



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HIV POZİTİF BİREYLER VE AIDS HASTALARININ
ANTİRETROVİRAL İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMLARINI
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Erdal CEYLAN

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2016

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HIV POZİTİF BİREYLER VE AIDS HASTALARININ
ANTİRETROVİRAL İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMLARINI
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Erdal CEYLAN

HEMŞİRELİK PROGRAMI

**Bu Araştırma Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar
Birimi tarafından 3049 nolu proje ile desteklenmiştir.**

Ankara, 2016

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TEZ KABUL VE ONAY

HIV Pozitif Bireyler ve AIDS Hastalarının Antiretroviral İlaç Tedavisine Uyumlarını
Etkileyen Faktörler

Erdal CEYLAN

Yüksek Lisans Tezi

23.06.2016

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Ayşegül KOÇ

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Ülkü GÖRGÜLÜ POLAT

Yrd. Doç. Dr. Ayşegül KOÇ

Yrd. Doç. Dr. Bahar İNKAYA

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

03.06.2016

Erdal CEYLAN

TEŞEKKÜR

Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşegül KOÇ'a tez danışmanım olarak tüm katkılarından, yardımlarından ve desteğinden dolayı,

Sayın Prof. Dr. Serhat ÜNAL, Uzm. Dr. Ahmet Çağkan İNKAYA, Prof. Dr. Aygen TÜMER'e uzman görüşü katkılarından dolayı,

Sayın Afra ALKAN'a tezimin istatistiksel analizlerine katkılarından dolayı,

Sayın Prof. Dr. Serhat ÜNAL, Uzm. Dr. Ahmet Çağkan İNKAYA ve Prof. Dr. Aygen TÜMER'e Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli izni verdiklerinden dolayı,

Sayın Uzm. Dr. Ahmet Çağkan İNKAYA'ya tezin uygulaması boyunca yaptığı yardımlar ve öneriler için,

Sayın Emre KARA'ya tezimin veri toplama aşamasında verdiği destekler için,

Hastalarımıza, çalışmamıza katılmayı kabul edip bilgilerini bizle paylaştıkları için,

Bu günlere gelmemde büyük pay sahibi olan aileme yanımda olamasalar da uzaktan verdikleri tüm destekler için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. HIV/AIDS Tanımı	4
2.2. HIV/AIDS Hastalığının İnsidans ve Prevelansı.....	4
2.3. HIV Virüsünün Bulaşması	5
2.3.1. Cinsel Yolla Bulaşma	6
2.3.2. Kan ve Kan Ürünleri ile Bulaşma	6
2.3.3. Anneden Bebeğe Bulaşma.....	7
2.4. Korunma.....	7
2.5. Primer HIV Enfeksiyonu.....	8
2.6. HIV/AIDS Hastalığının Tanı Yöntemleri	9
2.7. HIV/AIDS’li Bireylerin Hemşirelik Yönetimi.....	10
2.8. HIV/AIDS’li Bireylerde Eğitim.....	11
3. MATERYAL VE YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Şekli	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	14
3.4. Verilerin Toplanması	15
3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	16
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	16
3.6. Araştırmanın Uygulanması	16
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	17
3.7.1. Bağımlı Değişkenler	17
3.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	17

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	17
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	18
4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA	24
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	34
7. KAYNAKLAR	36
8. EKLER.....	43
EK-1. HIV POZİTİF BİREYLER VE AIDS HASTALARININ UYUM DÜZEYİ VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK VERİ TOPLAMA FORMU	43
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU.....	46
EK-3. ARAŞTIRMANIN YAPILABİLMESİ İÇİN GEREKLİ İZİN YAZISI	47
EK-4. ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	48
EK-5. ÖZGEÇMİŞ.....	49

ÖZET

HIV Pozitif Bireyler ve AIDS Hastalarının Antiretroviral İlaç Tedavisine Uyumlarını Etkileyen Faktörler

Araştırma HIV Pozitif Bireyler ve AIDS hastalarının antiretroviral ilaç tedavisine uyumu ve ilaç uyumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğinde kayıtlı olan 310 HIV pozitif birey ve AIDS hastaları, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 158 HIV pozitif birey ve AIDS hastası oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen anket formları ile toplanmıştır. Ayrıca tedaviye uyum düzeyini belirlemek amacıyla Morisky İlaç Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde değerleri, ortanca, ki-kare ve Spearman testleri kullanılmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre hastaların %26.6'sının meşgul olmaları sebebiyle en az bir kez ilaç atladığı, % 28.5'inin aldığı ilaçların sayısını çok bulduğu, % 29.7'sinde ilaçlara bağlı yan etkiler geliştiği ve % 82.9'unun daha önce ilaçlarla ilgili eğitim aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %96.2'si sağlık elemanlarının tutum ve davranışlarından memnun olduklarını ve % 42,4'ü stigma yaşadığını ifade etmiştir. Katılımcıların % 61'inin ilaç tedavisine yüksek uyum gösterdiği belirlenmiştir. Sosyal destek, hastalık süresi, tedavi süresi ve ilaçlar hakkında bilgilendirme almış olma ile ilaç tedavisine uyum arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Hastaların ilaçların kullanımı konusunda bilgilendirilmeleri, hatırlatıcı yöntemlerin önerilmesi, sosyal destek kaynaklarının araştırılması, ilaç ve tedavi uyumunu olumsuz etkileyen faktörlerin belirlenerek çözümlerin üretilmesi, ilaç ve tedavi uyumunun artırılması açısından hemşirelik takibi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: AIDS, Antiretroviral Tedavi, Hemşirelik, Tedaviye uyum

ABSTRACT

Factors Related With Medication Adherence Among HIV Positive People and AIDS Patients

Aim of the study is to determine medication adherence among HIV positive people and AIDS patients and to determine the factors related with medication adherence.

The universe of the study is 310 HIV positive people and AIDS patients attending Infectious Diseases Polyclinic in Hacettepe University Hospital. The sample of the study was 158 HIV positive people and AIDS patients who accepted to join the study among universe. Data were collected from the respondents using interviewer-administered questionnaire. In addition, Morisky Medication Adherence Scale were used to determine medication adherence. Data were analysed using frequencies, hydrangea, Chi-Squared test and Spearman test. statistical significance set at $p < 0.05$.

According to results of our study, %26,6 of the respondents stated at least one dose missing, % 28,5 think that number of pills are much, % 29,7 stated side effects and % 82,9 express that they already had information about the use and potential side effects of drugs. In addition, %96,2 of the participants stated that they are satisfied about health care professionals' attitudes against them and % 42,4 of the respondents have stigma. %61 of the respondents found to be high adherent to Antiretroviral treatment. Social support, disease duration, medication duration and being informed about the antiretroviral regimen were found to be related with medication adherence.

Giving information about use of the antiretroviral regimen, using reminders, ensuring social support and determining factors that negatively affect the medication adherence are essential for high medication adherence among HIV positive people and AIDS patients.

Keywords: AIDS, Antiretroviral Treatment, Nursing, Medication Adherence

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

HIV	: Human Immunodeficiency Virus
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome-Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu
T. C.	: Türkiye Cumhuriyeti
ART	: Antiretroviral Tedavi
HAART	: Highly Activated Antiretroviral Treatment
NRTI	: Nükleozit/Nükleotit Revers Transkriptaz İnhibitörleri
NNRTI	: Non-Nükleozit Revers Transkriptaz İnhibitörleri
PI	: Proteaz İnhibitörleri
CD4	: Yardımcı T Hücreleri
IFA	: İndirekt İmmun Floresan Testi
WB	: Western Blot
KS	: Kaposi Sarkomu
PCP	: Pnömocystitis Carinii Jiroveci Pnömonisi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Hastalara ait tanıtıcı özellikler.....	18
Tablo 4.2. Hastaların tedaviye uyumlarının dağılımı	19
Tablo 4.3. Morisky ölçeğinin maddelerine verilen yanıtların dağılımı	20
Tablo 4.4. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre tedaviye uyumlarının dağılımı	20
Tablo 4.5. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre tedaviye uyumlarının dağılımı.....	21
Tablo 4.6. Korelasyon analizi	22
Tablo 4.7. Hastaların ilaçlarla ilgili tutum ve davranışları	23



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İlk defa 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde bir grup homoseksüel erkekte ve Haiti'den gelen göçmenlerde ender rastlanan Pnömocystitis carinii jiroveci pnömonisi (PCP) ve Kaposi sarkomu (KS) vakalarının tespit edilmesi ile AIDS hastalığı tanımlanmıştır. Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu [AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)], bağışıklık sisteminin etkisiz hale gelmesi ile fırsatçı enfeksiyonların hastalık tablosuna eklendiği bir enfeksiyon hastalığıdır (1).

Birleşmiş Milletler'in Temmuz 2015'te yayınladığı verilere göre dünyada toplamda 36.9 milyon HIV pozitif birey ve AIDS hastası bulunmaktadır (2). Ülkemizde ise Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2014 yılı haziran verilerine göre 8 238 HIV pozitif birey ve AIDS hastası vardır (3).

Günümüzde HIV pozitif bireyler ve AIDS'li hastalara yönelik geliştirilen antiretroviral tedavi (ART) ile HIV/AIDS'e bağlı mortalite ve morbiditeler azalmıştır. Fakat tedavi başarısı ve sağlığın korunması için ilaçların varlığının yanında ilaç ve tedavi uyumu büyük önem taşımaktadır (4). Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu tedavisinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için bireyin tedaviye uyumunun %90-100 arasında olması gerekmektedir (5). Antiretroviral tedaviye sıkı uyum; viral süpresyonun devamlılığının sağlanmasını, ilaçlara karşı direnç gelişimi riskinin azalmasını, sağlık düzeyinin iyileşmesini ve yaşam kalitesinin artmasını sağlar (6). Bu ilaçlar ek olarak HIV bulaşını da azaltırlar (7). Hemşireler hastaların tıbbi tedavisinde üstlendikleri rollerin yanı sıra hasta ve ailesi ile işbirliği yaparak hastanın ilacına, dolayısıyla tedavisine göstereceği uyumda çok önemli bir etkiye sahiptirler. Çünkü hemşireler hasta ile sürekli bir arada olan sağlık personeli olup, tedavi süresince hastanın davranışlarını değerlendirmekten sorumludurlar (8).

Tedaviye rağmen HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının tedaviye uyumu istendik seviyelerde değildir. Hansana ve arkadaşlarının ilaç uyumunu belirlemek amacıyla 346 HIV pozitif birey ve AIDS hastası ile yaptıkları çalışmada hastaların % 60'ının uyum oranı % 95'in üzerinde bulunmuştur (9). Tran ve arkadaşlarının 1016 HIV pozitif birey ve AIDS hastası ile yaptıkları, % 95'lik uyum oranı ve üzerinin uyumlu olarak nitelendirildiği çalışmada hastaların % 74.1'i uyumlu olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların % 8.5'i son bir hafta içinde doz atladıklarını, % 16.7'si de ilaçlarını almaları gereken saatten en az 2 saat geç aldıklarını ifade etmişlerdir (10). Talam ve arkadaşlarının tedavi uyum düzeyi ve tedavi uyumunu etkileyen faktörleri inceledikleri bir başka çalışmada hastaların sadece % 43.2'si uyumlu olarak bulunmuştur (11). Protopopescu ve arkadaşları tarafından 1010 HIV pozitif birey ve AIDS hastası ile yapılan, uyum düzeyi ve uyumsuzlukla ilişkili faktörlerin incelendiği diğer bir çalışmada hastaların sadece % 26'sı yüksek uyumlu olarak bulunmuştur (12). Pruiitt ve arkadaşlarının 514 HIV pozitif birey ve AIDS hastası ile yaptıkları, % 90 ve üzeri oranın uyumlu, altının ise uyumsuz olarak kabul edildiği ve hastaların 24 ay boyunca takip edildiği bir başka çalışmada katılımcıların sadece % 21'i uyumlu bulunmuştur (13).

Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu ile yaşayan bireylerde ilaç uyumu önemli olmasına rağmen ilaç uyumunun istendik seviyelerde olmaması sebebiyle hastaların tedaviye uyumunun değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. TÜBİTAK-ULAKBİM, YÖK Ulusal Tez Merkezi, Pubmed, Science Direct, Cochrane ve Wiley Online Library veri tabanları kullanılarak ülkemizdeki güncel literatür incelendiğinde HIV(+)/AIDS vakalarında tedavi uyumu ve tedavi uyumunu etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmış özgün esere rastlanmamıştır. Bu nedenlerden dolayı bu araştırma tasarısı ortaya çıkmıştır. Bu çalışma ile ülkemizdeki HIV pozitif bireylerin ve AIDS hastalarının antiretroviral ilaç tedavisine uyum düzeyleri belirlenecek, antiretroviral tedaviye uyumu etkileyen faktörler tanımlanacak ve uyumu artırmaya yönelik öneriler sunulacaktır. Böylece bundan sonraki hastaların daha yüksek ilaç uyum düzeylerine ulaşması sağlanmış olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, HIV(+) bireyler ve AIDS hastalarının ilaç tedavisine uyumlarının saptanması ve ilaç tedavisine uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- 1- HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının antiretroviral ilaç tedavisine uyumu düzeyleri nedir?
- 2- HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının antiretroviral ilaç tedavisine uyumunu etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HIV/AIDS Tanımı

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. Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu'na neden olan HIV virüsü (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü, Human Immunodeficiency Virus) 1983 yılında izole edilmiş olup, bu virüs vücudun savunma gücünü zayıflatmakta, yıkmakta ve normal koşullarda tedavi edilebilen hastalıklar, savunma gücü yetersiz kaldığından tedavi edilememektedir (14).

Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu sadece erişkinleri değil, bebek, çocuk, genç, yaşlı demeden herkesi etkileyebilen, henüz virüsün vücuttan atılmasını sağlayabilecek tedavisinin ve aşısının bulunmadığı bir hastalıktır. Yan etkileri fazla ve ekonomik olarak büyük yük getiren (aylık 1 500 - 2 000 TL) tedavisine rağmen, hastalıktan ölüm hemen hemen tamamen ortadan kalkmış ve yaşam boyu ilaç kullanımını gerektiren bir tür kronik hastalığa dönüşmüştür (15).

Hastalığın tanımlandığı ilk yıllarda HIV infekte vakaların az sayıda olması nedeni ile fazla ilgi çekmemiştir. Ne zamanki biseksüel erkekler aracılığı ile kadınlara ve infekte hamile kadınlardan da bebeklere geçmesi ile vakaların giderek artmaya başlaması ile tüm dünyanın odak noktası haline gelmiştir. (14).

2.2. HIV/AIDS Hastalığının İnsidans Ve Prevelansı

Birleşmiş Milletler'in 2015 yılı temmuz ayında yayınladığı verilere göre dünyada toplamda 36.9 milyon HIV pozitif birey ve AIDS hastası bulunmaktadır. Bunların 34.3 milyonu erişkin, 17.4 milyonu kadın ve 2.6 milyonu ise 15 yaşın altındaki çocuklardan oluşmaktadır (16). Bölgelere göre incelenecek olursa durum şu şekildedir:

- Aşağı Afrika: 25.8 milyon
- Ortadoğu ve kuzey Afrika: 240 000

- Asya ve Pasifik: 5 milyon
- Latin Amerika: 1.7 milyon
- Karayipler: 280 000
- Doğu Avrupa ve orta Asya: 1.5 milyon
- Orta-Batı Avrupa ve Kuzey Amerika: 2.4 milyon (2).

Ülkemizde ise ilk defa 1985 yılında üç HIV pozitif vaka bildirilmiş, daha sonra her yıl vaka sayılarında giderek artma gözlenmiştir. 1991 yılına kadar her yıl 30'lu rakamlarda olan yeni hasta sayıları, 2000'li yılların başından itibaren 150-200, 2005 yılından beri 300-350, 2011 yılı içinde 700-750 ve 2012 yılından beri ise 1 000 rakamının üzerine yeni hasta sayısı yükselmiştir. Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı Haziran 2014 verilerine göre 8 238 HIV pozitif birey ve AIDS hastası vardır (3). Kişi, virüsü eğer korunmasız yapılan cinsel temas ile aldı ise, hastalığın hiçbir belirti bulgu vermeyen ortalama 8-10 yıl gibi süresinin olması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda kişilerin sağlık kurumlarına yeterli başvurularının olmaması, kayıt sistemlerinin yeterli olmaması bu sayının daha fazla olduğunu düşündürmektedir. HIV enfeksiyonuna ülkemizde en sık 20-49 yaş arası ve erkeklere % 85, kadınlara % 15 oranında rastlanmaktadır (3).

2.3. Virüsün Bulaşması

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü, genel olarak, 4 vücut sıvısı aracılığı ile bulaşır; kan, meni, vajinal ve anal sekresyonlar ile anne sütü. İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü'nün bulaşması için HIV enfekte bir sıvının enfekte kişiden enfekte olmamış kişiye transferi gerekir. Ancak sıvının enfekte olmamış kişiye dokunması enfekte olmak için yeterli değildir. Çünkü sağlıklı bir deri HIV'in vücuda girişini engelleyen mükemmel bir bariyerdir. Enfekte olmayan kişinin derisindeki kesi veya yara yolu ile veya anüs, rektum ve genital bölge gibi mukoz membranlar yolu ile HIV bulaşır (1).

Dünyada HIV'in yayılmasını sağlayan en önemli bulaşma yolu heteroseksüel cinsel temastır (>%75). HIV, enfekte kişinin vücut sıvıları (meni, vajinal sekresyonlar ve kan) ve enfekte olmayan kişinin kan veya mukoz membranları

arasında doğrudan bir teması içeren cinsel ilişki ile bulaşır. HIV enfekte kişiyle cinsel temasın sayısı bulaşmayı etkileyen bir faktördür (1).

2.3.1. Cinsel yolla bulaşma

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü'nün en önemli bulaşma yolu korunmasız yapılan cinsel temastır. Korunmasız yapılan her türlü cinsel temasla (vajinal, oral, anal) HIV bulaşabilmektedir. Bu tür bulaşmaya bağışık kimse yoktur. Ancak kan, kadın ve erkeğin cinsel salgıları ile temasa neden olabilecek her türlü cinsel aktivitede bulaşma riski bulunmaktadır. Bulaşma için HIV pozitif kişi ile yapılan tek bir cinsel temas bile yeterlidir, cinsel temas sayısı arttıkça bulaşma olasılığı artmaktadır (15,16).

Hastalığın tanımlandığı 1980'li yılların başlarında en sık rastlanan bulaşma yolunun korunmasız yapılan homoseksüel cinsel temas olduğu bildirilirken, bugün HIV'in pek çok ülkede % 60-65 oranında korunmasız yapılan heteroseksüel cinsel temas ile bulaştığı bilinmektedir (1,15).

2.3.2. Kan ve kan ürünleri ile bulaşma

Kanda virüsün yoğun miktarda bulunması nedeni ile virüsü taşıyan kişilerden alınmış kan ve kan ürünleri ile hastalık bulaşabilmektedir. 1985 yılında HIV'e karşı yapılan antikor testlerinin bulunması ile dünyanın her yerinde kan ve kan ürünlerinin hastaya verilmeden önce HIV yönünden test edilmesi zorunlu bir hale getirilmiştir (15).

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü, deriyi delen aletler (ilaç enjektörleri, traş bıçağı, dövme iğneleri veya sünet aletleri gibi) yoluyla da bulaşır. Bu bağlamda intravenöz yolla ilaç kullananlar önemli bir risk grubudur. Çünkü bu tür madde bağımlıları kullandıkları enjektörleri paylaşırlar ve birbirlerine virüsü bulaştırırlar. Sağlık bakım ünitelerinde çalışan sağlık personeli bulaş bakımından risk altındadır. HIV enfekte iğne veya diğer keskin nesnelere temas ile batması sonucu sağlık çalışanlarına HIV bulaşabilir (1).

2.3.3. Anneden bebeğe bulaşma

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü gebelik süresince, doğum sırasında ve emzirme ile bebeğe geçebilmektedir. Bu olasılık % 20-30'dur. Ancak HIV pozitif anne gebeliği süresince de tedavi almaya devam ederse bu oran % 2-3'lere kadar düşürülebilmektedir (15,16). İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü pozitif gebenin doğumu 38. haftada sezaryen ile yapılmalıdır. Bebeğin doğumdan sonra belli süre tedavi alması, hekim kontrolü altında olması gerekmektedir. Emzirme ile HIV bebeğe bulaşabileceğinden, anne bebeğini emzirmemelidir (15).

2.4. Korunma

Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu hastalığında henüz virüsün vücuttan atılmasını sağlayabilecek tedavisinin olmayışı ve aşı çalışmalarının da devam ediyor olması nedeni ile hastalığın yayılmasının kontrolünün zor olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca yaşam kalitesini artırıp, yaşam süresini uzatan tedavilerin ve fırsatçı infeksiyonların önlenmesi ve tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkilerinin olabilmesi ve yüksek maliyetli olması erken dönemde HIV/AIDS'e özel bir önemin verilmesini ve hastalıkla ilgili eğitimlerin, bilgilendirmelerin hızla yapılmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Korunma, virüsün cinsel yolla, kan yolu ile ve anneden bebeğe geçişi önleme esasına dayanmaktadır (15).

En sık bulaşma korunmasız yapılan cinsel temasla olduğu için bu yolla korunma büyük önem taşımaktadır (15,17). Cinsel temas sırasında prezervatif (kondom, kılıf, kaput) kullanılmasının koruyuculuğu, kondomun lateks olması, doğru ve devamlı kullanılması, yırtık veya delik olmaması kaydıyla ispatlanmıştır. Kadınlar için özel olarak hazırlanmış kondomlar da doğru ve devamlı kullanımda etkili olmaktadır (15).

Kan ve kan ürünleri ile bulaşmaya karşı korunmaya yönelik olarak damar içi madde kullanımı alışkanlığının önlenmesi, tedavi edilmesi, ortak enjektör kullanımı risklerinin anlatılması bu grup hastalarda HIV bulaşma riskini azaltmaktadır (15,17). Bazı Avrupa ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletleri'nde devlet tarafından temiz enjektör dağıtım programları uygulanmakta ve önemli ölçüde başarı sağlandığı

bildirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde enjektör paylaşımının azaldığı, steril iğne alınışında ve iğne temizleme işlemlerinde artma gözlemlendiği saptanmaktadır (15).

Anneden bebeğe geçişin önlenmesi için doğurganlık yaşındaki ve HIV enfeksiyon riski belirlenmiş olan kadınlara bulaşma ve korunma yollarının öğretilmesi önemlidir. Eğer kadın HIV pozitif ise doğum kontrol yöntemleri öğretilmelidir. Bazı ülkelerde gebe kalan HIV pozitif kadınlara erken dönemde kürtaj yapılması önerilmektedir. Eğer anne adayı bebeği doğurmakta ısrarlı ise gebeliğin belli ayında anneye, doğumdan sonra da bebeğe tedavi başlanmakta ve hasta yakın takibe alınmaktadır (15). Anne sütü ile virüsün geçişi gösterildiğinden annenin bebeği emzirmemesi önerilmektedir (15,17).

Sağlık personeli hastanın hikayesi ve fizik muayene ile HIV pozitif bireyleri ve AIDS hastalarını ayırt etme şansına sahip olamadıklarından tüm hastaların kan ve diğer vücut sıvılarını potansiyel infekte kabul ederek standart önlemlere uyarak çalışmalıdırlar (15).

2.5. Primer HIV Enfeksiyonu

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü, vücuda alındıktan 1-6 hafta içerisinde ilk çoğalma döneminde akut enfeksiyona neden olur. Bu dönemde klinik bulgular, HIV enfeksiyonuna özgü değildir ve değişkendir (16). Bu sendrom akut viral sendroma benzemektedir. Semptomlar bir veya birkaç hafta içinde virüse immün cevaba veya plazmadaki virüs miktarına bağlı olarak ortaya çıkar (17).

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü, başlangıçta submukozal tabakalardaki makrofaj/dendritik hücreleri enfekte eder; sonra bu hücreler vasıtasıyla replikasyon ve yayılmanın gerçekleşeceği lenf düğümlerine taşınır. Virüsün bulaşmasından 2-4 hafta sonra HIV enfekte kişilerin % 87'si birkaç gün boyunca grip benzeri semptomlar gösterir. Akut HIV sendromu da denilen bu dönemde karşılaşılan semptomlar, ateş (% 96), titremeler, baş ağrısı (% 32), gece terlemeleri, kırgınlık, artralji (% 54), makulopapular döküntü (% 70), myalji, ishal (% 32), baş ağrısı (% 32), bulantı kusma (% 27), karaciğer/dalak büyümesi (% 14), pamukçuk (% 12), lenf bezlerinde şişme (% 74) ve farenjit (% 70) (15,16). Bazen Guillain-Barré sendromu gibi nörolojik komplikasyonlar ve Bell felci görülür (15). Bir kısım vakada

menenjit, ensefalit gibi sinir sistemi bulgularına rastlanır (16). Semptomların çoğu 7-10 gün sonra geçer. Bu aşamada olan hastalar genital sıvılarındaki yüksek HIV miktarı nedeniyle son derece bulaştırıcıdır (1,16).

En son dönemde ise bağışıklık sistemi fonksiyonlarında şiddetli bir azalma, yoğun HIV replikasyonu, antijen sunumunun durması ve enfeksiyonlara duyarlılığın artması karakterizedir (1).

Yardımcı T hücreleri (CD4) sayısı $350/\text{mm}^3$ olduğunda hasta *Mycobacterium tuberculosis*, *Streptococcus pneumoniae* ve *varicella zoster* virüsü gibi patojenlere duyarlı hale gelir. Genç hastalarda zona gelişebilir. Düşen CD4 hücresi sayısı $200/\text{mm}^3$ 'e yaklaştığında tekrarlayan oral ve vajinal kandidoz sorun oluşturmaya ve etkeni *Epstein-Barr* virüsü olan oral kıllı lökoplaki dilin yan kısımlarında görülmeye başlar. Yardımcı T hücreleri (CD4) sayısı $200/\text{mm}^3$ 'ün altına düştüğünde *Pneumocystis Jiroveci* Enfeksiyonu (PCP) yaygın olarak görülür. Ayrıca hastada serebral toksoplazmosis ve özofageal kandidoz gelişebilir. Kaposi Sarkom görülebilir. En yaygın ikinci AIDS tanımlayıcı kötü huylu tümör olan Non-Hodgkin lenfoma görülebilir. Bu kanser türü HIV enfekte kişilerde enfekte olmayanlara göre 100 kat daha yaygındır (1).

