCELLEME 25.03.2011 Erişim Tarihi:25.02.2011
- 2) http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf. Erişim Tarihi: 01.12.2012
- 3) T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı, (27.11.2012 *Dünya AIDS günü konulu resmi yazı*)
- 4) Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü, *Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanseri Kayıtları*.
- 5) <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/klinik.shtml> Erişim tarihi: 08.03.2012
- 6) Rothman RE, Marco CA, Yang S. Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome. (Edited by) Tintinalli JE, Stapczynski JS, Cline JD, Cydulka RK, Meckler GD. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 7th Edition, *McGraw-Hill*, 2011: 1031-1042.
- 7) Saba R. Toplantı metinleri.
- 8) Schacker T, Collier AC, Hughes J, et al. Clinical and epidemiologic features of primary HIV infection. *Ann Intern Med.*, 1996: 125, 257.
- 9) Perlmutter BL. How to recognize and treat acute HIV syndrome. *Am Fam Phys.*, 1999, 60(2): 535.
- 10) Kaan JO, Walker BD, Acute human immunodeficiency virus type 1 infection. *N Engl J Med.*, 1998, 339: 33.
- 11) O'Brien WA, Hartigan PM, Martin D, et al, Changes in plasma HIV-1 RNA and CD4 lymphocyte counts and the risk of progression to AIDS. *N Engl J Med.*, 1996, 334: 42.
- 12) Shen JM, Selwyn PA. Predictors of mortality for patients with advanced disease in an HIV palliative care program. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 2005, 40(4): 445.
- 13) Bartlett JG, Gallant JE, Medical Management of HIV Infection, 2001-2002. Baltimore, *Johns Hopkins University School of Medicine*, 2002. Available at: <http://Hopkins.aids.edu>. Accessed May., 28, 2010.
- 14) Kelen GD, Digiovanna T, Bisson L, et al. Human immunodeficiency virus infection in Emergency department patients: epidemiology, clinical presentations and risk to health Care workers: the Johns Hopkins experience. *LAMA*, 1989, 0262: 516.
- 15) Moylett EH. HIV: clinical manifestations. *J Allergy Clin Immunol.*, 2002, 110(1): 3.

- 16) Frech MA. HIV/AIDS: immune reconstitution inflammatory syndrome: a reappraisal. *Clin Infect Dis.*, 2009, 48: 101.
- 17) Rothman RE, Keyl PM, McArthur JC, et al. A decision guideline for emergency department Utilization of noncontrast head computed tomography in HIV-infected patients. *Acad Emerg Med.*, 1999, 6: 1010.
- 18) Graham CB, Wippoldo FJ, Pilgram TK, et al. Screening CT determined by CD4 count in HIV-positive patients presenting with headache. *Am J Neuroradiol.*, 2000, 21: 451.
- 19) Baven ER, Wisomn P, Atkins M, et al. Natural history of untreated CMV retinitis. *Lancet*, 1995, 346: 1671.
- 20) Venkat A, Plontkowsky DM, Cooney RR, et al. Care of the HIV-positive patient in the Emergency department in the era of highly active antiretroviral therapy. *Ann Emerg Med.*, 2008, 52: 274.
- 21) Wolff AJ, O'Donnell AE. Pulmonary manifestations of HIV infection in the era of highly Active antiretroviral therapy. *Chest*, 2001, 120(6): 1888.
- 22) Huang L, Stanell JD. AIDS and the jung, *Med Clin North Am.*, 1996, 80: 4.
- 23) Markowitz N, Hansen NL, Hopevell PC, et al. Incidence of tuberculosis in the United States Among HIV infected persons. *Ann Intern Med.*, 1997, 126: 123.
- 24) Moran GJ, Mc Cabe F, Morgan TM, et al. Delayed recognition and infection control for Tuberculosis in the emergency department. *Ann Emerg Med.*, 1995, 26: 290.
- 25) Patton LL. Sensitivity, and positive predictive value of oral opportunistic infections in adults with HIV/AIDS as markers of immune suppression and viral burden. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, 2000, 90(2): 182.
- 26) Mora Duarte J, Betts R, Rotstein C, et al. Comparison of caspofungin and amphotericin B for invasive candidiasis. *N Engl J Med.*, 2002, 347: 2020.
- 27) Cenizal MJ, Hardy RD, Anderson M, et al. Prevalence of end risk factors for methicillin resistant staphylococcus aureus (MRSA) nasal colonization in HIV infected ambulatory patients, *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 1995, 48: 163.
- 28) Lyketsos CG, Hoover DR, Guccione M, et al. Depressive symptoms as predictors of medical outcomes in HIV infection, *JAMA*, 1993, 270: 2563.
- 29) Dickerson MC, Johnston J, Delea TE, et al. The causal role for genital ulcer disease as a risk factor for transmission of human immunodeficiency virus. *Sex Transm Dis.*, 1996, 23: 429.
- 30) Golden MR, Marra CM, Holmes KK. Update of syphilis: resurgence of an old Problem. *JAMA.*, 2003, 290: 1510.

