



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ADANA GENELEVİNDE ÇALIŞAN SEKS İŞÇİLERİNİN CİNSEL YOLLA
BULAŞAN ENFEKSİYONLAR KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM DAVRANIŞ VE
DEPRESYON DURUMLARININ ARAŞTIRILMASI**

Dr. Nazan AKÇALI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Ersin NAZLİCAN

**Bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi Bütçesinden
TF2014LTP4 nolu proje olarak desteklenmiştir.**

ADANA-2015

TEŞEKKÜR

Tezimi hazırlanmasında bana yardımcı olan ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Sn. Doç. Dr. Ersin NAZLICAN'a,

Asistanlık eğitimim boyunca eğitim ve öğretimime katkıda bulunan, her zaman asistanların yanında olup, onları destekleyen Sn. Prof. Dr. Muhsin AKBABA'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca çok şey öğrendiğim Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın bütün öğretim üyelerine,

Bana destek olan asistan arkadaşlarıma,

Tezimin anket toplama aşmasında benden desteklerini esirgemeyen Adana Deri ve Zührevi Hastalıklar Dispanseri doktoru ve personeline,

Benim bu günlere gelmemde emeği olan aileme,

Her zaman desteğini yanımda hissettiğim, eşim Erkut ve sabır ve anlayışları için hayatımın anlamı olan çocuklarım Orkun ve Nehir'e

TEŞEKKÜR EDERİM.

Dr. Nazan AKÇALI

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLOLAR LİSTESİ	VII
ŞEKİLLER LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR LİSTESİ.....	IX
ÖZET	XI
ABSTRACT.....	XIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	3
2.2. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Bulaşma Yolları ve Risk Faktörleri	3
2.3. CYBE Etkenleri	5
2.3.1. Gonore.....	5
2.3.1.1. Etken	5
2.3.1.2. Epidemiyoloji	5
2.3.1.2. Klinik Belirtiler.....	6
2.3.1.3. Tanı	7
2.3.1.4. Tedavi ve Korunma	7
2.3.2. Sifiliz.....	8
2.3.2.1. Etken	8
2.3.2.2. Epidemiyoloji	8
2.3.2.3. Klinik Belirtiler.....	8
2.3.2.4. Tanı	10
2.3.2.5. Tedavi ve Korunma	12
2.3.3. İnsan Papilloma Virüs Enfeksiyonu (HPV enfeksiyonu)	13
2.3.3.1. Etken	13
2.3.3.2. Epidemiyoloji	13
2.3.3.3. Klinik	14
2.3.3.4. Tanı	14
2.3.3.5. Tedavi ve Korunma	14

2.3.4. Herpes Simplex Virüs (HSV) Enfeksiyonu	15
2.3.4.1. Etken	15
2.3.4.2. Epidemiyoloji	15
2.3.4.3. Klinik	16
2.3.4.4. Tanı	17
2.3.4.5. Tedavi ve Korunma	17
2.3.5. Hepatit B	17
2.3.5.1. Etken	17
2.3.5.2. Epidemiyoloji	18
2.3.5.3. Klinik	21
2.3.5.4. Tanı	22
2.3.5.5. Tedavi ve Korunma	22
2.3.6. Hepatit C	23
2.3.6.1. Etken	23
2.3.6.2. Epidemiyoloji	23
2.3.6.3. Klinik	24
2.3.6.4. Tanı	24
2.3.6. HIV	25
2.3.6.1. Etken	25
2.3.6.2. Epidemiyoloji	25
2.3.6.3. Klinik	28
2.3.6.4. Tanı	28
2.3.6.5. Tedavi ve Korunma	29
2.3.7. Diğer CYBE Etkenleri	32
2.4. Türkiye’de Seks İşçiliği ve Yasal Mevzuat	32
2.5. Depresyon	37
2.5.1. Depresyon Tanım	37
2.5.2. Depresyonun Sınıflandırılmaları	37
2.5.3. Depresyonun Epidemiyolojisi	38
2.5.4. Depresyon Etiyolojisi	38
2.5.4.1. Biyolojik Etkenler	38
2.5.5. Depresyonda Risk Faktörleri	40

2.5.6. Depresyonun Kliniği	40
2.5.6.1. Duygulanım Bozukluğu.....	40
2.5.6.2. Bilişsel Bozukluklar.....	41
2.5.6.3. Bedensel Belirtiler	41
2.5.6.4. Davranış Bozukluğu	42
2.5.7. Depresyonda Tanı	42
2.5.7.1. Depresyonda Tanı Ölçütleri.....	42
2.5.8. Depresyonda Tedavi	43
2.5.8.1. Farmakoterapi	44
2.5.8.2. Psikoterapik Yaklaşım	44
2.5.8.3. Elektro-Konvulsif Terapi (EKT)	45
3. MATERYAL ve METOD	46
3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri.....	46
3.2. Araştırmanın Tipi	46
3.3. Araştırmanın Evreni	46
3.4. Araştırmanın Uygulanması	47
3.5. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler	47
3.6. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler.....	47
3.7. Anket formu	47
3.7.1. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	49
3.8. Verilerin Analizi.....	49
3.9. Araştırmanın Kısıtlılığı	50
3.10. Araştırma Desteği.....	50
4. BULGULAR.....	51
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	51
4.2. Katılımcıların Sigara, Alkol Ve Madde Kullanımına Ait Özellikleri	52
4.3. Seks İşçilerinin Çalışma Hayatları İle İlgili Bazı Özellikleri.....	53
4.4. Katılımcıların CYBE Konusunda Eğitim Alma ve CYBE Geçirme Durumları..	54
4.5. CYBE Risk Grupları	54
4.6. CYBE Belirtileri.....	55
4.7. CYBE Duyulma Oranları	56
4.8. Seks İşçilerinin Kondom Kullanma Durumları.....	57

4.9. Seks İşçilerinin CYBE Konusundaki Genel Bilgi Durumları.....	58
4.10. Seks İşçilerin Hepatit B, Hepatit C ve Sifilizin Bulaşma Yolu ve Tedavileri ile İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı	59
4.11. CYBE’lerden Korunma.....	61
4.12. Seks İşçilerinin HIV/AIDS Konusundaki Bilgileri.....	62
4.13. Seks İşçilerinin Beck Depresyon Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı.....	69
4.14. Seks İşçilerinin Eğitim Düzeyleri İle Kondom Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	65
4.15. Seks İşçilerinin Sektörde Bulunma Süreleri İle Kondom Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması	65
4.16. Yaş Gruplarının Kondom Kullanımı İle Karşılaştırılması	66
4.17. Seks İşçilerinin CYBE Konusunda Eğitim Alma Durumları İle Kondom Kullanmalarının Karşılaştırılması.....	66
4.18. CYBE’lerin Seks İşçilerinde Tehlike Olduğunun Düşünülmesi İle Kondom Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması	67
4.19. CYBE’lerin Bilinmesi ile Kondom Kullanımının Karşılaştırılması	67
4.20. Seks İşçilerinin Depresif Belirti Görülme Oranlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması.....	70
4.21. Seks İşçilerinin Eğitim Düzeyleri İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması.....	70
4.22. Seks İşçilerinin Medeni Durumu İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması.....	71
4.23. Seks İşçilerinin Gelir Düzeyi İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması.....	72
4.24. Seks İşçilerinin Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sigara Kullanımı İle Karşılaştırılması.....	72
4.25. Seks İşçilerinin Depresif Belirti Görülme Oranlarının Alkol Kullanımı İle Karşılaştırılması.....	73
4.26. Seks İşçilerinin Depresif Belirti Görülme Oranlarının Madde Kullanımı İle Karşılaştırılması.....	73
4.27. Seks İşçilerinin Çalışma Yılları İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması.....	74

4.28. Seks İşçilerinin Önceden Enfeksiyon Geçirmesi İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması	74
4.29. Seks İşçilerinin CYBE İlgili Eğitim Almaları İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması	75
4.30. Kondom Kullanımı İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması	75
4.31. CYBE’ların Seks İşçileri İçin Tehlike Kabul Edilmesi İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması	76
4.32. Seks İşçilerinde Depresif Belirti Gösterme Riskini Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları	76
5. TARTIŞMA	78
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	92
KAYNAKLAR	96
EKLER	106
Ek 1: Aydınlatılmış Onam Formu	106
Ek 2: Anket Formu	107
ÖZGEÇMİŞ	115

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No:

Sayfa No:

Tablo 1.	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Etkenleri.....	3
Tablo 2.	Küresel HIV Epidemik Verileri 2013 (WHO/HIV departmant/july 21.2014).....	25
Tablo 3.	Türkiye’de Bildirilen HIV/AIDS Vakalarının Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı, Haziran 2013	26
Tablo 4.	Türkiye’de Bildirilen, Olası Bulaşma Yoluna Göre HIV/AIDS Vakaları, Haziran 2013 .	26
Tablo 5.	Türkiye’de Bildirilen AIDS Vaka ve Taşıyıcılarının Yıllara Göre Dağılımı	27
Tablo 6.	Katılımcıların Yaş Dağılımı	51
Tablo 7.	Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	52
Tablo 8.	Katılımcıların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımına Ait Bulguları.....	53
Tablo 9.	Seks İşçilerinin Başlama Yaşı, Sektörde Bulunma Süreleri ve Günlük Müşteri Sayıları	53
Tablo 10.	CYBE Konusunda Eğitim Alma ve Hastalık Geçirme Durumları	54
Tablo 11.	CYBE Risk Grupları	55
Tablo 12.	Kadınlarda CYBE Belirtileri	56
Tablo 13.	Erkeklerde CYBE belirtileri	56
Tablo 14.	CYBE Duyulma Oranları.....	57
Tablo 15.	Seks İşçilerinin Kondom Kullanımı İle İlgili Yanıtlarının Dağılımı.....	58
Tablo 16.	Seks İşçilerinin CYBE’larla İlgili Yanıtlarının Dağılımı.....	59
Tablo 17.	Seks İşçilerinin Hepatit B, Hepatit C ve Sifiliz İle İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	60
Tablo 18.	Seks İşçilerinin CYBE Korunma İle İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı....	61
Tablo 19.	Seks İşçilerinin HIV/AIDS Bulaşma ve Korunma İle İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı	64
Tablo 20.	Eğitim Düzeyinin Kondom Kullanımına Göre Dağılımı	65
Tablo 21.	Sektörde Bulunma Sürelerinin Kondom Kullanımına Göre Dağılımları	66
Tablo 22.	Yaş Gruplarının Kondom Kullanımına Göre Dağılımı	66
Tablo 23.	CYBE ile Eğitim Almanın Kondom Kullanımına Göre Dağılımı	67
Tablo 24.	CYBE’ların Seks İşçileri İçin Tehlike Oluşturmasının Kondom Kullanımına Göre Dağılımı	67
Tablo 25.	CYBE’ların Duyulmasının Kondom Kullanımına Göre Dağılımı	69
Tablo 26.	Seks İşçilerinin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Dağılımı	70
Tablo 27.	Seks İşçilerinin Yaş Gruplarının Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı	70
Tablo 28.	Seks İşçilerinin Eğitim Düzeylerinin Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı	71
Tablo 29.	Seks İşçilerinin Medeni Durumunun Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı	72
Tablo 30.	Seks İşçilerinin Aylık Gelirlerinin Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı.....	72
Tablo 31.	Seks İşçilerinin Sigara Kullanımının Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı	73
Tablo 32.	Seks İşçilerinin Alkol Kullanımının Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı	73
Tablo 33.	Seks İşçilerinin Madde Kullanımının Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı.....	74
Tablo 34.	Seks İşçilerinin Çalışma Süresinin Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı	74
Tablo 35.	Seks İşçilerinin Önceden Enfeksiyon Geçirmesinin Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı	75
Tablo 36.	Seks İşçilerinin CYBE Konusunda Eğitim Almalarının Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı	75
Tablo 37.	Seks İşçilerinin Kondom Kullanımının Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı.....	76
Tablo 38.	CYBE’ların Seks İşçileri İçin Tehlike Kabul Edilmesinin Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı	76
Tablo 39.	Seks İşçilerinde Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Belirti Görülme Riski İçin Yapılan Lojistik Regresyon Analizi.....	77