2.6. HIV/AIDS Hastalığının Tanı Yöntemleri

- İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü'ne karşı özgül antikorların gösterilmesi
- ELISA
- Çabuk aglütinasyon tarama testi
- Western Blot (WB)
- İndirekt immün floresan testi (IFA)
- İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü antijeninin tayini (p24 antijen testi)
- İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü'nün nükleik asidinin gösterilmesi
- Hücre kültüründe virüs izolasyonu
- Yardımcı T hücresi (CD4) sayısı ve yüzdesi
- Eşlik eden enfeksiyonlar ve yandaş hastalıklar için yapılan özel testler (18).

2.7. HIV/AIDS'li Bireylerin Hemşirelik Yönetimi

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü pozitif olan bireyler ve AIDS hastalarında tüm sistemlerini ilgilendiren ve hemşirelik bakımı gerektiren sorunlar vardır. Bu sorunlar fiziksel ve psikososyal sorunlar olmak üzere iki gruba ayrılabilir. Fiziksel sorunlar; immünoşüpresyon, solunum sıkıntısı, diyare, kilo kaybı, yorgunluk, ateş ve ağrıdır (19). Ayrıca ateş, bulantı, kusma ve ağızda pamukçuk görülebilir (15,16). Psikososyal sorunlar ise anksiyete, depresyon, ölüm korkusu ve bilgi eksikliğidir (19).

Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu'nda ciddi ağırlık kaybıyla beraber beslenme sorunları da ortaya çıkar. Bu durum fiziksel değişime yol açarak kişinin psikolojisini ciddi şekilde etkiler. Malnutrisyon (beslenme yetersizliği) birçok problemi beraberinde getirir ve kötü beslenmede birden fazla etken yer alır. Enfeksiyonun klinik safhasında beslenme yetersizliği nedenleri; anoreksi (iştahsızlık) ve çeşitli ağrılardır (20).

Ağızda çıkan yaralara yönelik hemşireler hastalara ağız bakımı ve yeterli beslenmelerinin önemi hakkında bilgilendirme yapmalıdır. Pamukçuk varsa sodyum bikarbonat ile ağız bakımı yapılır. Diyet yumuşak ve sulu gıdalardan düzenlenir. Ağızdan beslenemeyen gavaj yolu ve intravenöz yol ile beslenir. Dudaklar vazelinlenir (21). Yeterli sıvı almaları sağlanmalıdır. Proteinli ve kalorili yumuşak gıdalarla beslenmeleri önerilmelidir. Düzenli olarak serum elektrolitleri değerlendirilmelidir. Hastaların kilo takibi düzenli aralıklarla takip edilmelidir (19).

Bulantı ve kusmaya yönelik beslenmeden 30 dakika önce antiemetik ilaçlar verilir. Daha az ve sık aralarla hasta beslenir. Hastalar karbonhidrat, protein ve vitaminden zengin gıdalar ile beslenmelidir (21).

İmmünoşüpresyon sebebiyle en sık görülen sorunlardan biri olan enfeksiyon riskine yönelik enfeksiyon risk faktörlerinin en aza indirilmesi, enfeksiyonun erken tanısı ve uygun tedavisi için hastaneye yatan HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının odasına girerken ve çıkarken eller antimikrobiyal ajanlarla temizlenmelidir. Bariyer önlemler alınarak hastanın kan vb. sıvıları ile bulaş önlenmelidir. Hastaya yüksek standartta kişisel hijyenik bakımın verilmesinin önemi

anlatılmalı ve hijyenik bakım sağlanmalıdır (19). Odada çiçek bulundurulmamalıdır (21).

Solunum sıkıntısı olan hastalarda oksijen verilir. Postural drenaj yapılır. Pnömonili hastada antibiyotik tedavisi yapılır. Hasta istirahat ettirilir. Uzun süreli diyarede intravenöz yolla sıvı elektrolit kayıpları yerine konur. Yağdan fakir ishal diyeti düzenlenir. Aldığı çıkardığı takibi yapılır. İnkontine hastalarda deri kuru ve temiz tutulmalıdır. Yatak takımları kırıksız, düzgün olmalıdır (21).

Deri ile ilgili sorunlardan, kaposi sarkomu lezyonları (inflamatuar vasküler bir tümör) varsa hastaya sıkı olmayan yumuşak giysiler giydirilir. Deri bakımında iritan olmayan sabunlar kullanılır. Kuruluk, kaşıntıya karşı deri nemli tutulur. Pozisyonu sık değiştirilir. Yeterli beslenme ve sıvı alımı önemlidir. Herpes simpleks virüs enfeksiyonu olan hastalarda antiviral pomatlar kullanılır (21).

Konfüzyon oluşmuşsa hasta travmalardan korunur. Yatak kenarlıkları kaldırılır, yastıklarla yanlar desteklenir. Hasta yalnız bırakılmaz. Odada fazla eşya olmamalıdır (19, 21).

Hasta; ailesi arkadaşları ve toplum tarafından dışlanmış olabilir. Endişe, korku ve güvensizlik içindedir. Hastaya psikiyatrik destek sağlanmalı. Sözel olarak konuşulmalıdır. Hasta ve ailesi hastalığın komplikasyonları, bulaştırıcılığın nasıl olduğu, ilaçların yan etkileri konusunda eğitilmelidir (21).

Hemşirelerin müdahale edecekleri sorunlardan biri de stigmadır . Bu bağlamda hemşirelerin HIV/AIDS ile damgalanmaya karşı sorumlulukları 4 başlıkta toplanabilir; bilgilendirme/egitim yaklaşımları, baş etme yeteneklerinin kazandırılması, danışmanlık yaklaşımı, ve etkilenen gruplarla iletişimin sağlanmasıdır (22).

2.8. HIV(+)/AIDS’li Bireylerde Eğitim

Günümüzde hemşireler HIV/AIDS konusundaki sağlık eğitiminin en temel sorumluları olarak görülmektedir. Toplum genelinde özellikle gençler, hamile kadınlar, okul çocukları, ebeveyn grupları, seks işçileri ve madde bağımlıları başta

olmak üzere çeşitli insan grupları HIV/AIDS hakkında bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar. Toplumla iç içe olan ve özellikle sahada hizmet veren hemşireler, HIV/AIDS eğitimcileri olarak en başarılı bilgilendirmeyi sağlayabilecek sağlık çalışanlarıdır. Ayrıca, ebeler, geleneksel iyileştiriciler, diğer sağlık çalışanları, gönüllüler, aile üyeleri, hasta bakıcılar, arkadaşlar, dini liderler, idareciler, halk sağlığı çalışanları ve diğer sosyal servis personeli de HIV'in yayılımının önlenmesi açısından hemşirelerden hizmet ve bilgi desteği alabilmektedirler. Özellikle bu grupların konuyla ilgili eğitim süreçlerinde hemşirelerin çok önemli katkıları söz konusudur (23).

Hemşirelerin hastalara yapacağı eğitimin en önemli ögesi hastalığın ne olduğu, tedaviden beklenen sonuçların neler olduğu ve uzun süreli ilaç tedavisine uyumlarının tedavilerinde önemli olduğunun vurgulanmasıdır. İzlemler sırasında hemşireler hastanın gereksinimlerine yönelik olarak gerekli bilgileri verir, ilaç yan etkileri ile baş etmelerinde gereksinimlerine yönelik olarak gerekli bilgileri verir ve ilaç yan etkileri ile baş etmelerinde yardımcı olur. Bu da ayaktan tedavi olan ya da hastanede tedavi olup taburcu olan hastaların ilaç tedavilerine uyumlu olmaları konusunda sağlık kurumunda ya da evde gerekli destek, danışmanlık ve izleme hizmetlerinin sağlanması ile gerçekleşebilir (8).

Eğitim verilmesi gereken bir diğer konu da stigmadır. Sağlık bakım hizmetlerinin verildiği yerlerde damgalanmanın azaltılması için hastalığa yönelik bilgilendirici hizmet içi seminerlerin düzenlenmesi ve bunların periyodik aralıklarla gerçekleştirilmesi hastalara karşı damgalamayı azaltacaktır. Halka açık panel, seminer, konferans gibi toplantılar düzenleyerek ya da bunlara destek vererek damgalama ve ayrımcılığa karşı mücadeleye katkı sağlayabilirler. Yapılacak akran eğitimleri ve grup tartışmaları ile hem hastalığa yakalanma riski azaltılabilir hem de hastalara karşı damgalamanın önüne geçilebilir (22).

Psikososyal destek de HIV pozitif bireyler ve AIDS hastaları için önemlidir. Hemşirenin hastasını psikososyal yönden değerlendirmesi; hastanın içinde bulunduğu durumu nasıl algıladığını anlamasına, baş etme davranışları (rol-play, gevşeme, senaryo) geliştirmesine ve hastalığa gösterdiği tepkiler arasında etkili olmayanlar varsa bunları değiştirip düzeltmesine yardımcı olabilir (22).

Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu hakkındaki birçok yanlış bilgilendirme ve halk arasındaki yanlış inanışlar sürekli eğitim çabalarıyla giderilebilir. Bu tür eğitimler, HIV/AIDS ile yaşıyan insanlara verilecek bakımı olumlu yönde iyileştirecek ve bakımı verenlerin korkularını giderecektir. Ayrıca bakım hizmetini alan hastaların da korkuları, utanç duyguları ve dışlanma düşünceleri asgari düzeye inecektir (23).



3.MATERYAL VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının tedaviye uyum durumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Polikliniğinde yapılmıştır. Bölümde üç tane hasta muayene odası bulunmakta, odaların birinde sabit duran enfeksiyon hastalıkları uzmanı, diğer ikisinde aylık olarak değişen iki asistan doktor bulunmaktadır. Hastalar primer olarak uzman doktorun takibindedir. Pazartesi, çarşamba ve cuma günleri HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının muayene ve ilaç reçete etme günleridir. Hastalar ilaçları bittiğinde yeniden reçete etmek için ya da 3-6 aylık rutin kontrolünü yaptırmaları için bu bahsedilen günlerde kabul edilmektedirler. Kontrol için gelen hastaların kanları alınmakta, rutin fiziksel değerlendirmeleri yapılmakta ve öğleden sonra tüm sonuçlar değerlendirilerek yeni tedavi planı hastayla beraber yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Polikliniği takibinde olan 310 HIV pozitif birey ve AIDS hastası oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise 7 Eylül 2015-27 Nisan 2016 tarihleri arasında servise başvuran ve çalışmamıza katılmayı kabul eden 158 HIV pozitif birey ve AIDS hastası birey oluşturmuştur. Örneklem hesabı “ $n=k.t.r$ ” (k = katsayı, r =sorudaki seçenek sayısı, t = soru sayısı) formülüne göre hesaplanmıştır. Evreni bilinen örneklem hesabı yapıldığında 153 kişiye ihtiyaç olduğu bulunmuş olup belirtilen tarihler arasında çalışmaya katılmayı kabul eden 158 hasta araştırmamızın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil olma kriterleri olarak;

• Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu'na yönelik ilaç tedavisi görüyor olmak.

• On sekiz yaş ve üstünde olma

• Bilgilendirilmiş onam formunu okuyup çalışmaya katılmayı kabul etmek

Dışlanma kriterleri olarak;

• Araştırmaya katılmayı kabul etmemek

• Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu'na sahip olup herhangi bir ilaç tedavisi almıyor olmak belirlenmiştir.

Dahil olma ve dışlanma kriterleri dikkate alındığında çalışmaya katılmayı kabul etmeyen on hasta, daha önce tanı alıp henüz ilaç tedavisi başlanmamış üç hasta, hastalarla anket doldururken gelip giden ve göremediğimiz sekiz hasta ve yeni tanı alıp henüz yeni ilaç tedavisine başlanmış olan yedi hasta olmak üzere toplamda 28 hasta çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Araştırmada hastaların demografik verilerinin belirlenmesi için ve ilaç uyumunu etkileyen faktörleri belirleyebilmek için araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan veri toplama formu kullanılmıştır (EK 1). Formun bu kısmında hastaların sosyodemografik verileri, kullandıkları ilaçlar, ilaçları ne sıklıkta ve hangi dozlarda aldıkları soruları yer almaktadır. Daha sonra ise cevapları “evet” ve “hayır” şeklinde olan ve ilaç uyumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik hazırlanan 18 soru bulunmaktadır. Bu 18 soruda ilaç uyumunu etkileyebilecek olan olası sebepler listelenmiş olup literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Hemen ardından son soru olarak da ilaçlarını unutmamak için kullandıkları bir yöntemin olup olmadığı ve var ise ne olduğu sorulmuştur. Veri toplama formunun son bölümünde ise ilaç uyumunun belirlenmesi için geçerlilik güvenilirlik çalışması Vural ve arkadaşları tarafından yapılmış olan ve altı sorudan oluşan Modifiye Morisky İlaç Uyum Ölçeği yer almaktadır (24). Bu ölçek altı

sorudan oluşmaktadır. Sorular şunlardır; “İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?”, “İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?”, “Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?”, “Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestığınız oldu mu?”, “İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?”, “Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı reçete ettirmeyi unuttuğunuz oluyor mu?”.