- 31) Yearly DM, Grene TJ, Hobbs GD. Underrecognition of cervical Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis infections in the emergency department. *Acad Emerg Med.*, 1997, 4: 962.
- 32) Silva A, Glic NR, Lyss SB, et al. Implementing an HIV and sexually transmitted disease Screening program in an emergency department. *Ann Emerg Med.*, 2007, 49: 564.
- 33) Recommendations of the Advisory Committee on Immunocompedence. Use of Vaccines and Immune Globilins in Persons with Altered Immunocompedence. *MMWR Recomm Rep.*, 1993, 42(RR-4):1, Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00023141.htm>. Accessed May 31, 2009.
- 34) Kaplan JE, Benson C, Holmes KK, et al. Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents. *MMWR Recomm Rep.*, 2009, 58(RR-4): 1.
- 35) Centers for Disease Control and Prevention: Standard for pediadicimmunization pracdices: Recommendedby the National Vaccine Advisory Committee *MMWR. Miob Mortal Wkly Rep.*, 1993, 42: 1.
- 36) Kaplan JE, Hanson DL, et al. When to beginhighly active antiretroviraltherapy? Evidence supporting initiation of therapy at CD4+Iymphocyte counts <350 cells/Ml. *Clin Infect Dis.*, 2003, 37: 951.
- 37) Sabin CA. Early antiretroviral therapy: the role of cohorts. *Curr Opin HIV AIDS*, 2003, 4: 200.
- 38) Hammer SM, Saag MS, Schechter M, et al. 2006 recommendations of the InternationalAIDS Society-USA Panel. *JAMA*, 2006, 296: 827.
- 39) Hovanession HC. New developments in the treatment of HIV disease: an overview. *Ann Emerg Med.*, 33(5): 546.
- 40) *HIV/AIDS Dergisi*, 2006, 9(4); 105.
- 41) http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/aids_2011_smp.shtml. Erişim Tarihi: 25.02.2012
- 42) *Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı Ve Bildirim Sistemi Yönergesi, Standart Tanı Ve Sürveyans Ve Laboratuar Rehberi*, 2005, 10-12.
- 43) Ünal ER. *Sağlık Hukuku*. Savaş Yayınevi, Ankara, 2008: 9-71.
- 44) Gözübüyük AŞ. *Yönetim Hukuku*, Turhan Kitabevi, 21.baskı, Ankara, 2004: 40.
- 45) <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1113.html> Erişim Tarihi:25.02.2012
- 46) http://www.belgenet.com/arsiv/sozlesme/aihs_01.html Erişim Tarihi:25.02.2012
- 47) <http://www.tapd.org.tr/tr/page.asp?id=75> (Erişim Tarihi: 25.02.2012 Türkiye Aile Planlaması Derneği web sayfası)

- 48) Oran N, Şenuzun F. Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatası ve baş etme stratejileri: *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2008, 5: 1, <http://www.insanbilimleri.com> erişim tarihi:25.12.2012
- 49) Bakacak AG. Modern dönemde Becker ve Goffman'ın yaklaşımlarında etiketlenmiş suçlu anlayışı ve günümüzdeki yansımaları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, 2002.
- 50) Kocabaşoğlu N, Aliustaoğlu S. Stigmatizasyon. *Yeni Symposium*, 2003, 41(4), 190-192.
- 51) Van Brakel WH. Measuring health-related stigma- A literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 2006, 11(3): 307- 334.
- 52) Özdemir H. Salgın hastalıklardan ölümler, 1914–1918. *Türk Tarih Kurumu Yayınları*, Ankara, 2005.
- 53) Barış Yİ. Dünya’da tüberkülozun tarihçesi. *Toraks Dergisi*, 2002, 3(3): 338-340.
- 54) Holzomer WL, Uys LR. Managing AIDS stigma. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 2004, 1(3): 165-174.
- 55) Sontag S. *Metafor Olarak Hastalık-AIDS ve Metaforları* (çev: Akınhan, O.), Kitap Matbaacılık, İstanbul, 2005.
- 56) Öztürk A, Kolutek R. Kapadokya bölgesinde bulunan otellerde çalışanların AIDS konusundaki bilgi düzeyleri. *Erciyes Tıp Dergisi*, 2003, 25(2): 61-72.
- 57) Hancock C, Oulton JA. Nurses: Fighting AIDS stigma caring for all. *International Council of Nurses*, Geneva, Switzerland, 2003. <http://www.icn.ch/indkit2003.pdf> (22.12 2006).
- 58) Duyan V. HIV/AIDS’e ilişkin damgalama ve sosyal destek. *Sağlık ve Toplum*, 2001, 11(1): 3-11.
- 59) Stahly GB. Psychosocial aspects of the stigma of cancer: An overview. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1988, 6: 3-27.
- 60) Pierret J. Everyday life with HIV/AIDS: Surveys in the social sciences. *Social Sciences and Medicine*, 2000, 50: 1589-1598.
- 61) Terzioğlu F. HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılık: Hemşireler için müdahale stratejileri. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, 2004, 7(2): 57-62.
- 62) Karabey S, Müftüoğlu N. Gençlik ve cinsellik, 8. Bilgilendirme Basın Dosyası Bülteni, İstanbul, 2007.
- 63) <http://sgb.kulturturizm.gov.tr/TR,15229/turizm-istatistikleri.html> Erişim tarihi; 11.12.2012.
- 64) <http://www.antalyakultur.gov.tr/belge/1-100692/ekim.html>, Erişim tarihi; 21.12.2012.