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

- Şekil 1. 1996-2000 yılları arasında T.C. Sağlık Bakanlığına bildirilen akut B tipi
hepatitlerin yaş gruplarına göre dağılımı20
- Şekil 2. Ülke genelinde 2005-2011 yılları arasında bildirilen akut HBV vakalarının yıllara
ve yaş gruplarına göre dağılımı.20

KISALTMALAR LİSTESİ

CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
HIV	: Human Immunodeficient Virüs
AIDS	: Acquired Immunodeficient Virüs
LGV	: Lenfogranuloma Venereum
HPV	: Human Papilloma Virüs
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ATO	: Ankara Ticaret Odası
PİH	: Pelvik İnflamatuvar Hastalık
RIA	: Rahim İçi Araç
FTA-ABS	: Floresanlı Treponema Antikor-Absorbsiyon testi
TPHA	: Treponema Pallidum Hemaglütinasyon testi
MHA-TP	: Mikro-Hemaglütinasyon T Pallidum
TPI	: T. Pallidum İmmobilizasyon
VDRL	: Venereal Disease Research Laboratory
RPR	: Rapid Plasma Reagin
TCA	: Trikloroasetik Asit
BCA	: Bikloroasetik Asit
HSV	: Herpes Simplex Virüs
VSV	: Varisella Zoster Virüs
HBV	: Hepatit B Virüsü
HCV	: Hepatit C Virüsü
TKAD	: Türk Karaciğer Araştırma Derneği
WB	: Western Blot
IFA	: İmmun Floresan Assay
PCR	: Polymerase Chain Reaction
NRTİ	: Nükleozid Revers Transkriptaz İnhibitörleri
NtRTİ	: Nükleotid Revers Transkriptaz İnhibitörleri
NNRTİ	: Non-Nükleozid Revers Transkriptaz Enzim İnhibitörleri
PI	: Proteaz İnhibitörleri
FI	: Füzyon İnhibitörleri

CRI	: Ko-reseptör İnhibitörleri
İNİ	: İntegraz İnhibitörleri
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
MHPG	: 3-Metoksi 4 Hidroksi Fenilglükol
HVA	: Homovalinik Asit
5 HİAA	: 5-Hidroksi İndol Asetik Asit :
MAOI	: Monoamino Oksidaz İnhibitörleri
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BDI	: Beck Depresyon Inventory
EKT	: Elektro-Konvulsif Terapi
LGBT	: Lezbiyen, Gay, Biseksüel, Transgender
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ÖZET

Adana Genelevinde Çalışan Seks İşçilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Konusunda Bilgi, Tutum, Davranış ve Depresyon Durumlarının Araştırılması

Giriş ve Amaç: CYBE'lar gelişmiş, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde önemli halk sağlığı sorunlarından birini oluşturmaktadır. Genelev kadınları yaptıkları iş gereği, CYBE yönünden yüksek risk gruplarından birini oluşturmaktadır. Bu tez çalışmasının amacı; CYBE açısından yüksek risk altında olan Adana genelevinde çalışan kayıtlı seks işçilerinin CYBE ve korunmaya yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını ve burada çalışan kadınların depresyon durumlarını saptamaktır. Bunun sonucunda da, bu alanda yapılan az sayıdaki çalışmalar nedeniyle bu konudaki sorunların tespit edilmesine katkı sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Adana Genelevinde çalışan seks işçilerinin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda bilgi, tutum, davranış ve depresyon durumlarını belirlemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Adana Genelevinde çalışan kayıtlı seks işçileri oluşturmaktadır. Çalışmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma sonucunda 108 seks işçisine ulaşılmıştır. 108 kadına sosyo-demografik özelliklerden oluşan 21 soruluk, cinsel özgeçmiş ve CYBE konusunda bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik 52 soruluk ve depresyon durumlarını tespit etmeye yönelik 21 sorudan oluşan bir anket formu uygulandı. Verilerin analizi için SPSS 15.0 programı kullanıldı. Ki-kare, korelasyon ve lojistik regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Katılımcıların yaşları ortalama $43,8 \pm 8,3$ yıl idi. Araştırmaya katılanların öğretim düzeyi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,001$) Araştırmaya katılanların, sektörde bulunma süresi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,001$). Yaş grupları ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulundu. ($p=0,007$). Seks işçilerinin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $15,9 \pm 11,6$, ortancası 16 idi. Katılımcılardan BDÖ 17 ve üstünde olanlar % 48,1 idi. depresif belirti görülme ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,01$). Ayrıca yaş ile BDP'ni arasındaki korelasyonu değerlendirdiğimizde, yaş ile BDP'ni arasında olumlu yönde orta ve anlamlı bir korelasyon vardı. ($r=0,301$ $p=0,002$). Katılımcıların eğitim düzeyi ile BDÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulundu. ($p=0,01$). Çalışmaya katılan seks işçilerinin çalışma yıllarına bakıldığında 20 yıl ve daha fazla çalışanlarda depresif belirti görülme oranı daha yüksek bulundu. ($p=0,01$). Ayrıca mesleğe başlama yaşı düştükçe depresyon puanları artmaktaydı. Mesleğe başlama yaşı ile beck depresyon puanı arasında ters yönde zayıf düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı. İkili karşılaştırmalar sonucunda p değeri 0,1'in altında bulunan değişkenler kullanılarak yapılan Lojistik Regresyon analizi sonucunda bireyin yaşındaki her bir yıl artışın depresif belirti görülme riskini 1,111 kat (%95 GA: 1,050-1,175) arttırdığı bulundu.

Sonuç: Bu çalışmamızın sonucuna göre öğrenim düzeyi arttıkça ve sektörde bulunma süreleri ve yaşları azaldıkça seks işçilerinin kondom kullanma oranları artmaktaydı. Yine sektörde bulunma süreleri arttıkça ve mesleğe başlama yaşları

küçüldükçe depresif belirti görülme oranları artmaktaydı. Eğitim düzeyleri arttıkça da depresif belirti görülme oranları azalmaktaydı. Seks işçiliği toplumda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) yayılım hızını belirleyen en önemli etkenlerden biridir. Bu nedenle seks işçilerine CYBE'dan korunmaya yönelik bilgi veren, tutum ve davranış değiştirmeyi hedefleyen eğitimler yaygınlaştırılmalı ve seks işçilerine yönelik psikolojik destek programları uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Seks İşçisi, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE), Beck Depresyon Ölçeği.

ABSTRACT

“The Research of Knowledge, Attitude and Behavior of sex-workers in Adana Brothel about Sexually Transmitted Infections (STIs) and their Depression Situation”

Background and Objective: STIs are one of the most important problems of public health in developed and especially developing countries. Because of their jobs women working in brothels are high risk group for STIs. This study aimed to determine the knowledge, attitude and behavior of sex-workers in Adana Brothel about STIs and prevention of these infections and their depression situation. There are a few studies about this subject and this study will be useful for the identification of the problems.

Materials and Methods: This is a descriptive study planned to determine the knowledge, attitude and behavior of sex-workers in Adana Brothel about STIs and their depression situation. The universe of the study was registered sex-workers in Adana Brothel. It's aimed to reach all the universe. At the end of the study 108 sex-workers were reached. The questionnaire performed consisted of 21 questions about socio-demographic features, 52 questions about sexual history and the level of knowledge about STIs and 21 questions about depression situation. Data analysis were performed using SPSS version 15.0. Chi-square, correlation analysis and logistic regression used for the evaluation of the data.

Results: The mean age of participants was $43,8 \pm 8,3$ years. There was a significant association between education level and condom use ($p < 0,001$). There was a significant association between age groups and condom use ($p = 0,007$). There was also a significant association between the time period in the sector and condom use ($p < 0,001$). Sex-workers' Beck Depression Scala score mean was $15,9 \pm 11,6$ and median 16. 48,1 % of the participants Beck Depression Scala score was 17 and over. There was a significant association between depressive symptoms and age ($p = 0,01$). When we evaluate the correlation between age and Beck Depression Scala score moderate and significant correlation on the positive side found ($r = 0,301$ $p = 0,002$). There was a significant association between the participants education level and Beck Depression Scala score ($p = 0,01$). According to the time period in the sector depressive symptoms were higher in sex-workers working 20 years and over ($p = 0,01$). When the age of the profession decreased depression score increased. There was a poor significant correlation on the opposite side between age of the profession and Beck Depression Scala score. As a result of pairwise comparisons using p-value under 0,1 variables logistic regression analysis were performed and it's found out that every one year increase at the age of individual also increases the risk of depressive symptoms 1,111 times (% 95 confidence interval: 1,050-1,175).