Veriler, özel bir odada hastaların mahremiyeti sağlanarak veri toplama formunun hastalara verilerek kendilerinin doldurması istenerek toplanmıştır. Bazı hastalarda ise veri toplama formundaki sorular araştırmacı tarafından sorularak araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmada anket soruları öncelikler kapsam geçerliliği açısından değerlendirilebilmesi amacıyla HIV/AIDS enfeksiyonu alanında uzman üç öğretim üyesinin ve bir enfeksiyon uzmanının görüş ve önerilerine sunulmuştur. Alınan görüş ve öneriler doğrultusunda anket formlarında gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra anketin kullanılabilirliğini tespit etmek amacıyla Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Polikliniği'ne 7-11 Eylül 2015 tarihleri arasında gelen 10 hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlara göre anket formlarında birbirinin benzeri olan iki sorudan biri çıkarılmış, net olmayan iki soru farklı şekilde yazılarak net olmaları sağlanmıştır. Ardından araştırmanın uygulama aşamasına geçilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma 7 Eylül 2015-27 Nisan 2016 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Polikliniğinde yapılmıştır. Pazartesi, çarşamba ve cuma günleri HIV pozitif bireyler ve AIDS hastaları için poliklinik günleri olduğu için ilgili günlerde her sabah 9.00'dan 12.00'a kadar kaç hasta geldiyse onlarla görüşülmüştür. Doktor, hastaların muayenelerini ve isteklerini yaptıktan sonra tahsis edilen odaya hastaları yönlendirmiş ve hastalarla görüşmeler mahremiyet ilkesi gözetilerek yapılmıştır. Gelen hastalarla kısa bir tanışmadan sonra araştırma ile ilgili olarak açıklama

yapılmış ve onam formu okutularak hastaların veri toplama formunu doldurmaları istenmiştir. Okuma yazması olmayan, görme sorunu yaşayan ve verdikleri cevapların tarafımızca formlara kaydedilmesini talep eden hastalarda ise veri toplama formundaki sorular araştırmacı tarafından sorulup araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı Değişkenler

Çalışmanın bağımlı değişkeni Modifiye Morisky İlaç Uyum Ölçeği puanına göre belirlenecek olan tedaviye uyum durumu ve tedaviye uyumu etkileyen faktörlerdir.

3.7.2. Bağımsız Değişkenler

Hastalara ait özellikler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, ekonomik durum, tedavi süresi, meşgul olma ve sosyal destek varlığı.

Tedaviye ilişkin özellikler: İlaçların sayısı, günlük alınan doz sayısı, ilaçların tadı, ilaçlara bağlı yan etkiler, tedaviye yönelik bilgilendirme yapılma durumu, sağlık personelinin memnuniyet, sosyal destek kaynaklarının varlığı ve ilaçları hatırlama yönteminin varlığı.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli Etik Kurul izni Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02.09.2016 tarihinde alınmıştır (EK 2). Ardından araştırmanın yapıldığı Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Polikliniği sorumlularından yazılı izin alınmıştır (EK 3).

Tüm bilgiler Helsinki Deklerasyonu'na bağlı kalınarak toplanmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı, önemi ve veri toplama formları ile ilgili bilgi verildikten sonra kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı ve doldurdukları anketler ile

kişisel bilgilerine araştırmacılardan başka kimsenin ulaşamayacağı konularında bilgilendirme yapılmıştır. Hazırlanmış olan bilgilendirilmiş onam formu katılımcılara okutularak çalışmaya katılımın gönüllü olduğu anlatılmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada yer alan yaş, hastalık süresi, kullanılan ilaç sayısı gibi değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Değişkenler normal dağılmadığı için ortanca (minimum-maksimum) ile ifade edilmiştir. Cinsiyet, eğitim durumu, tedaviye uyum durumu gibi kategorik değişkenler sayı (%) şeklinde gösterilmiştir.

Hastaların demografik özellikleri ve anket formundaki bazı sorulara verdikleri yanıtlara göre tedaviye uyumları karşılaştırılırken Ki-kare testlerinden yararlanılmıştır. Cinsiyete göre karşılaştırma yapılırken transseksüel olan bir hasta analizden çıkarılmıştır. Kullanılan ilaç sayısına göre karşılaştırmalarda dörtlü rejim kullanan üç hasta üçlü rejim kullanan hastalarla beraber ele alınmıştır. Yaş, hastalık süresi, ilaç kullanma süresi, kullanılan ilaç sayısı ve günlük doz miktarı ile Moriksy ölçek puanı arasındaki ilişkiler Spearman rho katsayısı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012, IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı, grafik çizimi için Microsoft Excel 2013 kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya alınan hastaların % 80.4'ünün (n=127) erkek, % 19.0'unun (n=30) kadın, bir kişinin ise transseksüel olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş aralığı 19-74 olup ortalama yaş 38 olarak hesaplanmıştır. Hastaların % 51.3'ünün (n=81) evli olduğu görülmüştür. Üç hastanın (% 1.9) sosyal güvencesinin olmadığı, ortalama ilaç tedavisi süresinin 3.0 yıl (min-maks:0-26 yıl) olduğu tespit edilmiştir. Hastaların % 61.4'ünün iki ilaçlı rejim kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastalara ait tanımlı özellikler.

Özellik	Ortanca (min-maks) n (%)	Özellik	Ortanca (min-maks) n (%)
Cinsiyet		Ekonomik durum	
Erkek	127 (80.4)	Çok iyi	5 (3.2)
Kadın	30 (19.0)	İyi	51 (32.3)
Transseksüel	1 (0.6)	Orta düzey	93 (58.9)
Yaş	38.0 (19-74)	Kötü	9 (5.7)
Medeni durum		Sosyal güvence durumu	
Evli	81 (51.3)	Yok	3 (1.9)
Bekar	77 (48.7)	Var	155 (98.1)
Eğitim durumu		Kullanılan ilaç rejimi	
İlkokul	22 (13.9)	Tekli rejim	29 (18.4)
Ortaokul	20 (12.7)	İkili rejim	97 (61.4)
Lise	30 (19.0)	Üçlü rejim	29 (18.4)
Üniversite	86 (54.4)	Dörtlü rejim	3 (1.9)
Tanı süresi	3.0 (0-26)	İlaç tedavisi süresi	3,0 (0-26)
		Günlük alınan doz	3,0 (1-9)

Morisky ölçeğinden alınan puanlara göre hastaların 97'sinin (% 61) ilaç tedavisine yüksek uyum gösterdiği, 2 hastanın (% 1.3) ise düşük uyum gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hastaların tedaviye uyumlarının dağılımı.

	n (%)
Morinsky Ölçeği Puanı	
Yüksek uyum (0)	97 (61.4)
Orta dereceli uyum (1-2)	59 (37.3)
Düşük uyum (3-4)	2 (1.3)

Çalışmada hastaların ilaç tedavilerine uyumlarının ölçmek için kullanılan Morisky ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı 0.256 olarak hesaplanmıştır. Ölçek maddelerine verilen yanıtların dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. Verilen yanıtlara bakıldığında hastaların % 25.8'inin (n=45) daha önce en az bir kez ilaç almayı unuttuğu, % 97.5'inin (n=154) ilaçlarını zamanında almaya dikkat ettiği, % 93.7'sinin HIV ilaçlarını kullanmanın uzun dönem yararlarını bildiği tespit edilmiştir. Hastaların neredeyse tamamı ne kendilerini kötü hissettiklerinde ne de iyi hissettiklerinde doktora sormadan ilaçlarını bırakmadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca katılımcıların % 93'ü (n=147) HIV ilaçları bitmeden önce ilaçlarını tekrar reçete etmeye dikkat ettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Morisky ölçeğinin maddelerine verilen yanıtların dağılımı.

	Evet n (%)	Hayır n (%)
İlaç almayı unuttuğunuz olur mu?	45 (25.8)	113 (71.5)
İlaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?	154 (97.5)	4 (2.5)
Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?	2 (1.3)	156 (98.7)
Kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?	5 (3.2)	153 (96.8)
İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?	148 (93.7)	10 (6.3)
Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı reçete ettirmeyi unuttuğunuz oluyor mu?	11 (7.0)	147 (93.0)

Tablo 4.4. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre tedaviye uyumlarının dağılımı.

	Uyum düzeyi		Test	
	Yüksek n (%)	Orta + Düşük n (%)	İstatistiği	p
Yaş grubu			0.321	0.956
18-25	11 (64.7)	6 (35.3)		
26-45	57 (62.0)	35 (38.0)		
46-60	23 (60.5)	15 (39.5)		
>60	6 (54.5)	5 (45.5)		
Cinsiyet			0.000	0.988
Erkek	79 (62.2)	48 (37.8)		
Kadın	18 (60.0)	12 (40.0)		
Medeni Durum			0.057	0.812
Evli	49 (60.5)	32 (39.5)		
Bekar	48 (62.3)	29 (37.7)		
Kullanılan ilaç sayısı			1.534	0.464
Tekli rejim	17 (58.6)	12 (41.4)		
İkili rejim	63 (64.9)	34 (35.1)		
Üçlü ve daha üzeri rejim	17 (53.1)	15 (46.9)		
Eğitim Düzeyi			4.873	0.181
İlkokul ve altı	12 (54.5)	10 (45.5)		
Ortaokul	9 (45.0)	11 (55.0)		
Lise	17 (56.7)	13 (43.3)		
Üniversite	59 (68.6)	27 (31.4)		

Yaş grubu 18-25 yaş olan hastaların 11'inin (% 64.7), 26-45 yaş grubundaki hastalarının 57'sinin (% 62.0) ve 60 yaş üstü hastaların 6'sının (% 54.5) ilaç tedavilerine yüksek uyum gösterdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.4). Erkeklerin % 37.8'inde (n=48), kadınların % 40'ında (n=12) tedaviye karşı düşük veya orta uyum olduğu belirlenmiştir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve kullanılan ilaç sayısına göre tedaviye uyum düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre tedaviye uyumlarının dağılımı.

	Uyum düzeyi		Test	
	Yüksek n (%)	Orta + Düşük n (%)	İstatistiği	P
İlaçlarla ilgili sağlık eğitimi alma durumu			4.856	0.028
Aldı	86 (65.6)	45 (34.4)		
Almadı	11 (40.7)	16 (59.3)		
İlaçlara bağlı yan etkilerin varlığı			0.016	0.899
Var	28 (59.6)	19 (40.4)		
Yok	69 (62.2)	42 (37.8)		
Bir sıkıntı ya da ihtiyaç olduğunda ulaşabileceği, yardım ve destek alabileceği kişilerin varlığı			5.483	0.019
Var	92 (64.8)	50 (35.2)		
Yok	5 (31.3)	11 (68.8)		
Sağlık personelinin tutum ve davranışlarından memnun olma durumu			–	0.677
Memnun	94 (61.8)	58 (38.2)		
Memnun değil	3 (50.0)	3 (50.0)		
Etiketlenme endişesine bağlı olarak başkalarının yanında ilaç alma durumu			0.381	0.537
Almayanlar	43 (64.2)	24 (35.8)		
Alanlar	54 (59.3)	37 (40.7)		
İlaçları unutmamak için bir yöntem kullanma durumu			0.727	0.394
Kullanıyor	38 (66.7)	19 (33.3)		
Kullanmıyor	59 (58.4)	42 (41.6)		
İlaçları alırken ekonomik zorluk yaşama durumu			0.000	1.000
Yaşıyor	8 (61.5)	5 (38.5)		
Yaşamıyor	89 (61.4)	56 (38.6)		

İlaçlarla ilgili eğitim alan hastaların % 65.6'sında (n=86); ilgili eğitimi almayan hastaların % 40.7'sinde (n=11) tedaviye karşı yüksek uyum olduğu görülmüştür (Tablo 4.5). Eğitim alan hastaların eğitim almayan hastalara göre daha yüksek oranda tedaviye uyum sağladıkları tespit edilmiştir ($\chi^2=4.856$; p=0.028). İlaçlara bağlı yan etki olduğunu düşünen ve düşünmeyen hastalar arasında tedaviye uyum düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=0.016$; p=0.899). Tedaviye yüksek derecede uyum sağlama oranı bir sıkıntı ya da ihtiyaç olduğunda ulaşabileceği, yardım ve destek alabileceği kişilere sahip hastalarda % 64.8 (n=92) olarak hesaplanmıştır. Bu oran destek veya yardım alabileceği kişilere sahip olmayan hastalara göre (% 31.3 n=5) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($\chi^2=5.483$; p=0.019).

Morisky ölçek puanı ile yaş, hastalık süresi, ilaç kullanma süresi, kullanılan ilaç sayısı ve günlük alınan doz sayısı arasındaki ilişkiler incelendiğinde (Tablo 4.6), hastalık süresi ve ilaç kullanma süresi ile Morinsky ölçek puanı arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu görülmüştür (sırasıyla rho=0.275, rho=0.254, p≤0.001).

Tablo 4.6. Korelasyon analizi sonucu.

	Morinsky Puanı	
	rho	p
Yaş	0.028	0.724
Hastalık süresi	0.275	<0.001
İlaç kullanma süresi	0.254	0.001
Kullanılan ilaç sayısı	0.068	0.393
Günlük alınan doz sayısı	0.134	0.094

Hastaların % 98.7'sinin (n=156) aldıkları ilaçların kendilerine yararlı olduğunu düşündüğü; 5'inin (% 3.2) ilaç tedavisini karışık bulduğu; 13'ünün (% 8.2) ilaçlarını alırken ekonomik olarak zorlandığı belirlenmiştir. Bilgi toplama formunda yer alan diğer sorulara verilen yanıtların dağılımı Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Hastaların ilaçlarla ilgili tutum ve davranışları.