- 65) Simbayi LC, Kalichman SC, Strebel A, Cloete A, Henda N, Mqeketo A. Disclosure of HIV status to sex partners and sexual risk behaviors among HIV-positive men and women, Cape Town, South Africa. *Sex Transm Infect.*, 2007, 83: 29-34.
- 66) King-Spooner S. HIV prevention and the positive population. *Int J STD & AIDS*, 1999, 10: 141-150.
- 67) Kiene MS, Christie S, Corman DH, et al. Sexual risk behavior among HIV-positive individuals in clinical care in urban KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS*, 2006, 20: 1781-1784.
- 68) Kelly A. *The Psychology of Secrets*. New York: *Plenum Publishers*, 2002.
- 69) Bos AER, Schaalma HP, Pryor JB. Reducing AIDS-related stigma in developing countries: The importance of theory- and evidence-based interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 2008, 13(4): 450–460.
- 70) Cantisano N, Rimé B, Muñoz-Sastre MT. The social sharing of emotions in HIV/AIDS: A comparative study of HIV/AIDS, diabetic and cancer patients. *J Health Psychol Published Online*, 2012: 1-13.
- 71) Finkenauer C, Rimé B. Socially shared emotional experiences vs. emotional experiences kept secret: Differential characteristics and consequences. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1998, 17: 295–318.
- 72) Berkman LF, Syme SL. Social unan, host resistance, and mortality: A nine- year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 1979, 109: 186–204.
- 73) House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*, 1988, 241(4865): 540–545.
- 74) Wiener LS, Batles HB, Wood LV. A Longitudinal Study of Adolescents with Perinatally or Transfusion Acquired HIV Infection: Sexual Knowledge, Risk Reduction Self-efficacy and Sexual Behavior, *AIDS Behav.*, 2007, 11: 471–478, DOI 10.1007/s10461-006-9162-y, 21 September 2006.
- 75) Don Hoang BS, Dinh AT, Groce N, Sullivan LE. Knowledge and Perceptions of HIV-Infected Patients Regarding HIV Transmission and Treatment in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 2011, XX(x)1-12.
- 76) Kalichman SC, Benotsch E, Suarez T, et al. Health literacy and health-related knowledge among persons living with HIV/AIDS. *Am J Prev Med.*, 2000, 18(4): 325-331.
- 77) Kalichman SC, Ramachandran B, Catz S. Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *J Gen Int Med.*, 1999, 14: 267-273.

- 78) Ncube NB, Akunna J, Babadunte F, Narko A, Yatich NJ, Ellis W, Turpin A, Jolly PE. Sexual Risk Behaviour Among HIV positive Persons in Kumasi, Ghana. *Ghana Medical*, 2012, 46(1): 27-33.
- 79) Dia A, Marcellin F, Bonono RC, et al. Prevalence of unsafe sex with one's steady partner either HIVnegative or of unknown HIV status and associated determinants in Cameroon. *STI*, 2009, 1-16.
- 80) Crepaz N, Marks G. Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings. *AIDS*, 2002, 16: 135-149.
- 81) Kalichman SC. HIV transmission risk behaviors of men and women living with HIV-AIDS: prevalence, predictors, and emerging clinical interventions. *Clin Psychology Sci Practice*, 2000, 7: 32-47.
- 82) Ghana Statistical Survey and UNICEF. Monitoring and the situation of children and women: findings from the Multiple Indicator Cluster Survey 2006, *Preliminary Report*, Accra: GSS, UNICEF, USAID.
- 83) Ukwuani FA, Tsui AO, Suchindran CM. Condom use in preventing HIV infection/AIDS in Sub-Saharan Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 2003, 34(2): 203-213.
- 84) Volk JE, Kopman C. Factors associated with condom use in Kenya: A test of the Health Belief, Model. *AIDS Edu & Prev.*, 2001, 13(6): 495-508.
- 85) Benefo KD. Determinants of condom use in Zambia: A Multilevel Analysis. *Stud in Famuna*, 2010, 41(1): 19-30.
- 86) Çokar M, Anıl S, Sert G, Sözen Ş, Kayar H, Yüksel M. *AIDS, İnsan Hakları ve Yasalar, Türkiye'de AIDS Konusundaki Yasal Düzenlemeler ve Öneriler*, Pozitif Yaşam Derneği, İstanbul, Türkiye, 2005: 41-43.
- 87) Li L, Wu S, Wu Z, Cui S, Jia M. Understanding family support for people living with HIV/AIDS in Kunming, China. *AIDS and Behavior*, 2006, 10(5), 509-517.
- 88) Li L, Sun S, Wu Z, Wu S, Lin C, Yan Z. Disclosure of HIV status is a family matter: *Field notes from China. Journal of Family Psychology*, 2007, 21(2), 307-314.
- 89) Wen Y, Shi Y, Jiang C, Roger Detels & Di Wu. HIV/AIDS patients' medical and psychosocial needs in the era of HAART: A cross-sectional study among HIV/AIDS patients receiving HAART in Kunming, China, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 2012. DOI:10.1080/09540121.2012.729804
- 90) Lishman WA. Psychological consequences of cerebral disorder, *Organic Psychiatry*. 3. Basky, UK Blackwell Science, 1998: 315-323.