Conclusions: According to the result of our study when the education level and the time period in the sector decrease, the percentage of condom use increases. When the time period in the sector increases, the age of profession decreases, the percentage of depressive symptoms increases. When education level increases depressive symptoms ratio decreases. Sex business is the most important factor that determines the rate of STIs spread. Therefore education programs that aims to provide information,

change of attitude and behavior for the protection from STIs must be expanded and psychological support programs for sex-workers should be applied.

Key Words: Sex-worker, STIs, Beck Depression Scala.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), etkenin cinsel temas sonucu hasta ya da taşıyıcı kişiden konakçıya bulaşması ile ortaya çıkan enfeksiyonlardır.¹

CYBE, “Human İmmunodeficient Virus (HIV)” enfeksiyonunun tanımlanmasıyla yeniden güncellik kazanan halk sağlığı sorunu olarak tüm dünyada önemsenen enfeksiyonlardır. Bulaşma yollarının özellikleri, neden oldukları akut ya da kronik sağlık sorunları, geç dönem sekelleri, infertilite, ektopik gebelik ve yeni doğanda körlüğe kadar giden göz enfeksiyonları gibi sosyal ve yaşamsal önemi olan sonuçlarıyla önem taşır. Bu hastalıkların oluşumunda rol oynayan biyolojik ve sosyal faktörlerin yanı sıra klinik ve laboratuvar tanılarında yaşanan güçlükler nedeniyle önleme ve kontrol programlarında zorluklar yaşanmakta ve tüm dünyada gizli bir epidemi yaparak yayıldıkları düşünülmektedir.²

CYBE’ların tarihi insanlık tarihi kadar eskiye dayanmakla birlikte, HIV/AIDS dışında ölümcül olmayışları, bazılarının tanı ve tedavilerinin güçlüğü, bulaşmalarında önemli role sahip olan cinsel davranış modellerinin değiştirilmesinin zorluğu ve toplumdaki önyargılar gibi nedenler, bu hastalıkların kontrolüne karşı toplumsal ilgisizliğin temellerini oluşturmuştur. Ancak 80’li yılların başında HIV/AIDS’in ölümcül bir hastalık olarak tanımlanması, kısa sürede pandemik boyuta ulaşması ve bazı CYBE’ların HIV bulaşmasını kolaylaştırdığının kanıtlanması ile CYBE’ların toplumsal ve ekonomik yüklerinin farkına varılmış ve bu hastalıkların kontrolü konusunda ciddi adımların atılmasının gerekliliği anlaşılmıştır.^{3,4}

Tarihsel öneme sahip beş venereal hastalık klasik olarak sifiliz, gonore, şankroid, lenfogranüloma venereum (LGV) ve granüloma inguinale olarak bilinmekte iken, günümüzde tanı yöntemlerindeki gelişmeler sonucu etken mikroorganizmaların sayısı 30’u geçmiştir. Tanı yöntemlerindeki gelişmeler bu hastalıkların boyutu, bulaş yolları ve sonuçlarını ortaya koyan epidemiyolojik araştırmalara hız kazandırmıştır. Günümüzde çok sayıda genç ve cinsel yönden aktif insan CYBE ile karşılaşma riski altındadır. Sifiliz, gonore ve klamidy enfeksiyonları antibiyotiklerle kolaylıkla tedavi edilirken, insan papilloma virüs (HPV), HIV enfeksiyonları kesin tedavisi olmayan, ciddi komplikasyonlara sahip enfeksiyonlardır.^{2, 5}

CYBE'ların yayılmasının önlenmesi ve kontrol altına alınması DSÖ'nün 2006-2015 yılları global stratejik hedefleri arasında yer almaktadır. ⁶

CYBE hakkında verilen eğitimlerin yetersizliği, turizm sektörünün giderek gelişmesi ve ilişki kurulan insanların artması, seks sektöründe çalışanlarda ve bunlarla temasta bulunanlardaki artış, devlet denetimindeki kayıtlı genelevlerdeki hayat kadınlarının yanında kayıt dışı olarak sokakta çalışanların fazlalığı ve hayat kadınları ile cinsel ilişkide kondom kullanımının yetersizliği ülkemiz için CYBE riskini arttırmaktadır. ⁷

Genelev kadınları yaptıkları iş gereği, CYBE yönünden yüksek risk gruplarından birini oluşturmaktadır. Ankara Ticaret Odasının (ATO) raporuna göre Türkiye'de faaliyet gösteren 56 genelevde, kayıtlı yaklaşık 3 bin hayat kadını çalışmaktadır. Türkiye'de tescilli hayat kadını sayısı da 25 binden fazladır. Genelevlerde, hukuki sorun yaratmaması için vesikasız çok sayıda kadının çalıştığı, çalışacak genelev bulamadığı içinde birçoğunun gizli fuhuş yaptığı belirtilmektedir. Bu kadınların kendileri müşterileri yoluyla hastalıklarla enfekte olabildikleri gibi, hastalıkların müşterilerine ve müşterileri yoluyla da toplumdaki diğer bireylere bulaşmasına neden olmaktadır. ⁸

Ayrıca CYBE olan ve cinsel yoldan kötüye kullanılan kadınların, diğer kadınlara göre daha fazla psikolojik sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir. ⁹

Bu tez çalışmasının amacı; CYBE açısından yüksek risk altında olan Adana genelevinde çalışan kayıtlı seks işçilerinin CYBE ve korunmaya yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını ve burada çalışan kadınların depresyon durumlarını saptamaktır. Bunun sonucunda da, bu alanda yapılan az sayıdaki çalışmalar nedeniyle bu konudaki sorunların tespit edilmesine katkı sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

CYBE'lar arasında gonore, sifiliz ve AIDS yaygın olarak bilinmekle birlikte, cinsel yolla bulaşıp çeşitli hastalık tablolarına yol açan 30'dan fazla etken bulunmaktadır. Bu etkenler; virüs, bakteri, parazit gibi çeşitli olup, neden oldukları hastalıklar ürogenital, oral, anal, farangial, oftalmik ya da sistemik belirtilerle seyredebilirler. Bunlara ek olarak cinsel yolla bulaşmadığı halde ayırıcı tanıda büyük önem taşıyan candida türleri de genellikle bu hastalıklar arasında incelenmektedir. ¹⁰ (Tablo 1).

Tablo 1. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Etkenleri

Bakteriler	Virüsler
<i>Treponema pallidum</i>	<i>Herpes Simpleks virüsü</i>
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Hepatit B virüsü</i>
<i>Chlamidia trachomatis</i>	<i>Hepatit C virüsü</i>
<i>Mycoplasma hominis</i>	<i>Sitomegalovirüs</i>
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	<i>İnsan Papilloma Virüsü</i>
<i>Haemophilus ducreyi</i>	<i>Molluscum Contagiosum virusu</i>
<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>	<i>İnsan Bağışıklık Yetmezlik virüsü (HIV)</i>
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Protozoonlar
<i>Mobiluncus</i>	<i>Ttrichomonas vaginalis</i>
<i>B grubu streptokoklar</i>	Mantarlar
Ektoparazitler	<i>Candida türleri</i>
<i>Phthirus pubis</i>	
<i>Sarcoptes scabiei</i>	

2.2. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Bulaşma Yolları ve Risk Faktörleri

CYBE'ların başlıca geçiş yolu korunmasız cinsel ilişki (vaginal, oral, anal)'dir. Anneden bebeğe (doğum sırasında ya da sonrasında) bulaşlar, ayrıca kan, kan ürünleri, damar içi yoldan madde kullanımı ve organ aktarımları yoluyla gerçekleşen bulaşlar diğer geçiş yollarını oluşturur. Bulaşmayı etkileyen faktörler;

Biyolojik faktörler:

Yaş ve cinsiyet: CYBE toplumlara göre farklılıklar bulunsa da genellikle cinsel aktivitenin en yüksek olduğu 15-35 yaşlar arasında yoğunlaşmaktadır.Yapılan araştırmalarda,ondokuz yaşın üzerinde,CYBE'ların erkeklerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir.

Kişisel faktörler

CYBE'lara yakalanma riskini arttıran kişisel faktörler arasında; bekâr/yalnız yaşam, sigara/alkol/uyuşturucu bağımlılığı ve sağlıklı olmaya özen göstermeme gibi davranış modelleri yer almaktadır. Kimi cinsel davranışların ve olumsuz sağlık davranışlarının CYBE'larla karşılaşmada, hastalanmada ve de hastalığı komplikasyonla geçirmede önemli olduğu bilinmektedir. CYBE bulaşma riskini arttıran belli başlı cinsel davranış biçimleri şunlardır;

- Erken yaşta cinsel ilişki
- Çok eşlilik
- Sık eş değiştirmek, rastgele ilişki kurmak
- Cinsel eşin çok eşli olması
- Hastalık kuşkusu olan kişilerle ilişkide bulunmak ve ilişkiyi sürdürmek
- Paralı cinsel ilişki kuranlarla ya da onların eşleri ile ilişkide bulunmak
- Hastalık belirtileri varken cinsel ilişkide bulunmak
- Sayılan durumların herhangi birinde kondom kullanmamak
- Tanı ve tedavide gecikmek, tedaviye uymamak
- Eşe bilgi vermemek tedavisini engellemek.^{4,11}

Sosyal faktörler

CYBE'lar ve HIV/AIDS''in yüksek insidans ve prevalans gösterdiği gelişmekte olan ülkelerde toplumun büyük bölümü gençlerden ve genç erişkinlerden oluşmaktadır. Nüfus artışının çok hızlı olması, genç neslin, dolayısıyla risk altındaki kişilerin sayısını arttırmaktadır. Hızlı kentleşme ve kırsal alanda kentlere göçlerin olması aile düzeninin bozulmasına ve geleneklerin yıkılmasına neden olmaktadır. Paralı sekste artış olması da bu durumlarla ilişkilidir. Gelişmekte olan ülkelerde yukarıda sayılan nedenlere bağlı olarak işsizlik, evsizlik gibi ekonomik sorunların yanı sıra, sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve toplumun eğitim düzeyinin düşük olması da bu hastalıkların artışına yol

açmaktadır. Bunlara ek olarak son 50 yıldır sivil toplumun seyahat olanakları çok artmıştır. Turizm günümüzde dünyadaki en büyük endüstridir. Özellikle batı ve kuzey Avrupa ülkelerinden Güney Afrika, Güney Amerika ya da Uzakdoğu ülkelerine seyahat edenler, bu bölgelerde yaygın olarak görülen herhangi bir CYBE edinme riski altındadırlar^{11,12}