	Evet n (%)	Hayır n (%)
Aldığımız ilaçların size yararı olduklarını düşünüyor musunuz?	156 (98.7)	2 (1.3)
İlaç tedavisini karmaşık buluyor musunuz?	5 (3.2)	153 (96.8)
Meşgul olduğunuz için ilaçlarınızı alamadığınız oldu mu?	42 (26.6)	116 (73.4)
Evden başka bir yere/başka bir şehre gittiğinizde ilaçları yanınıza almadığınız oldu mu?	18 (11.4)	140 (88.6)
Aldığımız ilaçların sayısı size göre çok mu?	45 (28.5)	113 (71.5)
İlaçlarınızın tadının kötü olduğunu düşünüyor musunuz?	10 (6.3)	148 (93.7)
İlaçlarınıza bağlı yan etkiler geliyor mu?	47 (29.7)	111 (70.3)
İlaçlarınızın kullanım amacı ve önemi ile yan etkileri hakkında eğitim aldınız mı?	131 (82.9)	27 (17.1)
Hastalığınızın ve rahatsızlıklarınızın geçeceğine inancınız tam mı?	128 (81.0)	30 (19.0)
Aldığımız ilaç tedavisinden memnun musunuz?	153 (96.8)	5 (3.2)
Sağlık elemanlarının sizinle olan ilişki ve tutumlarından memnun musunuz?	152 (96.2)	6 (3.8)
İlaçlarınızı alırken ekonomik olarak zorlanıyor musunuz?	13 (8.2)	145 (91.8)
Etiketlenme endişesi ile başkalarının önünde ilaç almadığınız oldu mu?	67 (42.4)	91 (57.6)
Bir sıkıntınız ya da ihtiyacınız olduğunda ulaşabileceğiniz, yardım alabileceğiniz, destek alabileceğiniz birileri var mı?	142 (89.9)	16 (10.1)
İlaçlarınızı hatırlamak için kullandığımız bir yöntem var mı?	57 (36.1)	101 (63.9)

5. TARTIŞMA

Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu tedavisinde Antiretroviral tedavinin kullanımını ilaçların toksik yan etkilerinde ve HIV'in çoğalmasında önemli bir azalmaya neden olmuştur. Fakat tedavi başarısı ve sağlığın korunmasında ilaç rejimi ve tedavi uyumu da çok büyük önem taşımaktadır. Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu tedavisinde ART'ye yüksek uyum; viral süpresyonun devamlılığının sağlanmasını, ilaçlara karşı direnç gelişimi riskinin azalmasını, sağlık düzeyinin iyileşmesini ve yaşam kalitesinin artmasını sağlar. Araştırmamızda HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının tedaviye uyumlarının farklı değişkenlerden etkilendiği saptanmış olup uyum düzeyinin iyi derecede olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızda elde edilen bulgular güncel literatür ışığında tartışılacaktır.

Çalışmaya alınan hastaların (n=158) % 80.4'ünün (n=127) erkek, % 51.3'ünün (n=81) evli olduğu görülmektedir. Yaş aralığı 19-74 olup ortanca yaş 38 olarak hesaplanmıştır. Hastaların neredeyse tamamının sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir. Ortanca tanı alma süresinin ve ilaç tedavisi süresinin üç yıl (min-maks:0-26 yıl) olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.1). Bunun sebebi de hastaların tamamına yakınının tanı konulduktan hemen sonra ya da tanı konulduktan sonra birkaç ay içinde hemen ilaç tedavisine başlanmış olmasıdır. Hastaların % 54.4'ü lisans eğitim düzeyine sahiptir. Tanı alma tarihlerine bakıldığında 158 hastanın 113'ü (% 71) HIV(+)/AIDS tanısını 2012 yılı ve sonrasında almıştır.

Morisky ölçeğinden alınan puanlara göre hastaların 97'sinin (% 61) ilaç tedavisine yüksek uyum gösterdiği, 2 hastanın (% 1.3) ise düşük uyum gösterdiği belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2). Yapılan bazı araştırmalar çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik ve farklılıklar göstermektedir. Hansana ve arkadaşlarının ilaç uyumunu belirlemek amacıyla 346 HIV pozitif birey ve AIDS hastası ile yaptıkları çalışmada hastaların % 60'ının tedaviye uyum oranı yüksek bulunmuştur (9). Monreal ve arkadaşlarının 139 HIV pozitif birey ve AIDS hastası ile yaptıkları bir başka çalışmada hastaların % 63'ü yüksek derecede uyumlu olarak bulunmuştur (25). Tran ve arkadaşlarının 1016 HIV pozitif birey ve AIDS hastası ile yaptıkları çalışmada hastaların % 74.1'i yüksek uyumlu olarak bulunmuştur (10). Çalışmamızla tedaviye uyum oranı bakımından benzer sonuçların elde edildiği diğer çalışmalarda HIV

pozitif bireyler ve AIDS hastaları arasında uyumlu hasta oranlarının % 55.8 ve % 65 arasında değiştiği grlmştir (28, 31, 26, 30, 27, 29). Literatürde hastaların tedaviye uyumlu hasta oranlarının çalışmamıza göre daha yüksek olduğu çalışmalarda tedaviye uyumlu hasta oranlarının % 74.1 ile %94 arasında değiştiği grlmştir (35, 34, 36, 33, 10 32). Çalışmamıza göre tedaviye uyumlu hasta oranlarının düşük olduğunu gösteren çalışmalar da izlenmiştir. Bu çalışmalarda tedaviye uyumlu hasta oranlarının % 5 ile % 43.2 arasında değiştiği belirlenmiştir (11, 12, 37, 13, 38). Çalışma sonuçlarındaki bu farklılığın sebebi tedaviye uyumu belirlemek için kullanılan araştırma yönteminden, örnekleme yer alan katılımcılardan ve araştırmaların yürütüldüğü sağlık kuruluşlarının idari yapısından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarında ilaç takibi yapılan ve uyumun değerlendirildiği benzer araştırmaya rastlanılmamıştır.

Araştırmamıza dahil edilen bireylerin yaş gruplarına göre tedaviye uyumların dağılımının gruplar içinde benzer olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.4). Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.956$). Ancak uyumlu hasta oranının en yüksek olduğu grubun 18-25 yaşları arasındakiler olduğu bulunmuştur. Literatürdeki bazı çalışmalarda araştırmamızın aksine yaş grupları arasında tedaviye uyumlu hasta oranlarında fark olduğu tespit edilmiştir. Sharma ve arkadaşlarının çalışmasında yaş grupları karşılaştırıldığında yaş grupları arasında anlamlı fark olduğu ve yaş arttıkça uyum oranının azaldığı saptanmıştır (39). Poles ve arkadaşlarının 720 HIV pozitif birey ve AIDS hastası ile yaptıkları çalışmada ise geçen yaşta olmanın azalmış tedavi uyumuyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (40). Çalışmamızda uyumlu hasta oranının en çok olduğu grup 18-25 yaş grubu iken Letta ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada uyumlu hasta oranının en çok olduğu grup 35-44 yaş grubu olarak bulunmuştur (41). Yaşla ilgili farklı dinamiklere rastlanmasına karşın ülkemizin demografik yapısı göz önünde bulundurulduğunda HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının daha geçen grupta ağırlık kazandığı grlmştir. Nitekim, araştırma kapsamına aldığımız örnekleme grubumuzun ağırlıklı olarak geçen-erişkinlerden teşekkül olduğu ($n=147$) belirlenmiş ve ilaç uyumunun geçen grupta yüksek bulunmasının buradan kaynaklanmış olabileceği dşnlmştir.

Çalışmamızda cinsiyet ve medeni duruma göre tedaviye uyum düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (sırasıyla; $p=0.988$, $p=0.812$) (Bkz. Tablo 4.4). Sasaki ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadınların erkeklere göre daha uyumlu oldukları belirlenmiştir (27). Nagash ve arkadaşları ile Joshi ve arkadaşlarının yaptığı iki farklı çalışmada da yine kadınların erkeklere göre daha uyumlu olduğu tespit edilmiştir (42, 43). Farklı kültürlerde HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının ilaç uyumuyla ilgili çalışmalar gözden geçirilmiş ve farklı sonuçlara rastlanılmıştır. Bu fark HIV/AIDS gibi damgalayıcı ve sosyal yönü olan hastalıklar için tedaviye erişimde ülkemizde cinsiyet farklılıklarının gözetildiği algısını düşündürmüştür. Yani ülkemizde kadınlar HIV/AIDS'e yönelik tanı ve tedavi olanaklarından daha az yararlanmaktadır diye dolaylı bir sonuç çıkarılabilir.

Çalışmamızda, kullanılan ilaç sayısı ile tedaviye uyum arasında anlamlı ilişki bulunmamakla birlikte ($p=0.464$) ilaç sayısı az olan grupta uyumlu olan hasta oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Tablet sayısı arttıkça ilaç uyumunun azalması; tedavinin daha karmaşık hale gelmesi, günlük ilaç alma saatlerinin değişkenliği ve yan etkilere daha fazla maruz kalma endişesi ile olabileceği düşünülmektedir. Pruitt'in çalışmasında HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının ilaç sayıları ile ilgili çalışmasında 3-5 arası ilaç alanların, tek ilaç alanlara göre 2 kat daha uyumsuz oldukları tespit edilmiştir (13). Sax ve arkadaşlarının 7073 HIV pozitif birey ve AIDS hastası ile yaptıkları çalışmalarında tek ilaçlı rejim kullanan hastaların % 47'si uyumlu iken ikili ve üçlü rejim kullananlarda uyumluların oranı sırasıyla % 41 ve % 34 olarak bulunmuştur (44). Letta ve arkadaşlarının çalışmasında da tablet sayısı azaldıkça uyum derecesinin arttığı tespit edilmiştir (41). Çıkan sonuçlar ve yapılan değerlendirmelerde ilaç rejimine uyum düzeyinin tablet sayısı ile ters orantılı olduğu tespit edilmiştir. Rejimin içerdiği ilaç sayısı arttıkça uyumun düştüğü, rejimin içerdiği ilaç sayısı azaldıkça uyumun arttığı bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda bulgularımızın literatürle uyumlu olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların eğitim durumuna göre uyum durumları değerlendirildiğinde araştırma kapsamına alınan HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının 86'sının (% 54.4) üniversite eğitimi aldıkları, istatistiksel olarak anlamlı

olmamasına rağmen en yüksek uyum düzeyinin bu grupta olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 4.4). Literatürde eğitim durumu ile ART ilaç uyumu durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında Kalichman ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim durumu ile uyum düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu, 12 yıllık eğitimden daha düşük seviyede eğitim alanlarda uyumlu hasta sayısının diğerlerine oranla daha az olduğu saptanmıştır (28). Waite ve arkadaşlarının 204 HIV pozitif birey ve AIDS hastası ile yaptıkları çalışmada da düşük okur-yazarlık seviyesine sahip olanların 3.3 kez daha uyumsuz oldukları belirlenmiştir (45). Joshi ve Sharma'nın yaptığı iki farklı çalışmada da düşük eğitim düzeyinin uyumsuzlukla ilişkili bulunduğu bildirilmiştir (43, 39). Düşük eğitim düzeyine bağlı azalmış ilaç uyumu; tedavi ve ilaçların kullanılması ile ilgili verilen eğitimlerin ve bilgilendirmelerin yeterince anlaşılmasından kaynaklanabilir. İlaçlara ilişkin bilgilerin hastalara poliklinik ortamında ve bir sefer verilmesi hastaların kavraması için yetersiz görülmektedir. Eğitim düzeyi daha yüksek olan kişiler hastalıkları ve tedavileri ile ilgili olarak sadece sağlık personelinin aldıkları bilgilerle yetinmeyip farklı kaynaklardan bilgilene ve hastalıkları ile ilaçlarını araştırma eğilimindedirler. Dolayısıyla hastalıkları ve tedavileri hakkındaki farkındalıklarının yüksek olacağı tahmin edilmektedir.