- 91) Bernstein JG. *Drug Therapy in Psychiatry*, 3. Baskı, St. Louis, Mosby, 1995: 468-471.
- 92) Janicak PG. Psychopharmacotherapy in the HIV-infected patient. *Psych Annals.*, 1995, 25(10): 613-619.
- 93) Özkan S. *Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul, 1993: 197-200.
- 94) Bruhn JG. Social and psychological aspects of AIDS, *HIV-Manual for Health Care Professionals*. RD Muma, BA Lyons, MJ Borucki ve ark. (Ed), Norwalk, Connecticut, Appleton & Lange, 1994: 261-279.
- 95) Grant I, Atkinson JH. Psychiatric aspects of acquired immune deficiency syndrome, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Kaplan HI, Sadock BJ, (Eds), 2. Cilt, 6. Baskı, Baltimore, Williams&Wilkins, 1995: 1644-1669.
- 96) Stober DR, Schwartz JAJ, McDaniel JS ve ark. Depression and HIV disease: Prevalence, correlates & treatment. *Psych Annals.*, 1997, 27(5): 372-377.

EKLER

EK 1. Gönüllü Çalışma Onam Formu.

EK 2. Anket Formu

EK 3. Etik Kurul Onayı

EK 4. Antalya Valiliği, İl Sağlık Müdürlüğü çalışma izni

EK 5. Antalya Valiliği, Halk Sağlığı Müdürlüğü çalışma izni

EK 1. Gönüllü Çalışma Onam Formu.

ONAM FORMU

Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım.

Yüksek lisans tezimde “HIV/AIDS Pozitif Kişilerde Psikososyal Ve Hukuksal Sorunların Tespiti.”konulu bir çalışma yapıyorum.

Bu çalışmada amacım, mahremiyetlerini son derece gizli olarak yaşaması gereken HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin, koşullarının neler olduğu, sosyal yönden iyilik haline ulaşmada neler gerektiği, konunun önemi bakımından da hukuksal süreçlere ihtiyaç duyulup duyulmadığını tespit etmektir.

Bu çalışmada hazırlanan sorulara verdiğiniz yanıtlar sadece bilimsel amaçlı kullanılacak olup, araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Araştırmada sadece, “kadın” “Erkek” gibi demografik bilgiler kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimliğiniz açığa çıkmayacaktır. Araştırmada maddi çıkarım yoktur. Bu araştırmaya katılmak size herhangi bir risk getirmeyecektir.

Bu araştırmaya katkınız ancak, toplumda HIV(+) kişilerin sorunlarını, koşullarını anlamamıza yardımcı olacaktır. Sorulara doğru yanıt vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu şartlar altında çalışmanın yapılmasına izin vermenizi talep ediyorum.

Züleyha TOKSOY
Araştırmacı

GÖNÜLLÜNÜN AÇIKLAMASI

Araştırmanın amacının HIV(+) kişilerin koşullarının neler olduğu, sosyal yönden iyilik hallerine ulaşmada neler gerektiği, konunun önemi bakımında da hukuksal süreçlere ihtiyaç duyup duymadıklarını tespit etmek ve gereksinimlerini anlamak olduğunu anladım.

Yukarıdaki bilgiyi okudum veya bana okundu. Sorularıma cevap verildi, araştırmanın amacını anladım, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün imzası(isterse).....

Araştırmacının imzası.....

Adı

Soyadı

(isminizin ilk harflerinden oluşan kod adı yazabilirsiniz)

Tarih:

Tarih:

EK 2. Anket Formu.

A. DEMOGRAFİK VERİLERİNİZ

Lütfen aşağıdaki soruları sizin için doğru olan seçeneği işaretleyerek veya boşlukları doldurarak cevaplayınız.