2.3. CYBE Etkenleri

2.3.1. Gonore

2.3.1.1. Etken

Neisseria Gonorrhoeae cinsel yoldan ya da perinatal olarak bulaşan ve halk arasında bel soğukluğu olarak adlandırılan hastalığın etkenidir. *N. Gonorrhoeae* genellikle hareketsiz, sporsuz, gram negatif diplokoklardır. Kuruluğa son derece dayanıksız bakterilerdir. Bu nedenle hastalardan alınan örnekler hemen zenginleştirilmiş besiyerlerine ekilmelidir. Glukoz ile zenginleştirilmiş çikolata agar, Thayer-Martin besiyeri kültür için en çok kullanılan besiyerleridir. Üremeleri için %5-10 CO₂'ye ihtiyaç duyarlar.¹³

2.3.1.2. Epidemiyoloji

Gonorenin gelişmiş ülkelerde görülme sıklığı azalmış olarak bildirilmesine karşın tüm dünyada önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Örneğin ABD'de her yıl ortalama 315.000 yeni vaka bildirilmektedir^{14,15} Türkiye'de gerçek insidans tam olarak bilinmemektedir. Ancak eksik bildirimlerin gerçek rakamları maskeleyiği düşünülmektedir. *N. gonorrhoeae*'nin tek doğal konağı insandır. Gonore düşük sosyoekonomik düzeye sahip toplumlarda daha sık görülmektedir. Her yaşta görülebilmektedir, ancak özellikle cinsel aktif yaş olan 15-35 yaşlar arasında özellikle 20-24 yaşlarda en siktir.

Gonorenin tek bir cinsel ilişki ile enfekte kadından erkeğe bulaşma riskinin %20 olduğu tahmin edilmektedir. Ancak bu oran ilişki sayısı arttıkça %60-80'e ulaşmaktadır. Erkekten kadına ise tek ilişki sonrası bulaşma olasılığı çok yüksek olup %50'nin üzerindedir. Cinsel ilişkide rektal yol diğer önemli bulaşma yolunu oluşturmaktadır. Bunun yanında düşük sosyoekonomik düzey, kötü eğitim, kırsal kesimde yaşama, bekâr olma, çok sayıda cinsel eşin olması, ilaç bağımlılığı, hastalığın asemptomatik

seyretmesi ve fark edilmemesi gonore insidansını arttıran faktörler arasında sayılmaktadır.¹⁶

2.3.1.2. Klinik Belirtiler

Erkeklerde gonokokların en sık oluşturduğu tablo üretrittir. İnkübasyon süresi ortalama 2-5 gün arasında değişir. Başlangıçta üretradan az miktarda ve mukoid karakterde bir akıntı olur. Ancak birkaç gün içerisinde olguların büyük bir kısmında, yaklaşık %80’inde akıntı bol ve pürülan bir hal alır. Bunun dışında %50 olguda dizüri, meatusta eritem görülür. Asemptomatik üretrit erkek olguların %10’unda görülmektedir. Bunlar hastalığın yayılmasında önemli birer kaynaktır. Antimikrobiyal tedavi almayan erkeklerde gonokok enfeksiyonlarında komplikasyon gelişebilmektedir. Bunlar nadir görülmekle birlikte akut epididimit, prostatit, periüretral abse, seminal vezikülit, peniste lenfanjit, tromboflebit, sünnetsiz erkeklerde balanit bunlar arasında sayılabilir. Homoseksüel erkeklerde ayrıca anorektal ve oral yolda cinsel ilişkiye bağlı olarak nadiren (%5) farengeal gonore görülebilmektedir.

Kadınlarda gonokok enfeksiyonu primer olarak endoserviksi tutmaktadır. N.gonorrhoeae serviks ağzı yanı sıra serviksin daha periferini ayrıca üretra, rectum ve farenksi de enfekte eder, ayrıca nadiren periüretral (skene) bezler ile bartholin bezlerini de tutar. Ancak vaginal mukoza genellikle etkilenmez. Kadınlarda gonokok enfeksiyonları genellikle Chlamidya Trachomatis ve Trichomonas Vaginalis ile birlikte dir. Bu sebeple gonokok enfeksiyonlarının kadınlardaki klinik seyri erkeklerdeki kadar tam anlaşılmış değildir. Asemptomatik ya da hafif semptomatik olguların oranı %90’lara ulaşabilmektedir. Kadınlardaki gonokok enfeksiyonlarında servisit ön plandadır. Semptomatik kadınlarda inkübasyon süresi ortalama 10 gündür. Pürülan vaginal akıntı en sık görülen semptomdur. Olguların %20’sinde serviste genital kanalın diğer bölgelerindeki enfeksiyon da eşlik edebilir. Pelvik inflamatuvar hastalık (PİH) olarak adlandırılan bu tabloda alt genital sisteme ilişkin yakınmalar, yanı sıra genellikle iki taraflı karın ağrısı bulunur. Olguların bir kısmında üşüme, titreme ile yükselen ateş, bulantı ve kusma bulunur. Laboratuvar incelemelerinde lökositöz, CRP ve sedimentasyon hızında artış saptanır. Rahim içi araç (RİA) kullanan kadınlar ile genç kadınlarda PİH riski diğer kadınlara göre daha yüksektir. Gonokokal PİH sonrası fallop tüplerinde obstrüksiyona bağlı gelişen infertilite en önemli komplikasyonu oluşturur.

Bir defa geçirilen hastalıktan sonra infertilite riski %20 iken yineleyen enfeksiyonlarda oran %80'lere ulaşmaktadır.

Gonokokların bakteriyemi yapması sonucu, dermatit, artirit, tenosinovit, hepatit, menenjit, endokardit tabloları da ortaya çıkabilir. Enfekte anneden bebeğe bulaşma sonucu konjunktivite (oftalmia neotarum) neden olmaktadır. Ayrıca Gonore ile HIV enfeksiyonunun birlikteliği özellikle HIV'in endemik olduğu ülkelerde yapılan araştırmalarda gösterilmiştir. Gonore, HIV enfeksiyonu görülme sıklığını arttırdığı gibi HIV ile enfekte olgularda gonoreye daha sık rastlanmaktadır.^{14,17,18}

2.3.1.3. Tanı

Gonorenin tanısı enfekte vücut sıvılarından alınan örneklerde etkenin saptanması temeline dayanır. Bunlardan en çok kullanılanı gram boyalı preparatın mikroskopik incelenmesi ile kültürdür. Gram boyalı preparat incelenmesinde polimorf lökositler içinde gram negatif diplokokların görülmesi gonokokal üretrit için %95-100 tanı koydurucu iken gonokokal servisit tanısında %50 duyarlılığa sahiptir. Ancak kültür gonokokal enfeksiyon tanısında altın standardı oluşturmaktadır. Antibiyotikli seçici besiyerleri (örneğin Thayer Martin) gonokokların izolasyon şansını artırmakta ve kontaminasyon riskini en aza indirmektedir. Tek kültür ile etkenin izolasyon şansı erkeklerde %95'lere kadınlarda ise %80-90'lara ulaşmaktadır. 48 saatten sonraki kan kültürlerinde izolasyon şansı azalmaktadır.^{14,18,19}

2.3.1.4. Tedavi ve Korunma

Komplike olmamış erişkin gonokok enfeksiyonlarının tedavisinde 3. kuşak sefalosporinler, kinolonlar, karbepenemler ve monobaktam antibiyotikler kullanılmaktadır. Seftriakson 250 mg tek doz i.m. en çok önerilen tedavi seçeneğinin başında gelmektedir. Penisilinaz üretmeyen N. Gonorrhoeae tedavisinde 4.8 milyon ünite prokain penicilin G i.m. tek doz kullanılabilir. PIH'da gonokoklar ile birlikte Klamidya ve fakültatif anaerob bakteriler birlikte olduklarından ampirik tedavide sefalosporinler doksisisiklin ile yedi, ya da kinolonlar klindamisin ile kombine edilerek on dört gün süre ile kullanılmaktadır. Dissemine gonokokal enfeksiyon tedavisi daha uzun süre ve daha yüksek dozlara gereksinim göstermektedir.

Diğer cinsel yoldan bulaşan etkenler için olduğu kadar gonorenin bulaşmasını da önlemede cinsel ilişki sırasında koruyucu önlemlerin alınması örneğin kondom kullanılması en etkin yöntemlerden birini oluşturmaktadır. Yine gonore saptanan bir kişinin cinsel eşinin de tedavisi hastalığın kontrolünde bir diğer önemli noktayı oluşturmaktadır.^{20,21}

2.3.2. Sifiliz

2.3.2.1. Etken

Etkeni Treponema Pallidumdur. T.Pallidum ince, uzun, helikal kıvrımları olan, gram negatif, sarmal bir bakteridir. Aksiyal filaman adı verilen uzantıları ile çok hareketlidir. Sporu ve kapsülü yoktur. İkiye bölünerek çoğalırlar. Treponemalar dış ortam koşullarına çok duyarlıdır, kuru ortam ve vücut ısısının üzerindeki sıcaklıklarda hemen ölürler. Uygun koşullarda saklanmış hastalık örneklerinde ise; etüv veya oda ısısında, canlılıklarını 7-10 gün koruyabilirler.²²

2.3.2.2. Epidemiyoloji

Sifiliz, tüm dünyada yaygın olarak bulunan bir hastalıktır. Bilinen tek konağı insandır. Cinsel ilişki, öpüşme, kan aktarımı, doğrudan yakın temas ve in uteri bulaşabilir. Hastalığın en bulaşıcı dönemi birinci ve ikinci evredir. Vücutta nemli lezyonların (şankır, kondiloma lata, müköz plaklar) bulunması bulaştırıcılığını artırır.²³

DSÖ'nün tahminlerine göre, tüm dünyada her yıl 12 milyon yeni sifiliz olgusu saptanmaktadır.²⁴ Sifiliz, Avrupa Birliği ülkelerinde klamidy ve gonoreden sonra üçüncü en sık bildirilen cinsel yolla bulaşan hastalıktır. Bu ülkeleri kapsayan süveyans verilerine göre 2009 yılındaki sifiliz insidansı 4,5/100.000'dir. Her ne kadar 2006-2009 yılları arasında bildirim oranlarında yaklaşık %7'lik bir azalma bildirilmişse de bu değişim ülkelere göre belirgin farklılıklar göstermektedir.²⁵

2.3.2.3. Klinik Belirtiler

Hastalık ortalama 21 günlük (3-90) bir kuluçka döneminin ardından başlar. Etkenin birçok organ ve sisteme yerleşmesi ile klinik tablo çok değişkendir ve birçok hastalığı taklit eder.