İlaçlar ve uyum konusunda bilgilendirme yapılması hastaların kendini iyi veya kötü hissettiklerinde, yan etkiler geliştiğinde ve ilaçlardan sıkıldıklarında kendi istekleriyle ilaçları bırakmalarının veya düzensiz alımların önüne geçerek ilaç uyumunun istendik düzeyde olmasını sağlamaktadır. Katılımcıların % 82.9'u ilaçların kullanım amacı ve önemi ile yan etkileri hakkında sağlık eğitimi aldıklarını ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 4.5). Bu durum, sağlık personelinin konuyu önemsemeleri ve hastalara bilgi vermek için zaman ayırmalarını göstermesi açısından önemlidir. Çalışmamızda ilaçlarla ilgili sağlık eğitimi ve bilgilendirme alan hastaların % 65.6'sında; ilaçlarla ilgili eğitimi almayan hastaların % 40.7'sinde tedaviye karşı yüksek uyum olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.5). Tabatabai ve arkadaşlarının 347 HIV pozitif birey ve AIDS hastası ile yaptıkları çalışmada HIV/AIDS hakkında bilgi sahibi olmak tedavi sürekliliğini ve uyumunu olumlu olarak etkileyen faktörlerden biri olarak tespit edilmiştir (46). Demirkıran ve Terakye'nin 83 depresif hasta (41 deney, 42 kontrol) ile yaptıkları çalışmada hastaları önceden uyarıp bilgilendirmenin hastanın tedaviye uyumunu artırdığı tespit

edilmiştir (8). Aynı çalışmada, ilaçların görülebilecek yan etkileri hakkında önceden uyarılan ve bilgilendirilen kontrol deney grubu hastalarda ilacını bırakan hasta yokken kontrol grubu hastalarının yarıya yakını bilgi eksikliği nedeniyle ilaçlarını bıraktığını bildirmişlerdir (8). Gürçay ve arkadaşlarının Ankilozan Spondilit tanısı alan 65 hasta ile yaptıkları çalışmada da sağlık elemanlarının hastalara hastalık ve tedavi hakkında yeterli bilgi vermesinin uyumu kolaylaştırdığı bildirilmiştir (47). Koç ve Tan'ın 116 tüberküloz hastasının uyum durumlarını inceledikleri çalışmada Hastaların % 57.8'inin ilaçlarını zamanında kullanmadığı, % 75.9'unun ise uygun dozda kullanmadığı, % 17.2'sinin de kullanım şeklini bilmedikleri ve % 17.2'sinin ilaçlarını nasıl kullanacağını bilmedikleri belirlenmiştir (48). Bu sebeple hastaların ilaçlar konusunda bilgilendirilmeleri büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızda ilaçlara bağlı yan etki gelişen ve gelişmeyen hastalar arasında tedaviye uyum derecesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.899$). Araştırma kapsamına alınan HIV pozitif birey ve AIDS hastalarından ilaçlara bağlı yan etki gelişen grupta yüksek uyumlu olanların oranı % 59.6 iken ilaçlara bağlı yan etki gelişmeyen grupta yüksek uyumluların oranı % 62.2 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.5). Yan etkilere bağlı olarak fiziksel semptomlar ortaya çıkar, bununla beraber hastaların yaşam kalitesi ve konforu düşer İlaçların yan etkilerinin ilaç uyumunu olumsuz etkilediğini gösteren bazı çalışmalar mevcuttur. Bezable, Monreal, Tran, Protopopescu, Golin, Poles ve daha birçok farklı çalışmada yan etkiler ilaç uyumsuzluğuyla ilişkili bulunmuştur (12, 25, 10, 40, 49). Çalışmamızdaki sonuçların literatürden farklı çıkmasının sebebinin hastaların özel HIV/AIDS kliniğinde uzman hekim, hemşire ve eczacıdan oluşan interdisipliner ekip tarafından takip edilmeleri, yan etki yaşayan hastaların bunu doktora iletmeleri ve doktor tarafından hastanın değerlendirilerek başka ilaçlara geçilmesi olarak düşünülmektedir.

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü enfeksiyonunun ilerleyen aşamalarında sosyal destek bulma olanağının azalması kızgınlık, gücenme, umutsuzluk ve depresyon gibi ruhsal belirtileri artırmaktadır. Dolayısıyla tüm bunlar hastaların ilaç uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Birçok çalışmada sosyal destek kaynaklarının azlığı veya yokluğu ile ilaç rejimine uyumsuzluk arasında pozitif yönde ilişki olduğu kanıtlanmıştır. Çalışmamızda bireylerin bir sıkıntı ya da ihtiyaç

olduğunda ulaşabileceği, yardım ve destek alabileceği kişilere sahip HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının ilaç uyumu destek veya yardım alabileceği kişilere sahip olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.019$) (Bkz. Tablo 4.5). Bir komplikasyon geliştiğinde “ulaşabileceğim sosyal desteğim var” diyenlerin % 64.8’i yüksek uyumlu iken destek kaynaklarının olmadığını ifade eden gruptaki yüksek ilaç uyumuna sahip olanların oranı % 31.3 yani daha düşük bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.5). Kalichman ve arkadaşlarının çalışmasında sosyal destek kaynakları yetersiz olanların daha uyumsuz oldukları saptanmıştır (28). Tabatai ve arkadaşlarının çalışmalarına göre HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının sosyal destek kaynaklarının olması, aile bireylerinin yanlarındaki varlığı, sosyal güvencenin olması, yardım amaçlı iletişim yollarını kullanabilmeleri HIV ilaç tedavisi rejimine uyumu yükseltmektedir (46). Arragones ve arkadaşları ise uyumsuzlukla ilişkilendirilen en yüksek yanıtın HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının “aile ve arkadaşları ile hastalıklarını konuşmaya zaman ayırmadıkları” ifadesi yer almıştır (50). HIV pozitif bireyler ve AIDS hastaları ile çalışan eczacıların bireysel tecrübelerini aktardıkları bir diğer eserde ise sosyal destek yokluğunun yüksek uyumun önündeki en büyük engel olduğu vurgulanmıştır (51).

Çalışmamızda sağlık personelinin tutum ve davranışlarından memnun olma durumu ile ilaç tedavisine uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p=0.677$) (Bkz. Tablo 4.5). Literatüre bakıldığında ise çalışmamızın aksine Yeap ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada HIV pozitif çocuklar ve bakım vericilerinin ilaç uyumu ile sağlık personelinin tutum ve davranışları arasında sıkı bir ilişki tespit edilmiş, sağlık ekibinin olumsuz yaklaşım ve davranışlarının uyumsuzluğa yol açtığı belirtilmiştir (52). Araştırmamızda HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının sağlık personelinin yaklaşımlarından memnun olmalarının, konusunda uzman özel bir ekiple yüz yüze çalışılması, diğer polikliniklerden ayrı fiziksel koşullarda randevu sistemiyle doğrudan ilgilenmelerinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu özel birim (Hacettepe AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi-HATAM) hasta mahremiyetinin sağlanmasında son derece hassas davranmaktadır. Ayrıca hastalar uzman hekime her an telefon ya da mail yoluyla ulaşabilmektedir. Bu sebeple bulgularımız literatür sonuçlarından daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamına aldığımız HIV pozitif bireylerin ve AIDS hastalarının %42.4'ünün etiketlenme endişesi taşıdıkları ve bu nedenle yanlarında başkalarının olması halinde ilaçlarını atladıklarını belirtmişlerdir. İlacını başkalarının önünde alan ve almayan hastaların ilaç uyumları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.537$) (Bkz. Tablo 4.5). Çeşitli çalışmalarda stigmanın uyumu olumsuz etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu tespit edilmiştir (11, 45, 49). Çalışmamızdaki sonucun literatürden farklı çıkma sebebi olarak hastaların ilaçlarını başkalarının yanında almasına da uygun oldukları anda hemen aldıklarını ifade etmeleri ve ilaçlarını atlamama konusunda özverili olmaları düşünülmektedir.

İlaçları hatırlamak için bir yöntem kullanma durumlarına göre HIV pozitif bireylerin ve AIDS hastalarının tedaviye uyumları incelendiğinde herhangi bir hatırlatıcı yöntem kullanan gruptaki yüksek uyumluların oranı, herhangi bir yöntem kullanmayanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.5). Fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.394$). Holtzman ve arkadaşları ile Garofalo ve arkadaşlarının iki farklı çalışmasında da hatırlatıcıların kullanılmasının ilaç uyumunu artırdığı tespit edilmiştir (38, 53). Çalışmamızda elde ettiğimiz sonucun araştırmamızı yürüttüğümüz klinikte interdisipliner ekipte yer alan tüm ekip üyelerinin hastaları takip ve teşvikleri sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir.

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü pozitif olan bireylerin ve AIDS hastalarının ilaçlara ulaşımında ekonomik durum ve ülkenin sağladığı sağlık hizmetleri önemli faktörlerdir. Araştırma kapsamına aldığımız HIV pozitif bireylerin ve AIDS hastalarından yalnızca 13 hastanın ilaçlarını sağlarken ekonomik anlamda zorluk yaşadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.5). İlaçları alırken ekonomik zorluk yaşayan ve yaşamayan gruplarda tedaviye uyum düzeyleri arasında istatistiksel anlamda fark bulunmamıştır ($p=1.000$). Bu durum ülkemizde HIV/AIDS tedavisinde kullanılan ilaç ve diğer giderlerinin SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından karşılanması sonucudur.

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü pozitif olan bireyler ve AIDS hastalarında tedavi rejimi ile geçen süre arttıkça hastalar ilaçlara alışır, ilaçları hatırlamak konusunda daha az hatırlatıcıya ihtiyaç duyar ve ilaçlar bir nevi hayatlarının parçası

haline gelir. Bunun da ilaç uyumuna yüksek uyumun sürdürülmesini sağladığı düşünülmektedir. Çalışmamızda hastalık süresi ve ilaç kullanma süresi ile Morisky ölçek puanı arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu görülmüştür ($p=0.001$) (Bkz. Tablo 4.6). Tanı alma ve tedavi süresi uzadıkça ilaç uyumu da artmaktadır. Literatürde yer alan çalışmalar da bulgumuzu desteklemektedir. Protopopescu ve arkadaşlarının çalışmasında altı aydan daha kısa süredir tanı almış olmak uyumsuzluk ile ilişkilendirilmiştir (12). Poles ve arkadaşlarının çalışmasında da tedaviye başlama süresinin 3 aydan daha kısa süre olması azalmış tedavi uyumuyla ilişkili bulunmuştur (40). Joshi ve arkadaşlarının çalışmasında da altı aydan az süredir ART almanın uyumsuzlukla ilişkili olduğu bildirilmiştir (43).

Tablo 4.7 incelenirken HIV pozitif bireylerin ve AIDS hastalarının ilaç rejimine uyumu etkilediği düşünülen ifadeler olumlu ve olumsuz olmasına göre gruplandırılarak tartışılmıştır. Çalışmamızda hastaların % 98.7'sinin aldıkları ilaçların kendilerine yararlı olduğunu düşündüğü, % 82.9'unun daha önce ilaçlarının kullanım amacı, önemi ve yan etkileri hakkında eğitim aldıkları belirlenmiştir. Katılımcıların % 96.2'si sağlık elemanlarının tutum ve davranışlarından memnun olduklarını, % 81.0'i rahatsızlıklarının geçeceğine inancının tam olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların %36.1'i ilaçlarını unutmamak için hatırlatıcılar kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bu değişkenler araştırmamızda ilaç uyumu üzerine olumlu etkisi olan ve uyumu kolaylaştıran faktörler olarak düşünülmüştür. Bazable ve arkadaşlarının çalışmasında sosyal desteklerin varlığı, hatırlatıcıların kullanılması, çocuk büyütme gibi bir sorumluluğun olması ve ilaçlarla ilgili eğitim verilmesi (49); Tran ve arkadaşlarının çalışmasında öz yeterlilik, hatırlatıcı alarmların kullanımı ve aile bireylerinin hatırlatmaları uyumu kolaylaştırıcı faktörler olarak belirtilmiştir (10). Ayrıca Liu ve arkadaşlarının çalışmasında telefon, alarm, ilaç kutuları gibi hatırlatıcı yöntemlerin kullanılması (54); Aragonés ve arkadaşları çalışmalarında; iyi hafıza, öz bakım gücünün yüksek olması ile doktorlar ve tedavi hakkında olumlu düşüncelere sahip olmanın hastaların uyum derecesini yükselttiğini ifade etmişlerdir (50). İlaç uyumunu kolaylaştıran faktörleri gösteren bir diğer çalışmada hastalığın kabullenilmesi, ilaçların etkinliğine inanma, hastalığı herkesin biliyor olması, kişisel ve ailesel sorumluluklar, ilaçlara bağlı olarak semptomların yok olması, iyileşme ve son olarak sağlık çalışanlarıyla ilişkilerin iyi olması uyumu artıran faktörler olarak bulunmuştur (55). Bulgularımız literatürle uyumludur.