- 1- Yaşınız :
- 2- Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
- 3- Medeni Durumunuz: Evli Hiç evlenmemiş Boşanmış Eşinden ayrı yaşıyor
- 4- Eğitim Durumunuz:
Okuryazar İlkokul mezunu Ortaokul mezunu
Lise mezunu önlisans mezunu lisans mezunu lisansüstü mezunu
- 5- Eğitime dayalı diplomalı bir mesleğiniz var mı? Yok Var (lütfen yazınız).....
- 6- Tanı almadan önce ki yaptığınız iş: Çalışmıyor Emekli
Çalışıyor (lütfen yazınız)...
- 7- Şuan yaptığınız iş: Aynı işi yapıyorum Farklı iş yapıyorum (lütfen yazınız).....
- 8- Şu anki kişisel geliriniz? Ortalama aylık.....TL
- 9- Eşiniz/Eski eşiniz işi? Ev hanımı Emekli Çalışıyor (lütfen yazınız)....
Çalışmıyor
- 10-Eşinizin/Eski Eşinizin Eğitim durumu?
Okuryazar İlkokul mezunu Ortaokul mezunu
Lise mezunu önlisans mezunu lisans mezunu lisansüstü mezunu
- 11-Eşiniz/ Eski eşiniz HIV taşıyıcısı olduğunuzu biliyor mu?
Evet biliyor Hayır bilmiyor Başka bir hastalık olarak biliyor Diğer
- 12-Cinsel Tercihiniz?
Heteroseksüel (karşı cinsiyetle cinsel temas)
Biseksüelite (her iki cinsiyetle cinsel temas)
Homoseksüel (kendi cinsiyetiyle cinsel temas)
- 13- 18 yaşından önce anne/baba kaybı(vefat/boşanma) yaşadınız mı? Evet Hayır

B. HASTALIĞINIZA İLİŞKİN VERİLER

Lütfen aşağıdaki soruları sizin için doğru olan seçeneği işaretleyerek veya boşlukları doldurarak cevaplayınız.

- 13-Tanımanız? HIV enfeksiyonu AIDS evresi
- 14-İlk HIV/AIDS şüpheli tanısı nerde/nasıl tespit edildi?
İş başvurusu sağlık taraması
Evlilik öncesi testler sırasında
Kadın doğum gebelik öncesi/sonrası testler
Başka bir hastalığım nedeniyleservisinde
Kan bağışı sırasında
Diğer
- 15-HIV/AIDS tanısı ne zaman konuldu?ay önceyıl önce
- 16-Hastalığımızla ilgili tedavi alıyor musunuz?
Hayır, klinik takip ve tedavi almıyorum
Klinik takipteyim henüz tedavi başlanmadı
Tedavi aldım, bıraktım
Klinik takipteyim tedavi alıyorum
Diğer
- 17- Ne kadar süredir klinik takip ve tedavi alıyorsunuz?aydır yıldır

- 18- Aldığımız tedavinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
Evet Hayır Kısmen
- 19- Tanınız konulduktan sonra psikolojik yardım aldınız mı?
Evet aldım Hayır almak istemedim Almayı düşünüyorum İhtiyacım yok
- 20- HIV/AIDS konusunda bugüne kadar hiç bilgi aldınız mı? Hayır Evet
- 21- HIV/AIDS ile ilgili bilgiyi nereden aldınız bilgilendiriniz?
Sağlık personeli Okul Arkadaş, aile vb. Gazete, dergi, internet vb. Diğer ...
- 22- Hastalığımız hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz?
Yeterli miktarda bilgi sahibiyim Az miktarda bilgi sahibiyim Hiç bilgim yok
- 23- ilk ve son bakılan CD4 sayınızı biliyor musunuz?
Evet biliyorum (CD4 değeriniz: ilk bakılan.....son bakılan.....)
Hatırlamıyorum
Hayır bilmiyorum
- 24- ilk ve son bakılan viral yük sayınızı biliyor musunuz?
Evet biliyorum ¹ (ilk viral yük sayınız:son viral yük sayınız.....)
Hatırlamıyorum ²
Hayır bilmiyorum ³
- 25- HIV/AIDS tanınıza ek olarak başka bir kronik hastalığınız (, kalp hastalığı, şeker hastalığı,) varmı?
Hayır Evet (lütfen açıklayınız.....)
- 26- HIV/AIDS tanınıza ek olarak başka bir fırsatçı enfeksiyon (verem, hepatit, Akciğer enfeksiyonu, HSV, vb) geçirdiniz mi?
Hayır Evet (lütfen açıklayınız.....)
- 27- HIV/AIDS tanısı konulduktan sonra cinsel yaşamınızı ifade eden seçeneği işaretleyiniz?
Hiç cinsel yaşamım yok
Korunarak (kondom/prezervatif) sadece eşimle cinsel temasım var
Korunarak (kondom/prezervatif) birden fazla kişiyle cinsel temasım var
Korunmadan birden fazla kişiyle cinsel temasım var
Korunmadan sadece eşimle cinsel temasım var
- 28- kondom/prezervatif almak istediğinizde nerden alabileceğinizi/ulaşabileceğinizi biliyor musunuz?
Hayır Evet (lütfen açıklayınız.....)
- 29- kondom/prezervatif almak istediğinizde ticari adı (markasını) biliyor musunuz?
Hayır Evet (lütfen örnek veriniz.....)
- 30- Son 12 ay içerisinde bir seks işçisi (para karşılığı çalışan) ile cinsel temasınız oldu mu?
Hayır Evet
- 31- Son cinsel temasınızda kondom/prezervatif kullandınız mı?
Hayır Evet
- 32- Eşinizi/cinsel eşinizi HIV/AIDS virüsünden nasıl koruyorsunuz? lütfen açıklayınız?
- 33- Eşiniz/eski eşiniz veya cinsel eşinize HIV/AIDS testi yapıldı mı?