Birinci Evre Sifiliz

İlk lezyon, “sifilitik şankır” adı verilen yaradır. Şankır genellikle inokülasyon bölgesinde tek, bazen de özellikle bağışıklık yetmezliği olanlarda, birden çok olabilir. Lezyon önce ağrısız bir papül şeklinde başlar, daha sonra ülserleşir. Şankır geliştikten yaklaşık 1 hafta sonra inguinal bölgede ağrısız, lastik kıvamında lenf düğümleri ortaya çıkar. Şankır en geç 2 ay içinde kendiliğinden hiçbir iz bırakmadan veya ince bir skar dokusu ile ortadan kaybolur.²⁶⁻²⁸

İkinci Evre Sifiliz

Şankırın ortaya çıkışından yaklaşık 2-8 hafta sonra, bakterinin tüm vücuda dağılması sonucunda gelişen ikinci dönem belirtileri başlar. İkinci evrenin en tipik bulgusu, deri ve mukozalardaki yaygın döküntüdür. Başlangıçta maküler nitelikte olan, avuç içleri ve ayak tabanları da dâhil olmak üzere tüm vücudu kaplayan bu döküntü rozeol olarak adlandırılır. Rozeollerle birlikte vücutta yaygın lenfadenopati de ortaya çıkar. Bu dönemde kondüloma lata adı verilen grimsi beyaz renkte veya eritemli tipik plaklar oluşur. Bu plakların yüzeyi kolaylıkla erozyona uğrar ve çok sayıda bakteri içerdiklerinden bulaşıcıdır. Bu dönemde saçlı derideki lezyonlara bağlı saç, sakal, kaş ve kirpiklerde güve yeniği tarzında döküntüler de göze çarpar.^{26,27}

Latent (sessiz) Sifilis

Hastalığın ilk iki evresini geçiren kişilerin yaklaşık %30’unda hastalık kendiliğinden iyileşebilir. İkinci bir %30’luk hasta gurubu latent döneme girer. Bu dönemde hiçbir klinik belirti ve bulgu yoktur. Sadece serolojik testler pozitifdir. Latent dönemin ilk bir yılı erken latent dönem olarak tanımlanır. Hasta cinsel yolla bulaştırıcı değildir.²³

Üçüncü Evre Sifilis

Hastalığın en çok hasara yol açan dönemi budur. Üçüncü evre sifilisin tipik lezyonları enfeksiyondan 3-10 yıl sonra ortaya çıkar. Bu lezyonlar en sık iskelet sistemi, deri ve mukokütanöz dokuda gelişirse de tüm organlarda bulunabilir. Bu oluşumlar enfeksiyöz değildir, ancak yerel harabiyet oluşturmaları nedeniyle klinik açıda önem taşırlar. Nörosifiliz ve kardiyovasküler sifilis bu dönemde gözlenir.^{23,26}

Konjenital Sifilis

Hastalığın her evresinde fetüs enfekte olabilirse de bulaşma olasılığı erken sifilizde en yüksektir. Bundan sonra giderek azalır. Gebeliğin ilk dört ayı içinde inutero enfeksiyon olasılığı çok düşüktür. Bu nedenle bu sürede annenin tedavi edilmesi, fetüsün enfekte olma olasılığını engelleyecektir. İn uteri enfeksiyon, geç abortus, ölü doğum, neonatal ölüm veya neonatal latent enfeksiyon ile sonuçlanabilir.

- a- *Erken Konjenital Sifiliz:* Genellikle kanlı seröz burun akıntısı ile seyreden rinit şeklinde ortaya çıkar. Bunun ardından ağızda müköz plaklar tüm vücutta yaygın makülopapüler döküntüler ortaya çıkar. Kemiklerde periostit ve osteokondrit gibi anormalliklere sık rastlanır. Bunların dışında koryoretinit, pnömoni, hepatomegali ve nefrotik sendrom diğer klinik tabloları oluşturur.
- b- *Geç Konjenital Sifiliz:* 2 yaşından sonra ortaya çıkar. Genarilize osteokondrit ve perikondrit ile iskelet sistemindeki tüm kemiklerde şekil bozuklukları dikkati çeker.^{23,26}

2.3.2.4. Tanı

1. Direkt Tanı Yöntemleri

A- **Karanlık Saha Mikroskopisi:** Primer şankr, condiloma lata ve müköz lezyonlardan alınan örneklerle uygulandığında doğru ve tekrarlanabilir sonuçlar vermesi, hızlı ve ucuz olması nedeniyle tercih edilen bir tanı testidir. Dolayısıyla birinci evre, ikinci evre ve konjenital sifiliz gibi ıslak lezyonlar görüldüğünde ilk seçilecek yöntemdir. Materyal alma işlemi esnasında bölge sabun ve antiseptik solüsyonlar ile temizlenmemelidir. Ağız ve genital bölgeden alınan örneklerde sifiliz etkeni olmayan treponemalar bulunabilmektedir. Karanlık saha mikroskopik incelemesinin negatif sonuç vermesi hastalığı ekarte ettirmez, en az üç kez tekrarlanmalıdır.^{29,30}

B- **İmmunofloresan Mikroskopisi:** İncelenecek preparat üzerindeki materyal floresein ile konjuge edilmiş anti T.pallidum antikoları ile muamele edilerek ultraviyole mikroskopunda incelendiğinde fluoresans veren T. Pallidum antijenlerinin direkt görülmesi esasına dayanmaktadır. Daha sensitif ve spesifik olması ve canlı mikroorganizmaya ihtiyaç duyulmaması avantajdır.³¹

C- **Hayvan Deneyleri:** Sifiliz tanısında kullanılan en eski metottur. Bu konuda en pratik deney hayvanı tavşan olarak bilinmektedir. Materyal testis içine inoküle

edildikten sonra üç haftada büyümüş ve iltihaplanmış testisten alınan materyalde bol sayıda treponema görülmektedir.^{31,32}

2. İndirekt (Serolojik) Tanı Yöntemleri

T. pallidum'un in vitro kültürü yapılamayan sayılı birkaç mikroorganizmadan biri olması nedeniyle, etiyolojik tanıda etkenin mikroskobik olarak saptanması ve serolojik tanı oldukça önem taşımaktadır. Ancak mikroskobik tanı ile sadece birinci evre ve ikinci evre sifilize ait deri ve mukoza belirtileri olan hastaların lezyonlarından hazırlanan preparatlarda etkeni saptamak mümkündür. Sifiliz tanısı için yapılan serolojik testler ile iki değişik tip antikor ölçümü yapılır. Bunlar nonspesifik (nontreponemal) ve spesifik (treponemal) antikorları belirlemeye yarayan testlerdir. Nonspesifik antikorları ölçen testler hızlı, ucuz ve çok sayıda serumu taramak için uygun olan testlerdir ve hastalığın aktivitesini göstermek açısından oldukça yararlıdır. Spesifik testler ise yüksek oranda treponemal enfeksiyonu göstermekte olup enfeksiyonun zamanını belirleyemez.^{33,34}

A- Nontreponemal Testler: Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) flokülasyon testi ile Rapid Plasma Reagin (RPR) aglütinasyon testleri sıklıkla tarama amacıyla kullanılmaktadır. Bu testler kardiolipin-lesitin-kolesterol antijenine yönelik antikorları ortaya çıkarır. Titrasyonu uygun olması nedeniyle hastalık takibinde de kullanılır. Erken birinci evre sifilizin 4-7'nci gününde reaksiyon vermeye başlayan bu testler, 4-8 hafta sonra hastaların %80'de pozitifleşir. Ancak %13-41 hastada negatif sonuç bulunabilir. Bu yüzden testin reaksiyon vermemesi her zaman hastalığın olmadığı anlamına gelmez.³⁵ İkinci evre sifilizde her zaman pozitifdir. RPR testi tedavi edilen birinci evre sifilizden 1 yıl, ikinci evre sifilizden 2 yıl, geç sifilizde ise 5 yıl sonra negatifleşir. Bu zamanın uzunluğunu hastalığın bulaşmasından tedavinin başlangıcına kadar geçen süre, hastalığın şiddeti ve ikinci evre sifiliz deri lezyonlarının türüne bağlıdır.³⁴

B- Spesifik Treponemal Testler: Enfeksiyonun ikinci haftasından itibaren treponemalara özgü gerçek sifiliz antikorları oluşmaktadır. İçinde treponemalar ve antijenleri kullanılarak yapılan bu testlerden günümüzde en çok kullanılanları FTA-ABS (Fluoresanlı Treponema Antikor-Absorbsiyon testi), TPHA (treponema pallidum hemagglütinasyon testi) ve MHA-TP (mikro-hemagglütinasyon T Pallidum) testidir. FTA-

ABS standart indirekt immün floresan antikor testidir. En duyarlı testlerdendir. Pratikte pozitif non treponemal testlerin doğrulanması amacıyla kullanılan pahalı bir testtir. TPHA da spesifik treponemal antikorları ölçüm yapılması kolay, titrede elde edilebildiğinden rutinde ayrıca tercih sebebidir. Tedavi olmuş olgularda yaşam boyu pozitif kalması dezavantajdır. TPHA'nın bir modifikasyonu olan MHA-TP, basit ama FTA-ABS kadar duyarlı değildir. T. pallidum immobilizasyon (TPI) testi, antikor+komplemanın canlı T.pallidumu immobilize ederek karanlık alan mikroskopunda görünür hale getirmesini sağlama esasına dayanır. Pahalı olması ve yapım zorlukları nedeni ile günümüzde sık kullanılmamaktadır.³⁵