Çalışmamızda katılımcıların % 26.6'sının meşgul olmaları sebebiyle en az bir kez ilaç atladığı, % 28.5'inin aldığı ilaçların sayısını çok bulduğu, % 29.7'inde ilaçlara bağlı yan etkiler geliştiği ve % 42.4'ü etiketlenme endişesi ile başkalarının önünde ilaç almadığı tespit edilmiştir. Ayrıca % 11.4'ünün evden başka bir yere ya da şehre gidince ilaçları yanına almayı unuttuğu, % 8.2'sinin ilaçları alırken ekonomik anlamda zorlandığı ve % 6.3'ünün ilaçlarının tadı kötü olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Literatürde bazı çalışmalarda bu durumların ilaç uyumunu olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Bezable ve arkadaşlarının çalışmasında ekonomik zorluklar, stigma ve ayrımcılık ve tedavinin yan etkiler uyumu olumsuz etkileyen faktörler olarak gösterilmiştir (49). Tran, çalışmasında ilaç uyumunu etkileyen en önemli iki faktörü işler yüzünden meşgul olma ve unutkanlık olarak göstermiştir. İlaç rejimine uyumu olumsuz etkileyen diğer önemli faktörlerin de ilaçları yanlarında taşımama, yan etkiler, alkol kullanımı, başkalarının önünde görmemeleri için ilacı içmeme ve seyahat olduğu belirlenmiştir (10). Talam ve arkadaşlarının çalışmasında uyumsuzluğa sebep olan en önemli faktörler; evden uzak olma, meşgul olma, unutkanlık, çok fazla ilaç kullanma ve damgalanma olarak bulunmuştur (11). Li ve arkadaşlarının çalışmasında HIV pozitif bireylerin ve AIDS hastalarının doz atlamalarının en büyük sebebinin unutkanlık olduğu vurgulamıştır. Diğer sebepler ise etiketlenme endişesi, tedaviyi doğru anlamama, tedavinin etkinliğine zayıf inanç ve yan etkiler olarak belirlenmiştir (56). Kibicho ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiş olup ilaçların bitmesi, günlük rutinlerdeki değişiklikler, doz saatlerinin hastaların koşullarına uygun olmaması, ilaçların düzenli kullanımı konusunda farkındalıklarının yetersiz olması, eşlik eden hastalık ve psikolojik problemlerin varlığı, sosyal güvencenin yokluğu, ilaçların ücretini karşılayamama ve ekonomik problemler uyumun önündeki tespit edilen başlıca bariyerler olarak belirlenmiştir (51). İncelenen diğer çalışmalarda ilaç uyumunu olumsuz etkileyen başka faktörlerin; ilaçlara erişimin olmaması ya da ilaçların bitmesi (28, 32), ilaçların günlük rutinlerde değişiklik gerektirmesi (50), madde kullanımı (57, 51), semptomların azalmasıyla kendini iyi hissetme (33), depresyon (28, 29, 41) ve yetersiz beslenmedir (28, 31, 29). İlaçlara uyum, ilaçların kullanımı, ilaçların olası yan etkileri ve hastalığın kendisi ile ilgili yeterince bilgilendirilmeyen hastalar kendini iyi hissettikleri zaman iyileştiklerini ve ilaçları daha fazla kullanmalarının gerekmediğini düşünerek ilaçları bırakabilirler. Madde ve alkol kullanan hastalar

ilacın bunlarla etkileşime girebileceğini düşünerek ilaçları almayabilirler. Yetersiz beslenme de ilaç uyumunu etkileyebilir. Bazı ilaçların tok karnına içilmesi gerekebilir. Hastaların maddi durumu iyi değilse beslenemedikleri için ilaçlarını da alamayacaklardır.

Çalışmamızda, Türkiye'deki HIV pozitif bireylerin ve AIDS hastalarının ilaç uyum düzeylerinin literatürle karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda HIV pozitif bireyler ve AIDS'li hastaların % 61'i yüksek uyumlu olarak bulunmuştur. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, ilaç rejimindeki ilaç sayısı, yan etkilerin varlığı, sağlık personelinin tutum ve davranışlarından memnun olma, stigma ve hatırlatıcı yöntem kullanma ile ilaç uyumu arasında istatistiksel anlamda fark olmasa da gruplar arasında uyumlu hasta oranlarında farklılıklar belirlenmiştir. İlaçlarla ilgili eğitim alma, sosyal destek kaynaklarının varlığı ve hastalık süresi ile ilaç uyumu arasında ise istatistiksel anlamda fark olduğu belirlenmiştir.

HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarında tıbbi tedavinin yanında hemşirelik takibi ve ilaç uyumu da son derece önemlidir;

1. Bu sebeple hastalar tedavi rejimi ve ilaçlarla ilgili hususi eğitimden geçirilmeli, bu eğitimlerde ilaçların nasıl ve ne zaman alınacağı, tedavinin ne kadar devam edeceği, olası yan etkiler ve hastanın hekimine tekrar ne zaman ve hangi durumlarda gitmesi gerektiği hastaya açıklanmalıdır.
2. Primer hekim ve hemşiresi ile beraber bir tedavi planı oluşturulmalı, rejim ve HIV/AIDS ilaçlarının planı yazılı olarak hastalara verilmelidir.
3. Uyumun önemi hastalara anlatılmalı ve hastalar HIV/AIDS ilaç rejimine uyumun neden önemli olduğunu bilmelidir.
4. Yardımcı T hücresi (CD4) yükü, ilacın gerekliliği, etki mekanizması ve yararlanımı, ilacın düzensiz alındığında olası sonuçlar da hastalara aktarılmalıdır.
5. Günlük almaları gereken ilaçların listesini yaparak şema oluşturulmalı; Telefon, bilgisayar, alarm gibi hatırlatıcılar kullanılmalı ve ilaçlar her gün aynı saatte alınmaya çalışılmalıdır.
6. İlaçların miktarı takip edilerek bitmeye yakınken tekrar temin edilmelidir. HIV pozitif bireyler ve AIDS'li hastalarda tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilecek faktörlerin araştırılması ve etkileyen durumun ortadan kaldırılması gerekir.
7. Hastaların psikososyal değerlendirmelerinin yapılması, sosyal destek kaynaklarının değerlendirilmesi; buna yönelik belirlenen sorunlar için

konsultasyon liyezon psikiyatrisi kullanılarak alanında uzman kişilerle işbirliği yapılması gerekir.

Ayrıca DSÖ'nün HIV/AIDS Departmanının güncel HIV/AIDS rehberlerinden ülkemizde de yararlanılmalıdır. HIV/AIDS ile çalışanların bu rehberlerden faydalanması sağlanmalıdır. HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarında ilaç takibi amacıyla tüberküloz hastalarında uygulanan doğrudan gözetimli tedavi sistemi (DOTS- Directly Observed Therapy-Short course) gibi hemşirelik bakım modeli geliştirilebilir.



7. KAYNAKLAR

1. Sulukan EE, Küçükoğlu K, Gül Hİ. AIDS ve tedavisinde kullanılan ilaçlar. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 2009, 38(10): 47-78.
2. United Nations AIDS. Global summary of the AIDS epidemic. http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/20150714_coreepidemiologyslides_ppt. 27 Ekim 2015.
3. Tümer A. AIDS nedir? Dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS. http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/AIDS_web2014.pdf. 27 Ekim 2015.
4. Schaecher K.L. The importance of treatment adherence in HIV. *American Journal of Managed Care*, 2013, 19(12): 231-237.
5. Willie TC, Overstreet NM, Sullivan TP, Sikkema KJ. and Hansen NB. Barriers to HIV medication adherence: examining distinct anxiety and depression symptoms among women living with HIV who experienced childhood sexual abuse. *Behavioral Medicine*, 2016, 42(2): 120–127.
6. Australasian Society for HIV Medicine. Adherence to antiretroviral therapy. <http://arv.ashm.org.au/arv-guidelines/limitations-to-treatment-safety-and-efficacy/adherence-to-art>_20 Ekim 2015.
7. AIDS Info. HIV medication adherence. <https://aidsinfo.nih.gov/education-materials/fact-sheets/21/54/hiv-medication-adherence#> 11 Ekim 2015.
8. Demirkıran F, Terakye G. Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi. *Kriz Dergisi*, 1998, 9(2): 29-39.
9. Hansana V, Sanchaisuriya P, Sychareun DV, Chaleunvong K, Boonyaleepun S, Schelp FP. Adherence to antiretroviral therapy (ART) among people living with HIV (PLHIV): A cross-sectional survey to measure in Lao PDR. *BMC Public Health*, 2013, 13:617.

10. Tran BX, Nguyen LT, Nguyen NH, Hoang QV, Hwang J. Determinants of antiretroviral treatment adherence among HIV/ AIDS patients: A multisite study. *Global Health Action*, 2013. 6:19570.
11. Talam NC, Gatongi P, Rotich J, Kimaiyo S. Factors affecting antiretroviral drug adherence among HIV/AIDS adult patients attending HIV/AIDS clinic at Moi teaching and referral hospital, Eldoret, Kenya. *East African Journal of Public Health*, 2008, 5(2).
12. Protopopescu C, Raffi F, Roux P, Reynes J, Dellamonica P, Spire B, Leport C, Carrieri MP. Factors associated with non-adherence to long-term highly active antiretroviral therapy: A 10 year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* , 2009, 64: 599–606.
13. Pruitt Z. The Determinants of Antiretroviral Therapy Adherence and the Relationship of Healthcare Expenditures to Adherence Among Florida Medicaid-Insured Patients Diagnosed with HIV or AIDS. Department of Health Policy and Management, College of Public Health, Graduate Theses and Dissertations, Florida: University of South Florida, 2013.
14. Tümer A. HIV/AIDS nedir?
http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/AIDSweb2011_240212.pdf. 25 Ekim 2015.
15. Tümer A. HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma.
http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/Epid_web_A.T_2015.pdf. 25 Ekim 2015.
16. Güven G.S. HIV infeksiyonun klinik özellikleri ve tedavisi.
<http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/klinik.shtml>. 27 Ekim 2015.
17. Çelen M.K. HIV/AIDS.
<http://www.dicle.edu.tr/Contents/2dfd8ff7-3db0-4909-bf3c-a5f29c083abb.pdf>.
29 Ekim 2015.
18. Elmi Ş. HIV/AIDS, HBV, HCV, Sifiliz Ve Genital Herpes'in Toplumda Ve Riskli Davranış Modeli Gösteren Seks İşçilerinde Karşılaştırılması. T.C. Sağlık

Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2007.

19. Yürügen B. Kazanılmış bağışıklık eksikliği sendromlu (AIDS) hastanın hemşirelik bakımı. *Hemşirelik Bülteni*, 1994, 8(34): 22-24.
20. Aksoy M. HIV/AIDS ve Beslenme. 1. Baskı, Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2008: s:9.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği Hemşirelik Rehberi, İzmir, 2013, s:12.
22. Oran NT, Şenuzun F. Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2008, 5: 1.
23. Hirschfeld M, Praag EV, Stilwell B, Dorros G, Hoff E, Mbong HM ve diğerleri. Hemşire ve Ebeler İçin HIV-AIDS El Kitabı. Doğan F, Toker SO, (Çeviri editörleri). *Fact Sheets on HIV/AIDS for Nurses and Midwives*, Lindsey E. 1. Basım, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 2003: 73-74.
24. Vural B, Acar TÖ, Topsever P, Filiz TM. Modifiye Morisky ölçeğinin türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Turkish Family Physician*, 2012, 3(4).
25. Monreal MT, Cunha RV, Trinca LA. Compliance to antiretroviral medication as reported by AIDS patients assisted at the university hospital of the federal university of Mato Grosso Do Sul. *The Brazilian Journal Of Infectioun Diseases*, 2012, 6(1): 8-14.
26. Chandwani S, Koenig LJ, Sill AM, Abramowitz S, Conner LC, D'Angelo L. Predictors of antiretroviral medication adherence among a diverse cohort of adolescents with HIV. *Journal of Adolescent Health*, 2011, 51(2012): 242-251.
27. Sasaki Y, Kakimoto K, Dube C, Sikazwe I, Moyo C, Syakantu G, ve diğerleri. Adherence to antiretroviral therapy (ART) during the early months of treatment in rural Zambia: influence of demographic characteristics and social

- surroundings of patients. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 2012, 11:34.
28. Kalichman SC, Amaral CM, Cherry C, Flanagan J, Pope H, Eaton L, ve diğerleri. Monitoring medication adherence by unannounced pill counts conducted by telephone: reliability and criterion-related validity. *HIV Clinical Trials*, 2008, 9(5): 298–308.
 29. Oku AO, Owoaje ET, Ige OK, Oyo-ita A. Prevalence and determinants of adherence to HAART amongst PLHIV in a tertiary health facility in South-South Nigeria. *BMC Infectious Diseases*, 2013, 13:401.
 30. O’Neil CN, Palmer AK, Coulter S, O’Brien N, Shen A, Zhang W, ve diğerleri. Factors associated with antiretroviral medication adherence among HIV-Positive adults accessing highly active antiretroviral therapy (HAART) in British Columbia, Canada. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 2011, 00(0).
 31. Knobel H, Urbina O, Gonzalez A, Sorli ML, Montero M, Carmona A. ve diğerleri. Impact of different patterns of nonadherence on the outcome of highly active antiretroviral therapy in patients with long-term follow-up. *HIV Medicine*, 2009, 10: 364-369.
 32. Morrison SD, Rashidi V, Sarnquist C, Banushi VH, Hole MK, Barbhैया NJ, ve diğerleri. Antiretroviral therapy adherence and predictors to adherence in Albania: A cross-sectional study. *The Journal of Infection in Developing Countries*. 2014, 8(7): 853-862.
 33. Sekoni AO, Obidike OR, Balogun MR. Stigma, medication adherence and coping mechanism among people living with HIV attending General Hospital, Lagos Island, Nigeria. . *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 2012, 4(1): 417-426.
 34. Senkomago V, Guwatudde D, Breda M, Khoshnood K. Barriers to antiretroviral adherence in HIV-positive patients receiving free medication in Kayunga, Uganda. *AIDS Care*, 2011, 23(10): 1246-1253.