C. HASTALIĞINIZA İLİŞKİN YAŞANAN DURUMLAR

Lütfen aşağıdaki sorulardan sizin için doğru olan seçeneği işaretleyiniz.

	EVET DOGRU	HAYIR YANLIŞ
İş kaybı yaşamadım(işimi kaybetmedim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV enfeksiyonum nedeniyle işten çıkarıldım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV enfeksiyonum nedeniyle işe alınmadım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV enfeksiyonuma bağlı ortaya çıkan hastalık ve sakatlıklar nedeniyle işten kendi isteğimle ayrıldım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/AIDS nedeniyle eşimden ayrıldım/eşimi veya cinsel partnerimi kaybettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ailem/eşim bana destek oluyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eşim/eski eşim/cinsel partnerime durumum hakkında bilgi vermedim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ailemi üzmemek için HIV durumumdan bahsetmedim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eşim/ailem evde bana karşı, hastalık bulaşır endişesiyle, ayrımcılık yapıyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tedvik ve tedavi olabiliyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigorta olanaklarından yararlanamadığım için tıbbi tedavi kaybı yaşadım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bazı testlerin sigorta dışında kalması nedeniyle kayıp yaşadım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tıbbi masrafların (ilaç/tedavi masrafları) fazla olması nedeniyle kayıp yaşadım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaşlarıma HIV(+) durumumu paylaşmadığım için ilişkilerimde kayıp yaşamadım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaşlarım tarafından HIV/AIDS durumum nedeniyle dışlandım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaşlarım olgunlukla karşıladı destek oluyorlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/AIDS durumumu sağlık personeli dışında hiç kimse bilmiyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parasal kayıp yaşamadım,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV taşıyıcısı olmam nedeniyle iş bulamama/işten atılma nedeniyle parasal kayıp yaşadım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/AIDS birlikte, fırsatçı enfeksiyon ve sakatlıklar nedeniyle çalışmadığım için parasal kayıp yaşadım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tıbbi masrafların artması sonucu parasal kayıp yaşadım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/AIDS enfeksiyonum dan dolayı, sosyal dışlanma korkusuyla,sosyal ve kültürel (sinema,tiyatro,vb) aktivitelere katılamıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başka enfeksiyonlardan korunabilmek için evcil hayvanlarımdan uzaklaştım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Damgalanma ve ayrımcılık sonucu psikolojik kayıp yaşadım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. HAKLARINIZA İLİŞKİN YAŞANAN DURUMLAR

Lütfen aşağıdaki sorulardan sizin için doğru olan seçeneği işaretleyiniz.

HAKLAR	Böyle bir hakkınız olduğunu biliyor muydunuz?		Böyle bir hak ihlali yaşadınız mı?	
	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
Tıbbi gereklilik dışında, kişisel bilgilerin gizli tutulması hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tıbbi özen hakkı, Modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun tıbbi bakım hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Özel hayatın, aile yaşantısının gizliliği (mahremiyet) hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlık hizmetlerine ulaşma, adalet ve hakkaniyete uygun olarak yararlanma hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına saygı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İnsan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilme hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşam hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlık hizmetlerinin sunulmasında bedeni ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doktorunu kurumunu seçme ve nakil hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hizmetin sağlık kurum ve kuruluşu dışında verilmesi hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çalışma hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seyahat etme hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herkesin yaşama, maddi manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğitim ve öğrenim hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Güvenlik hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İşkence yasağı hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etkili İç hukuk yoluna başvurma hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eşitlik hakkı (ayrımcılık yapılmaması)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evlenme hakkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anayasamızın verdiği diğer haklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. HIV/AIDS HAKKINDA BİLGİLERİNİZ

Lütfen aşağıdaki sorulardan sizin için doğru olan seçeneği işaretleyiniz.