Bugün tarama testlerinde genellikle nonspesifik testlerden yararlanılmaktadır. Bu testlerden VDRL ve RPR uygulandığının kolay, maliyetlerinin ucuz olması nedeniyle tanıda tercih edilmektedir. Ancak non spesifik testlerle alınan yalancı pozitiflik spesifik testlere göre oldukça fazladır. Bu testler gebelik, uyuşturucu kullanımı, tüberküloz, kızıl, pnömoni, lepra, kızamık, kabakulak, hepatit, siroz, tirodit, sıtma, çeşitli konnektif doku hastalıkları ve protein eksikliği gibi durumlarda pozitif olabilir. Yaş önemli bir faktör olup 70 yaşın üzerindeki kişilerde %10 pozitif reaksiyon bulunabilir.^{34,35}

Spesifik testlerde ise yalancı pozitifliğe çok düşük oranda rastlanır. Bu nedenle nonspesifik testlerde alınan pozitif sonuçlar spesifik testler ile doğrulanmaktadır. Bu testlerde oluşabilecek yalancı pozitiflik, teknik hatalar, veneryan olmayan Treponema'lar ve Borrelia Burgdorferi ile oluşan çapraz reaksiyonlar, gebelik, genital herpes, SLE, siroz ve çeşitli konnektif doku hastalıklarına bağlı olabilir.³¹

2.3.2.5. Tedavi ve Korunma

Penicilinin 0.03ug/ml konsantrasyonunda treponemisidal olduğu bilinmektedir ve bakterinin eradikasyonu için bu konsantrasyonun 7-10 gün sürdürülmesi gerekir. Bunu sağlamanın en kolay ve güvenilir yolu, uzun etkili penisilinlerin kullanılmasıdır. Bu amaç için en çok tercih edilen preparat benzatin penisilin olmakla birlikte, prokain penisilinde kullanılabilir. Penisilin alerjisi olanlarda tetrasiklin, doksisisiklin ve azitromisin diğer seçeneklerdir.

HIV enfeksiyonu ile eşzamanlı sifilizi olan bir hastada, hastalığın daha agresif seyretmesi, (erken nörosifilizin gelişmesi) tedavinin başarısız olması ve nükslerin

görülmesi daha olasıdır. Bu nedenle sifiliz tanısı alan hastalara mutlaka HIV testi yapılması önerilmelidir.^{36,37}

Tüm olguların uygun şekilde tedavi edilmesi, en önemli kontrol önlemlerinden biridir. Hastaların cinsel eşlerinin de eş zamanlı tedavi görmesi gerekir. CYBH tümünde olduğu gibi sifiliz bulaşmasının önlenmesinde de güvenli cinsel davranışlar özellikle de her ilişkide kondom kullanılması, başlıca yoldur. Tüm sifiliz olguları, izlemelerinin yapılabilmesi için resmi kurumlara gerekli şekilde bildirilmelidir. Sifilizli bir olgu ile son üç ay içinde ilişkiye girmiş olanlar, seronegatif dahi olsalar, erken sifiliz gibi kabul edilip tedavi edilmelidir.²³

2.3.3. İnsan Papilloma Virüs Enfeksiyonu (HPV enfeksiyonu)

2.3.3.1. Etken

İnsan papilloma virüsü (HPV) ,Polyoma virüsler ile birlikte Papovaviridea ailesinin bir üyesidir. 55 nm çapında, ikzohedral kapsid içeren, çift sarmallı, zarfsız DNA virüsüdür. Viral genom üç bölgeden oluşur. İlk bölgede erken(E)genler bulunur ve bu bölgede E1-7 olarak adlandırılan proteinler bulunur. HPV'nin onkojenik aktivitesinde anahtar proteinler E6 ve E7 proteinleridir.³⁸

2.3.3.2. Epidemiyoloji

CYBE'lar arasında en sık görülenlerden birisidir. ABD'de yaklaşık 20 milyon kişi HPV ile enfekte olup, yıllık insidans 6 milyon kişiye ulaşmaktadır. Tüm dünya da kadınlar arasındaki prevalans %2-44 arasında değişmektedir.^{39,40} Genital HPV enfeksiyonu prevalansı cinsel olarak aktif 20-24 yaş arası genç kadınlarda en yüksek düzeye ulaşmaktadır.55 yaşından sonra da ikinci bir pik görülebilmektedir.⁴¹

Özellikle bazı HPV tipleri ile servikal kanser arasında yakın ilişki söz konusudur. HPV 16 ve 18 başta olmak üzere, on beş HPV tipi servikal kanser gelişimi açısından yüksek riskli olarak değerlendirilmektedir. Seksüel partner sayısının fazla olması, genç yaş, cinsel yolla bulaşan başka bir enfeksiyonun varlığı, uzun dönem doğum kontrol hapı kullanımı, sigara kullanımı ve immünsüpresyon HPV enfeksiyonu için bilinen risk faktörleridir.^{39,40}

Ülkemizde yeterli veri bulunmamakla beraber HPV DNA araştırılarak yapılan iki ayrı çalışmada HPV pozitifliği %4,9 ve %6,1 oranlarında saptanmıştır.^{42,43} Bir başka

çalışmada ise HPV ile enfekte kadınların erkek partnerleri değerlendirilmiş ve yarısından fazlasında HPV enfeksiyonu varlığı gösterilmiştir.⁴⁴

2.3.3.3. Klinik

Anogenital siğiller genellikle et rengi veya gri renkte, sapsız veya geniş pediküllü, hiperkeratotik ekzofitik papüllerdir. Erkeklerde genellikle penis shaftında daha az oranlarda üretral meatus, proksimal üretra ve mesane tutulabilir. Kadınlarda ise sıklıkla posterior intraoitusta, daha az oranda ise labiumlar ve clitoris üzerinde gelişebilir. Nadiren perine, vagina, anüs, serviks ve üretra tutulumu görülebilir.

Anogenital HPV enfeksiyonu çıplak gözle görülebilecek siğillere neden olarak; kaşınma, ağrı, yanma gibi belirtilerle seyreden klinik hastalık tablosuna yol açabilmekle beraber subklinik seyir veya latent enfeksiyon da söz konusu olabilir. Subklinik hastalığın saptanmasında %3-5'lik asetik asit damlatılarak, kolposkopi yardımıyla serviksin değerlendirilmesi, lezyonların tanımlanmasını kolaylaştırır. Latent hastalık ise ancak moleküler yöntemler aracılığı ile tanınır.⁴⁵ Anogenital siğillerin yaklaşık %28'i üç dört ay içerisinde tedavisiz iyileşebilmektedir. Spontan gerileme göstermeyenler nadiren de olsa invaziv yassı hücreli kansere dönüşebilmektedir.⁴⁶

2.3.3.4. Tanı

HPV enfeksiyonlarının tanısı fizik muayene ile mümkündür. Gelişen büyük ve papüller lezyonlar kolaylıkla tanınabilir. Kolposkopik değerlendirme lezyonların tanımlanmasında yardımcıdır. %3-5 asetik asit uygulaması intraepitelyal neoplazilerin tanısında kullanışlı olmakla birlikte anogenital HPV enfeksiyonu tanısında özgüllüğünün yeterli olmadığı düşünülmektedir.^{47,48} Dış genital sistemde mevcut olan lezyonlar pigmente, plak şeklinde, büyük ve kanıyorsa tanı ve malignitenin dışlanması amacıyla biyopsi alınmalıdır. Kendisinde veya partnerinde anogenital HPV öyküsü olan kişiler düzenli aralıklarla''servikal smear (pap smear)'' testleri ile sitolojik olarak izlenmelidir.⁴⁹

2.3.3.5. Tedavi ve Korunma

Anogenital siğiller için çeşitli tedavi yöntemleri söz konusu olmakla birlikte bu tedavilerin HPV eradikasyonu, bulaş ve kanser gelişimini önlemedeki rolüne ilişkin

yeterli kanıt mevcut değildir. Kullanılan yöntemlerin birbirlerine üstünlüğü de net olarak saptanamamıştır. Vaginal yerleşimli siğillerde; kriyoterapi, trikloroasetik asit (TCA) veya bikloroasetik asit (BCA), üretral bölgedeki siğiller için kriyoterapi veya %10-25 podofilin, anal bölgedeki siğillerde ise kriyoterapi, TCA veya BCA uygulaması veya cerrahi yaklaşım öncelikli tedavi uygulamaları olarak seçilebilir.⁵⁰

HPV enfeksiyonları ile korunmada enfekte lezyonlar ile doğrudan temastan kaçınılmalıdır. Kondom kullanımı diğer genital alanların (skrotum, perianal bölge gibi) korunmasında etkili olmamakla birlikte, servikal HPV enfeksiyonlarının geçişini engelleyen etkili bir yöntemdir. Seksüel partner sayısının azaltılması genital HPV riskinin azaltılması açısından bir diğer etkili yaklaşımdır. Günümüzde HPV 6,11,16 ve 18'i içeren kuadrivalan bir aşı kullanıma girmiştir. Profilaktik amaçlı kullanılan bu aşının etkinliği %100'e ulaşmaktadır.⁵¹ Üç doz şeklinde uygulanan aşının ikinci ve üçüncü dozları ilk aşıdan 2 ve 6 ay sonra önerilir. 9-26 yaş arası genç kızlara uygulanabilmekle beraber 11-12 yaşındaki kızlara rutin olarak yapılması önerilmektedir. Uzun süreli koruyuculuğuna dair henüz yeterli veri yoktur, ancak en az 5 yıl süre ile etkili olduğu düşünülmektedir. Hamilelerde kullanımı önerilmeyen aşı emziren kişilerde uygulanabilir. Bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde de kullanılmakla beraber yeterli immün yanıt sağlanamayabilir.⁵²

2.3.4. Herpes Simplex Virüs (HSV) Enfeksiyonu

2.3.4.1. Etken

HSV, herpes virüs ailesinin bir üyesidir. Varisella Zoster Virüs (VSV), Cytomegalovirüs (CMV), Epstein Barr Virüs (EBV) ve Human Herpes Virüs 6 (HHV-6) gibi herpes virüs ailesinin diğer üyelerine birçok yönden benzer. HSV 200nm çapında, zarflı büyük bir DNA virüsüdür. HSV, eter gibi lipid çözücülerde, UV ve ısı ile inaktive olur. HSV'nin birçok ortak antijeni bulunan, fakat bazı biyolojik özellikleri ve glikoproteinleri ile ayrılan iki tipi vardır; HSV-1 ve HSV-2 arasında %60 genomik homoloji bulunur.⁵³