35. Do NT, Phiri K, Bussmann H, Gaolathe T, Marlink RG, Wester CW. Psychosocial factors affecting medication adherence among HIV-1 infected adults receiving combination antiretroviral therapy (cART) in Botswana. *AIDS Research And Human Retroviruses*, 2010, 26(6): 685-691.
36. Malee K, Williams P, Montepiedra G, McCabe M, Nichols S, Sirois PA, ve diğ erleri. Medication adherence in children and adolescents with HIV infection: associations with behavioral impairment. *AIDS Patient Care*, 2011, 25(3): 191-200.
37. Nolan S, Milloy MJ, Zhang R, Kerr T, Hogg RS, Montaner JSG, Wood E. Adherence and plasma HIV RNA response to antiretroviral therapy among HIV seropositive injection drug users in a Canadian setting. *AIDS Care*. 2011, 23(8): 980-987.
38. Garofalo R, Kuhn LM, Hotton A, Johnson A, Muldoon A, Rice D. A randomized controlled trial of personalized text message reminders to promote medication adherence among HIV-positive adolescents and young adults. *AIDS Behaviour*. 2015, 11.
39. Sharma M, Rathore M, Kashyap A, Kumar C. Non-compliance to antiretroviral therapy: road blocks and possible solutions. *Indian Medical Gazette*, 2015, 141-148.
40. Poles G, Li M, Siril H, Mhalu A, Hawkins C, Kaaya S, ve diğ erleri. Factors associated with different patterns of non-adherence to HIV care in Dar Es Salaam, Tanzania. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 2014, 13(1): 78-84.
41. Letta S, Demissie A, Oljira L, Dessie Y. Factors Associated with adherence to antiretroviral therapy (ART) among adult people living with HIV and attending their clinical care, Eastern Ethiopia. *BMC International Health and Human Rights*, 2015, 15: 33.

42. Negash T, Ehlers V. Personal factors influencing patients' adherence to ART in Addis Ababa, Ethiopia. *Journal Of The Association Of Nurses In AIDS Care*, 2013, 24(6): 530-538.
43. Joshi B, Chauhan S, Pasi A, Kulkarni R, Sunil N, Bachani D, Mankeshwar R. Level of suboptimal adherence to first line antiretroviral treatment & its determinants among HIV positive people in India. *The Indian Journal of Medical Research*, 2014, 140: 84-95.
44. Sax PS, Meyers JL, Mugavero M, Davis KL. Adherence to antiretroviral treatment and correlation with risk of hospitalization among commercially insured HIV patients in the United States. *PLoS ONE*, 2012, 7(2): e31591.
45. Waite KR, Orlow MP, Rintamaki LS, Davis TC, Wolf MS. Literacy, social stigma, and HIV medication adherence. *Journal of General Internal Medicine*, 2008, 23(9): 1367-72.
46. Tabatabai J, Namakhoma I, Tweya H, Phiri S, Schnitzler P, Neuhaan F. Understanding reasons for treatment interruption amongst patients on antiretroviral therapy-a qualitative study at the Lighthouse clinic, Lilongwe, Malawi. *Global Health Action*, 2014, 7: 24795.
47. Gürçay E, Ekşioğlu E, Yüzer S, Bal A, Çakçı A. Ankilozan spondilitli hastalarda ilaç uyumunu ve uyumsuzluğunu etkileyen faktörler. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2006, 52: 163-7.
48. Koç A, Tan M. Tüberküloz hastalarının tedaviye uyum durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Medical Network Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 2007, 2(1-2): 26-30.
49. Bezable WM., Chalmers L, Bereznicki LR, Peterson GM, Bimirew MA, Kassie DM. Barriers and facilitators of adherence to antiretroviral drug therapy and retention in care among adult HIV positive patients: a qualitative study from Ethiopia. *Plos One*, 2014, 9(5).

50. Aragonés C, Sánchez L, Campos JR, Pérez J. Antiretroviral therapy adherence in persons with HIV/AIDS in Cuba. *MEDICC Review*, 2011, 13(2):17-23.
51. Kibicho JW, Owczarzak J. Pharmacists' perspectives on promoting medication adherence among patients with HIV. *Journal of American Pharmacists Association*, 2011, 51(6): 746–755.
52. Yeap AD, Hamilton R, Charalambous S, Dwadwa T, Churchyard GJ, Geissler PW, Grant AD. Factors influencing uptake of HIV care and treatment among children in South Africa – a qualitative study of caregivers and clinic staff. *AIDS Care*, 2010, 22(9): 1101-1107.
53. Holtzman CW, Shea JA, Glanz K, Jacobs LM, Gross R, Hines J, ve diğerleri. Mapping patient-identified barriers and facilitators to retention in HIV care and antiretroviral therapy adherence to Andersen's behavioral model. *AIDS Care*, 2015, 27(7): 817-28.
54. Liu AY, Hessol NA, Vittinghoff E, Amico KR, Krobot E, Fuchs J, ve diğerleri. Medication adherence among men who have sex with men at risk for HIV infection in the United States: implications for pre-exposure prophylaxis implementation. *AIDS Patient Care*, 2014, 28(12): 622-627.
55. Ross AJ, Aung M, Campbell L, Ogunbanjo GA. Factors that positively influence adherence to antiretroviral therapy by HIV and/or AIDS patients and their caregivers. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 2011, 3(1): 196-200.
56. Li L, Lee SJ, Wen Y, Lin C, Wan D, Jiraphongsa C. Antiretroviral therapy adherence among patients living with HIV/AIDS in Thailand. *Nursing Health Science*, 2010, 12(2): 212–220.
57. Hinkin CH, Barclay TR, Castellon SA, Levine AJ, Durvasula RS, Marion SD, ve diğerleri. Drug use and medication adherence among HIV-1 infected individuals. *AIDS and Behaviours*, 2007, 11(2): 185-194.

8. EKLER

EK – 1. HIV POZİTİF BİREYLER VE AIDS HASTALARININ UYUM DÜZEYİ VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK VERİ TOPLAMA FORMU

CİNSİYET: Bay Bayan

YAŞ:

MEDENİ DURUM: Evli Bekar

MESLEK:

EĞİTİM: Okur-yazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

SOSYAL GÜVENCENİZ:

EKONOMİK DURUMUNUZ NASILDIR?

Çok İyi İyi Orta Düzey Kötü

HIV(+) TANISINI NE ZAMAN ALDINIZ? :

KAÇ AYDIR/YILDIR TEDAVİ ALDINIZ? :

ALDIĞINIZ İLAÇLAR VE ALMA SIKLIKLARI:

Adı

Günlük Adedi

Alma Saati

Alma Süresi

ALDIĞINIZ İLAÇLARIN SİZİ İÇİN YARARI OLDUĞUNU DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ?

EVET HAYIR

İLAÇ TEDAVİNİZİ KARMAŞIK BULUYOR MUSUNUZ?

EVET HAYIR

GÖRME İLE İLGİLİ BİR SORUNUNUZ VAR İSE BU SEBEPLE YANLIŞ İLAÇ ALDIĞINIZ OLDU MU?

EVET HAYIR

EK-1 (DEVAM)

MEŞGUL OLDUĞUNUZ İÇİN İLAÇLARINIZI ALMADIĞINIZ OLDU MU?

- EVET HAYIR

EK – 1.(DEVAMI)

EVDEN BAŞKA BİR YERE/BAŞKA BİR ŞEHRE GİTTİĞİNİZDE İLAÇLARI YANINIZA ALMADIĞINIZ OLDU MU?

- EVET HAYIR

ALDIĞINIZ İLAÇLARIN SAYISINI SİZE GÖRE ÇOK MU?

- EVET HAYIR

İLAÇLARINIZIN TADININ KÖTÜ OLDUĞUNU DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ?

- EVET HAYIR

ŞİMDİYE KADAR İLAÇLARINIZA BAĞLI YAN ETKİLER GELİŞTİ Mİ?

- EVET HAYIR

İLAÇLARINIZIN KULLANIM AMACI VE ÖNEMİ İLE YAN ETKİLERİ HAKKINDA EĞİTİM ALDINIZ MI?

- EVET HAYIR

HASTALIĞINIZIN VE RAHATSIZLIKLARINIZIN GEÇECEĞİNE İNANCINIZ TAM MI?

- EVET HAYIR

ALDIĞINIZ İLAÇ TEDAVİSİNDEN MEMNUN MUSUNUZ?

- EVET HAYIR

SAĞLIK ELEMANLARININ SİZİNLE OLAN İLİŞKİ VETUTUMLARINDAN MEMNUN MUSUNUZ?

- EVET HAYIR

İLAÇLARINIZI ALIRKEN EKONOMİK OLARAK ZORLANIYOR MUSUNUZ?

- EVET HAYIR

ETİKETLENME ENDİŞESİ İLE BAŞKALARININ ÖNÜNDE İLAÇ ALMADIĞINIZ OLDU MU?

- EVET HAYIR

EK-1 (DEVAM)

BİR SIKINTINIZ YA DA İHTİYACINIZ OLDUĞUNDA ULAŞABİLECEĞİNİZ, YARDIM ALABİLECEĞİNİZ, DESTEK ALABİLECEĞİNİZ BİRİLERİ VAR MI?

EVET(Evet İse Kimler Olduğunu Yazar Mısınız) HAYIR

SİZCE SİZE VERİLEN BU DESTEK/DESTEKLER YETERLİ OLUYOR MU?

EVET HAYIR

İLAÇLARINIZI UNUTMAMAK İÇİN KULLANDIĞINIZ BİR YÖNTEM VAR MI? VAR İSE NE OLDUĞUNU KISACA YAZAR MISINIZ?

----- -----

MORİSKY İLAÇ UYUMU ÖLÇEĞİ ANKET SORULARI

1. İLACINIZI/İLAÇLARINIZI ALMAYI UNUTTUĞUNUZ OLUR MU?

EVET HAYIR

2. İLACINIZI/İLAÇLARINIZI ZAMANINDA ALMAYA DİKKAT EDER MİSİNİZ?

EVET HAYIR

3. KENDİNİZİ İYİ HİSSETTİĞİNİZDE İLAÇLARINIZI ALMAYI BIRAKTIĞINIZ OLDU MU?

EVET HAYIR

4. KENDİNİZİ KÖTÜ HİSSETTİĞİNİZDE BAZEN İLAÇLARINIZI ALMAYI KESTİĞİNİZ OLDU MU?

EVET HAYIR

5. İLAÇ ALMANIZIN UZUN DÖNEM YARARLARINI BİLİYOR MUSUNUZ?

EVET HAYIR

6. BAZEN ZAMANI GELDİĞİ HALDE İLAÇLARINIZI REÇETE ETMEYİ UNUTTUĞUNUZ OLUYOR MU?

EVET HAYIR

EK – 2. ETİK KURULU ONAY FORMU



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16949557 -081

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 02.09.2015 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2015/18
Proje No : GO 15/536 (Değerlendirme Tarihi: 25.08.2015)
Karar No : GO 15/536 - 03

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Ayşe Gül KOC'un sorumlu araştırmacı olduğu, Prof. Dr. Serhat İNAL ile birlikte çalışacakları Arş. Gör. Freâ CEYLAN'ın tezi olan GO 15/536 kayıt numaralı ve "AIDS Hastalarının Tedaviye Uygun Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekeceği amaç, yaklaşım ve yöntemle.. dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | | |
|--|--------|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | İZİNLİ | 9. Prof. Dr. Rabıme Nolutçu (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Büken (Üye) | İZİNLİ | 10. Prof. Dr. R. Koksâl Özgül (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yılmazın Sara (Üye) | İZİNLİ | 11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Seveda F. Muftuoğlu (Üye) | İZİNLİ | 12. Doç. Dr. S. Kutay Demirkat (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sokutoensüer (Üye) | İZİNLİ | 13. Prof. Dr. Leyla Dinç (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayraktar Tunay (Üye) | İZİNLİ | 14. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Al. Düzova (Üye) | İZİNLİ | 15. Av. Meltem Onurlu (Üye) |
| 8. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsvrev Turnagöl (Üye) | | |

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06106 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 307 1082 • Faks: 0 (312) 319 6380 • E-posta: gocluk@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için:

**EK – 3. ARAŞTIRMANIN YAPILABİLMESİ İÇİN GEREKLİ İZİN
YAZISI**

30.07.2015

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU BAŐKANLIĐINA

“AIDS Hastalarının Tedaviye Uyum Durumları Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”
isimli projenin “Veri toplama formunun hastalara doldurtulması” yöntemini içeren kısmı Anabilim
Dalımızda yapılacaktır.

Saygılarımla

Prof. Dr. Serhan ÜNAL

EK – 4. ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Hasta Grubu)

Bu araştırma HIV(+) hastalarının tedaviye uyum durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Polikliniği'nde yapılmaktadır. Bu araştırma ile araştırma kapsamına alınan HIV(+)’li hastalarının ilaç uyumları belirlenecektir. Daha sonra ilaç uyumunu olumsuz etkileyen faktörler tespit edilerek belirtilen %90-100 oranındaki uyumun sağlanabilmesi için olası çözümler belirlenecektir. Bu sayede uygun çözümler üretilerek hastaların ilaç uyumunun daha yüksek bir orana ulaşması sağlanıp hastalık iyilik durumlarının daha üst seviyelere çıkarılması sağlanacaktır.

Bu sebeple soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Ankette yer alan bilgiler tamamen gizli tutulacaktır ve yalnızca bilimsel yayınlarda kime ait oldukları belirtilmeden kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme de yapılmayacaktır.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişime geçebilirsiniz.

Araş. Gör. Erdal CEYLAN

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Anabilim
Dalı

Telefon: 0536 232 3599

Katılımcının beyanı: Katılmam istenen çalışmanın amacını ve gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Bu çalışmaya katılmayı reddettiğim zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

KABUL EDİYORUM

EK - 5. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	Erdal CEYLAN
Doğum Tarihi	31.10.1989
Doğum Yeri	HATAY
Medeni Hali	Bekar
Uyruğu	T.C.
Adres	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Bilkent/Ankara
Tel	0536 232 3599
E-Mail	sinerkub_239@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	Antakya Atatürk Lisesi
Lisans	Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Yüksek Lisans	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	YDS: 71,25 (2015)
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURUŞLAR	
Onkoloji Hemşireleri Derneği	