	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
HIV taşıyıcısı olmak ve AIDS aynı şeydir.(Y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV taşıyıcısı olduğu uzun yıllar bilinmeyebilir(D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Türkiye’de HIV en çok heteroseksüel ilişki ile bulaşmaktadır.(D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV taşıyıcılığı, tedavisi alındığı takdirde diyabet, hipertansiyon gibi kronik bir hastalıktır.(D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV sivrisinek ısırmasıyla bulaşır.(Y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV sosyal öpüşmekle ve sarılmakla bulaşmaz.(D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/AIDS tedavisinde kullanılan ilaçların hiçbir yan etkisi yoktur.(Y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV taşıyıcısı her hamile kadının bebeği HIV (+) doğar.(Y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV anneden bebeğe emzirme yoluyla bulaşır.(D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV her türlü korunmasız cinsel ilişki ile bulaşır(D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prezervatif kullanmak HIV geçiş riskini azaltmaz.(Y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV tükürükle bulaşır(Y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riskli cinsel ilişkiden hemen sonra HIV testi yaptırmak kesin sonuç verir.(Y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV taşıyıcısı olduğu bilinen bir kişiyle riskli cinsel temas veya yaralanma sonrası koruyucu ilaç tedavisi alınmanın bir yararı yoktur.(Y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CD4, viral yük ve kan testleri ³ tedavinin etkinliği ve bağışıklık sistemine ilişkin bilgi verir.(D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tedaviye tıbbi bir neden olmadan ara vermek ilaçlara karşı direnç gelişmesine neden olur.(D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV taşıyıcı kişiler korunmasız cinsel ilişki sonrası dirençli yeni bir HIV ile enfekte olabilir.(D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV tedavisi alan kişilerin düzenli olarak sağlık kontrolünden (kalp, kemik, karaciğer fonksiyon testleri, vb.) geçmesine gerek yoktur.(Y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV taşıyıcısı kişilerde korunmasız cinsel ilişki sonrasında gelişen cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar (frengi, gonore vb.) sağlığını olumsuz etkiler.(D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV taşıyıcısı bireylerin, beslenmesi ile bağışıklık sisteminin güçlenmesi arasında herhangi bir ilişki yoktur.(Y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV taşıyıcı anneden doğum sırasında, çocuğa HIV geçişi olmaz(Y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebelik sırasında antiretroviral tedavi ile çocuğa HIV geçişi önlenir(D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yemek paylaşımıyla HIV virüsü bulaşır(Y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortak enjektör kullanımıyla HIV virüsü bulaşabilir(D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan yoluyla HIV virüsü bulaşır(D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. HIV/AIDS TESPİTİ SONRASINDA YAŞADIKLARINIZLA İLGİLİ VERMEK İSTEDİĞİNİZ BAŞKA BİLGİLER VAR MI?

Hayır Evet

Evet ise;

- 1) Sağlık sorunu olarak yaşadıklarınız hakkında anlatmak istedikleriniz nelerdir
- 2) Psikolojik sorun olarak yaşadıklarınız hakkında anlatmak istedikleriniz nelerdir
- 3) Hukuksal sorun olarak yaşadıklarınız hakkında anlatmak istedikleriniz nelerdir

EK 3. Etik Kurul Onayı.



**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI**

12 Haziran 2012

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

22.05.2012 tarihinde toplanan Etik Kurulu'nun 2 numaralı kararı ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Saygılarımla,

**Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy
Etik Kurulu Başkanı**

Ek
Etik Kurulu Kararları

Okan Üniversitesi
Etik Kurulu
“Kurul Kararları”

Toplantı Tarihi: 22.05.2012

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy	(Başkan)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Üye)
Prof. Dr. Güliz Erginsoy	(Üye)
Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayırıcı	(Üye)

Toplantıya katılmayanlar:

Yrd. Doç. Dr. Belma Bekçi	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkçı	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 22.05.2012 tarihinde Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

1. Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü **Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı** öğrencisi **Gonca Buran**'ın “Sağlık Hizmetlerinde Marka Yönetimi” başlıklı yüksek lisans tez çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
2. Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü **Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı** öğrencisi **Züleyha Toksoy**'un “HIV/AIDS Pozitif Kişilerde Psikososyal ve Hukuksal Sorunların Tespiti” başlıklı yüksek lisans tez çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
3. Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü **Psikoloji Anabilim Dalı** öğrencisi **Merve Akçayır**'ın “Meme Kanseri Kadınların Strese Bağlı Gelişimleri ile Eş Varlığı ve Evlilik Uyumu İlişkisi” başlıklı yüksek lisans tez çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
4. Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü **Psikoloji Anabilim Dalı** öğrencisi **Özlem Arıkan**'ın “Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Doyumunun Kaynaklarının Korunması Modeli Çerçevesinde İncelenmesi” başlıklı yüksek lisans tez çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
5. Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü **Psikoloji Anabilim Dalı** öğrencisi **Funda Kıvrıkoğlu**'nun “Psoriasisli Hastalarda Aleksitimi ve Bağlama Stilllerinin Araştırılması” başlıklı yüksek lisans tez çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
6. Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü **Psikoloji Anabilim Dalı** öğrencisi **Başak Saraçoğlu**'nun “Ambulans Personelinde, Travma ve Tükenmişlik Düzeyleri İlişkisinde Başa Çıkma Yolları ve Yaşam Doyumu Etkisi” başlıklı yüksek lisans tez çalışması için başvurusunun görüşülmesi.