2.3.4.2. Epidemiyoloji

HSV'nin doğal rezervi insandır. Bir vektörü olmamasına karşın deney hayvanları kolayca enfekte edilebilir. Bulaşma yakın temas veya enfekte sekresyonlarla

direkt temas yoluyla olur. Damlacıklar, tuvalet, yüzme havuzu vs. ile bulaş tespit edilememiştir. HSV-1 daha çok oral HSV-2 ise genital sekresyonlarla bulaşır. Sadece aktif hastalığı olanlar değil, asemptomatiklerde enfeksiyözür. Yetişkinlerin %1-15'i, HSV-1 veya HSV-2 yaymaktadır. Virüsün giriş yeri, mukozalar veya bütünlüğü bozulmuş cilttir. Semptomatik enfeksiyonun sıklığında ırk, cins ve iklimin etkisi yoktur. Fakat HSV enfeksiyonları, sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda, kalabalık yaşama nedeniyle daha erken yaşlarda alınır ve daha yüksek oranlardadır. Ülkemizde yetişkinlerin %90'ında HSV antikorları pozitifdir. İleri toplumlarda bu oran %30-50'dir.^{54,55}

2.3.4.3. Klinik

Tüm dünyada insidansı artmakta ve cinsel ilişki ile bulaşan diğer enfeksiyonlardan daha yaygın olduğu tahmin edilmektedir. Etken %90 oranında HSV - 2'dir. Primer enfeksiyon genellikle gençlerde cinsel aktivitenin başlamasıyla görülür. Çoğunlukla asemptomatik seyreder. Fakat virüs, sakral ganglionlarda latent kalarak, rekürensler yol açar. Primer genital herpes, cinsel temastan ortalama 2-7 gün sonra başlar. Kırıklık, ateş, yaygın ağrılar, genital organlarda kaşıntı ve irritasyon gibi prodrom bulgularının ardından genital bölgede veziküllerle kendini belli eder. Veziküller kısa sürede rüptüre olarak, ağrılı yüzeysel ülserler ortaya çıkar. Bir hafta içinde inguinal lenfadenopati belirir. Erkeklerde lezyonlar genellikle glans ve preputsiyumdadır. Üretral akıntı görülür. Primer enfeksiyonun iyileşmesi birkaç haftayı bulur.

Rekürren genital herpesde hem sistemik hem de lokal lezyonların şiddeti, primere göre daha hafiftir ve daha kısa sürer. Lezyonların ortaya çıkışından birkaç saat önce kaşıntı, irritasyon, yanma gibi prodrom bulguları görülür. Tipik lezyonlar, eritem, ödem, vezikül, ülserasyon ve kabuklanma şeklinde seyreder 8-9 günde iyileşir. Genital herpes geçirenlerin 1/3'de rekürens görülmez, 1/3'de yılda üç kez, diğer 1/3'de ise üçten fazla görülür. Vakalar, en çok aktif lezyonların bulunduğu dönemde, prodromda ve daha az tekrarlar arasındaki asemptomatik dönemde enfeksiyözür.^{56,57}

2.3.4.4. Tanı

Tipik lezyonları, HSV enfeksiyonlarına genellikle kolayca klinik tanı koydurur. Eritematöz zemindeki multipl veziküler lezyonlar, HSV enfeksiyonunu akla getirmelidir. Laboratuvar testleri tanıyı desteklemek için kullanılır. Lezyonun dibinden yapılan kazımanın yaymasının Wright veya Giemsa ile boyanmasıyla hazırlanan preparatta (Tzanc Testi), karakteristik multinükleer dev hücreler ve intranükleer inklüzyonlar görülür. Kısa sürede yapılan bu test VZV enfeksiyonlarında da aynı bulgular elde edildiğinden çok spesifik değildir. Çeşitli doku kültürlerinde virüs izole edilebilir. Serolojik testler, daha önce seronegatif olanlarda, HSV antikorlarının pozitif bulunmasıyla primer HSV enfeksiyonu tanısını koydururlar. Ancak rekürrenslerde antikor titrelerinde önemli bir artış olmadığından, rekürren HSV enfeksiyonu tanısı için kullanılmazlar.^{54,56,58,59}

2.3.4.5. Tedavi ve Korunma

HSV enfeksiyonları, günümüzde antiviral tedavinin en yaygın ve en etkin kullanıldığı viral enfeksiyonlardır. HSV'ye en etkili antiviral, asiklovir (acyclovir) ve vidarabindir. Asiklovir oral, topikal ve IV kullanılabilir. IV uygulama en etkili, topikal ise en az etkilidir.^{54,58}

Korunmada HSV'ye karşı henüz kullanımda olan bir aşı yoktur. Genital herpesin asemptomatiklerden geçişini önlemede prezervatif faydalı, fakat lezyonlar varsa yetersizdir. Lezyonlar tam iyileşinceye kadar cinsel ilişki yasaklanmalıdır. Diş hekimleri ve diğer sağlık personelinin eldiven kullanması herpetik dolamayı önler. Aktif genital herpesi olan gebelerin doğumu sezaryenle yapılarak, yenidoğan enfeksiyonundan korunabilir.^{54,58,60}

2.3.5. Hepatit B

2.3.5.1. Etken

Hepadnaviridae ailesinin Orthohepadnavirus genusunda yer alan HBV sadece insanları ve şempanzeleri enfekte etmektedir. 42 nm çapında, sferik biçimde ve zarflı bir virüstür. Zarflı bir virüs olmasına rağmen eter ve ısıya oldukça dirençlidir. Bu özelliği kişiden kişiye geçişte ve dezenfektan direncinde önemlidir.⁶¹

Kısmen çift sarmallı olan sirküler DNA içerir. Hepatitli hastaların serumlarında HBV'e ait üç farklı partikül saptanmıştır. Dane partikülü, küresel ve tübüler partiküller. Dane partikülü tam HBV virionu olup enfeksiyözdür. Elektron mikroskopunda 27nm çapında bir çekirdek (core, nükleokapsid) ve 7nm kalınlığındaki lipid zarf yapısı nedeniyle çift katmanlı olarak görülür. Virusun kapsidi çekirdek antijeni (HBcAg), infektivite antijeni (HBeAg), DNA ve DNA polimeraz enzimini içerir. Konak hücreden kazanılmış olan lipoid zarf üzerinde üç formda viral yüzey antijeni (HBsAg) bulunur: büyük (L), orta (M) ve küçük (S) yüzey antijenleri.⁶²

2.3.5.2. Epidemiyoloji

Hepatit B virüsü dünya genelinde 350 milyon kişide kronik enfeksiyona, yılda 500 bin-1,2 milyon ölüme neden olan bir virüstür. Dünyada HBV ile karşılaşmış insan sayısı ise 2 milyardır.⁶³

HBV enfeksiyonun dağılımı coğrafi bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Bölgedeki HBsAg ve anti HBs pozitifliği oranları, enfeksiyonun alınma yaşı ve virüsün en sık hangi yolla bulaştığı göz önünde bulundurularak, düşük, orta ve yüksek endemisite bölgelerine ayrılmıştır. HBsAg pozitifliği dünya genelinde %0.1-20 arasındadır.⁶⁴

1. Düşük Endemisite Bölgeleri: ABD, Kanada, Batı Avrupa, Avustralya, Yeni Zelanda'da HBsAg pozitif olanların prevalansı %0.1-2'dir.

2. Orta Endemisite Bölgeleri: Japonya, Orta Asya, Orta Doğu ve Orta Amerika; HBsAg pozitifliği %2-7 arasındadır.

3. Yüksek Endemisite Bölgeleri: Sahra altı Afrika, Güneydoğu Asya, Çin ve Alaska'da HBsAg pozitifliği %7-20 arasındadır.

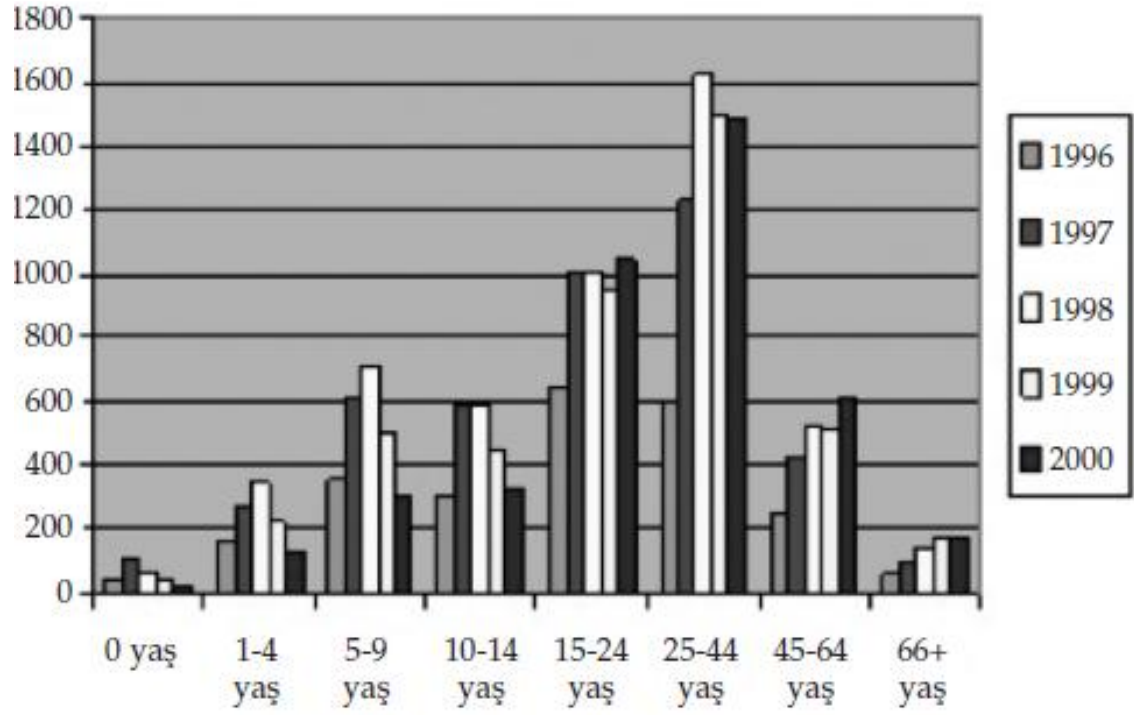
Dünya'da yılda 5 milyondan fazla akut hepatit B olgusu ortaya çıkmaktadır. Akut enfeksiyondan sonra yetişkin hastaların %5'i kronik olarak enfekte kalmaktadır. Eğer enfeksiyon 1-5 yaş arası alınmışsa kronikleşme oranı %20-50 olmaktadır.^{63,64}