ASLI GİDİR

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 1-) Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü **Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı** öğrencisi **Gonca Buran**'ın "Sağlık Hizmetlerinde Marka Yönetimi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için talebi uygun görölüp oy birliği ile onaylanmıştır.

Karar 2-) Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü **Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı** öğrencisi **Züleyha Toksoy**'un "HIV/AIDS Pozitif Kişilerde Psikososyal ve Hukuksal Sorunların Tespiti" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için talebi uygun görölüp oy birliği ile onaylanmıştır.

Karar 3-) Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü **Psikoloji Anabilim Dalı** öğrencisi **Merve Akçayır**'ın "Meme Kanseri Kadınların Strese Bağlı Gelişimleri ile Eş Varlığı ve Evlilik Uyumu İlişkisi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için talebi uygun görölüp oy birliği ile onaylanmıştır.

Karar 4-) Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü **Psikoloji Anabilim Dalı** öğrencisi **Özlem Arıkan**'ın "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Doyumunun Kaynaklarının Korunması Modeli Çerçevesinde İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için talebi uygun görölüp oy birliği ile onaylanmıştır.

Karar 5-) Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü **Psikoloji Anabilim Dalı** öğrencisi **Funda Kıvrıkoğlu**'nun "Psoriasisli Hastalarda Aleksitimi ve Bağlama Stillerinin Araştırılması" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için talebi başvuru formunun tekrar hazırlanması şartı ile oybirliği ile onaylanmıştır.

Karar 6-) Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü **Psikoloji Anabilim Dalı** öğrencisi **Başak Saraçoğlu**'nun "Ambulans Personelinde, Travma ve Tükenmişlik Düzeyleri İlişkisinde Başa Çıkma Yolları ve Yaşam Doyumu Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için talebi uygun görölüp oy birliği ile onaylanmıştır.


ASLI GIBİDİR

ASLI GIBIDIR



Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy
(Başkan)

Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)

Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Üye)

Prof. Dr. Güliz Erginsoy
(Üye)

Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayırıcı
(Üye)

EK 4. Antalya Valiliği, İl Sağlık Müdürlüğü çalışma izni.



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



SAYI : B.10.4.ISM.0.07.07.00/ 321-36
KONU : Tez Çalışması

T.C. Antalya Sağlık Müdürlüğü	
-> ARAŞTIRMA VE SAĞLIK...	
23.07.2012	26528
Barkod No: 0369730	

VALİLİK MAKAMINA

Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bilim Dalı yüksek Lisans Programı öğrencisi Züleyha TOKSOY'un , Deri Tenasül Hastalıkları Dispanseri'nde "HIV/AIDS Pozitif Kişilerde Psikososyal ve Hukuksal Sorunların Tespiti" konulu tez çalışmasını yapması, Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Adem BİLGİN
İl Sağlık Müdürü

21 OLUR
.../.../2012

Halil Sedat CEVHEROĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı



İLETİŞİM
ADRES: Toros Mh. Atatürk Bulv. No:74 PK:07070

TEL: 0 242 228 48 48 FAX: 0 242 228 50 47
WEB: www.antalyasm.gov.tr

Detaylı Bilgi: Araştırma ve Sağlık Geliştirilmesi Şube Müdürlüğü Dahili Tel : 1425 E-Posta : sgantalyasm@gmail.com

EK 5. Antalya Valiliği, Halk Sağlığı Müdürlüğü çalışma izni.

T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

ANTALYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ
-> HALK SAĞLIĞI İNSAN KAYNAKLARI BİRİMİ
-<- ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ /ANTAL
YA

SAYI : B.10.4.HSK.4.07-2500/
KONU : Tez Çalışması

16.07.2012 004875



İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE
ANTALYA


İlgi: 11.07.2012 tarih 25347 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınızda adı geçen, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Züheyla TOKSOY' un Müdürlüğümüze bağlı Deri Tenasül Hastalıkları Dispanserinde "HIV/AIDS Pozitif Kişilerde Psikososyal ve Hukuksal Sorunların Tespiti" konulu tez çalışmasını yapmasında tarafımızca sakınca yoktur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Uz.Dr.Murat ÖZDEMİR
Halk Sağlığı Müdürü

2
S

T.C. Antalya Sağlık Müdürlüğü	
-> İL HALK SAĞLIĞI MÜDÜ...	
-<- ARAŞTIRMA VE SAĞLIĞI...	
17.07.2012	40330
	
Barkod No: 0388533	

İLETİŞİM: Adres: Soguksu Mah. K.Karabekir Cad. Defterdarlık Yanı P.K:07070
TEL : 0 242 2370390 Dahili:4440 Fax: 0 242 2370410
Detaylı Bilgi : İnsan Kaynak.