Ülkemizde duruma bakacak olursak; ülkemizde 2005 yılından itibaren bildirim sisteminde yapılan değişiklik sonucu viral hepatitlerin bildiriminin serolojik kanıta dayalı olarak yapılması uygulamasına geçilmiştir. Ülkemizde hepatit B epidemiyolojisindeki değişimi incelemek için T.C. Sağlık Bakanlığı'na 1996 yılından

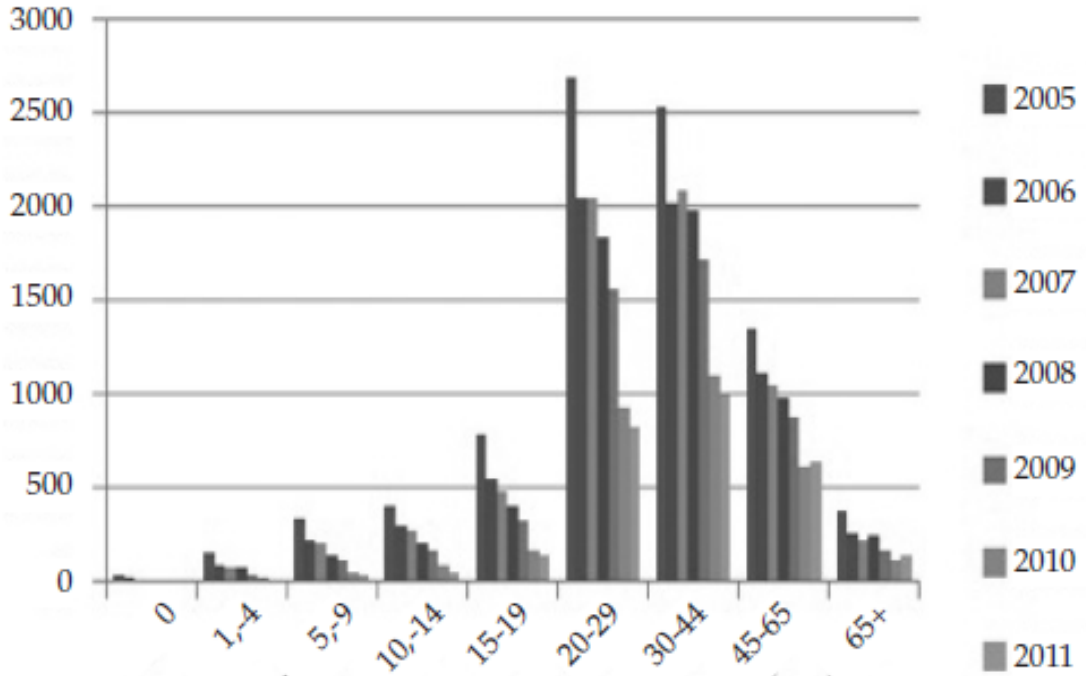
beri bildirilen akut hepatit B olgularının yaş gruplarına ve yıllara göre dağılımı oldukça fikir vericidir (Şekil 1 ve 2) (Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı İstatistik verileri).

Veriler değerlendirildiğinde özellikle 2005 yılından itibaren sıfır yaş grubundan itibaren çocukluk dönemine ait akut HBV bildirimlerinin oldukça azaldığı gözlenmektedir. Bununla birlikte en fazla akut HBV görülen dönem genç erişkin yaş grubu olup cinsel yolla ve horizontal şekilde bulaşmanın halen önemli olduğunu düşündürmektedir. Türkiye Kızılayı Kan Merkezi verileri incelendiğinde 1985 yılında HBsAg pozitifliği % 6,7 iken, 1988 yılında % 5,3, 1995 yılında % 4,7 olarak saptanmış ve bu süre içinde toplam 5.023.984 donörde ortalama HBsAg pozitifliği % 5,1 olarak bildirilmiştir⁷. Oysa bu oranlar 2004 yılında % 2,1; 2008’de % 1,7; 2010’da % 1,1 ve 2012 yılında da % 0,6 olarak bildirilmiştir.

Son yıllarda ülkemizin tümünü kapsayan bazı önemli epidemiyolojik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Ülke genelini kapsayan toplum tabanlı bir viral hepatit prevalans çalışması olan ve Türk Karaciğer Araştırmaları Derneği (TKAD) tarafından 2008-2011 yılları arasında gerçekleştirilen çalışmada 18 yaş üzeri 5471 kişiye ulaşılmıştır. Sonuçlar değerlendirildiğinde HBsAg pozitifliği % 4, anti-HBc total pozitifliği % 30,6, anti-HBs pozitifliği ise % 32 olarak saptanmıştır. HBsAg pozitifliğinin batı bölgelerinde daha düşük olduğu ama İç Anadolu, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde belirgin olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca HBsAg pozitifliğinin yaşla artış gösterdiği de belirlenmiştir⁶⁵



Şekil 1. 1996-2000 yılları arasında T.C. Sağlık Bakanlığına bildirilen akut B tipi hepatitlerin yaş gruplarına göre dağılımı



Şekil 2. Ülke genelinde 2005-2011 yılları arasında bildirilen akut HBV vakalarının yıllara ve yaş gruplarına göre dağılımı.

Bulaş yolları

1. Enfekte kan ve vücut sıvıları ile mukozal ya da kutanöz temas (perkütan)
2. Enfekte anneden yeni doğana bulaş (perinatal-vertikal)
3. Enfekte kişilerle cinsellik içermeyen yakın temas (horizontal)
4. Cinsel temas: en çok risk taşıyan homoseksüellerdir. ABD’de eşcinseller incelendiğinde son dört ay içinde ilişkiye girdiği kişi sayısı 0-4 olanlarda HBV seropozitifliği %48.9 iken, bu sayı 49-72 olanlarda seropozitiflik oranı %79,7’ye yükseldiği hesaplanmıştır.⁶⁶

2.3.5.3. Klinik

HBV enfeksiyonu akut veya kronik hepatit olarak iki ana formda klinik bulgulara sebep olur:

1. *Akut HBV enfeksiyonu:* Akut viral hepatitte enfeksiyonun seyri inkubasyon dönemi, preikterik dönem, ikterik dönem ve konvelesan dönem olmak üzere dört kategoride incelenebilir. Inkubasyon süresi 60-180 gün olan Akut hepatit B’de klinik bulgular ve enfeksiyonun seyri, enfeksiyonun alındığı yaş, virüsün genetik yapısı, eşlik eden başka enfeksiyon varlığı ve konakçının immün durumundan etkilenmektedir. Akut enfeksiyon; asemptomatik enfeksiyon, sarılıklı kolastatik hepatit ve %0,1 oranında fulminan hepatit şeklinde farklı klinik formlarda görülebilir. HBV ile enfekte kişilerin sadece %5-20’de akut hepatit klinik bulguları (bulantı, kusma, halsizlik, ağrı) ortaya çıkmaktadır. Çocuk hastaların %10’da, yetişkin hastaların %50’de sarılık görülmektedir. %10 hastada serum hastalığı benzeri tablo, %10’da hepatomegali, %5’de splenomegali gelişmektedir.⁶⁷

2. *Kronik HBV enfeksiyonu:* Akut enfeksiyon sonrası, altı aydan uzun süreli HBsAg pozitifliği kronik hepatit B’nin göstergesidir. Doğum sırasında enfeksiyonu alan bebeklerde kronikleşme %80-90, erişkinlerde ise %5-10 civarındadır. Kronik persistan (biyokimyasal ve histolojik olarak normal) ve kronik aktif (biyokimyasal testlerde bozulma ve pozitif histolojik bulgular) hepatit formları vardır. Kronik aktif hepatitli kişilerde %15-20 oranında 5 yıl içinde siroza ilerleme ve sirozlu hastaların %20’sinde hepatoselüler karsinoma saptanır. HBsAg kaybının görülme olasılığı yılda %1-2’dir.⁶⁷

2.3.5.4. Tanı

HBV enfeksiyonlarının özgül tanısını yapmak amacıyla hasta serumundaki HBV antijenlerini ve bunlara karşı oluşan antikorları saptamak amacıyla serolojik testlerden yararlanılmaktadır.

HBsAg: Akut HBV enfeksiyonu sırasında kanda ilk saptanan antijen olan HBsAg, semptomların ortaya çıkmasından 3-5 hafta önce serumda saptanabilir düzeye ulaşmakta, akut enfeksiyonda pik seviyeye ulaştıktan sonra iyileşme ile sonlanan olgularda 2-6 ay içinde azalarak ortadan kaybolmaktadır. HBsAg'nin saptanması HBV enfeksiyonu olduğunu göstermekte, fakat akut ve kronik enfeksiyonu ayırt edememektedir. Bu antijenin serumda 6-12 aydan daha uzun süre pozitif olarak kalması bize kronik enfeksiyonu düşündürmektedir.⁶⁸

Anti-HBs: Virusu nötralize etme yeteneğine sahip olan bu antikor, pencere döneminden sonra serumda saptanır ve iyileşen vakalarda ömür boyu pozitif kalır. Kronik HBV enfeksiyonunda Anti-HBs yoktur.⁶⁸

HBeAg: Akut enfeksiyon sırasında HBsAg'nin ortaya çıkmasından kısa bir süre sonra pozitifleşir ve HBsAg'den önce kaybolur. Serumda HBeAg'nin varlığı bulaşıcılık, infektivite ve aktif viral replikasyon ile ilişkilidir.⁶⁹ Anti-HBe: HBeAg'nin kaybolmasını takiben hemen veya 1-2 hafta sonra serumda ortaya çıkan bu antikor viral replikasyonun azaldığını ve hastalığın iyileşmeye yöneldiğinin habercisi olarak kabul edilir. Kronik hepatitlerde tedavi izleminde önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir.^{61,69}

HBcAg: Erken dönemde süratle spesifik antikor ile birleştiğinden serumda saptanması güçtür.⁶⁸ Anti-HBc IgM: HBsAg pozitifliğinden 1-4 hafta sonra pozitifleşir. "Pencere döneminde (HBsAg'nin kaybolduğu ve Anti-HBs oluşana kadar olan dönem) akut HBV enfeksiyonunun en önemli göstergesidir. Anti-HBc IgG: Anti-HBc IgM'i takiben pozitifleşen bu antikor hayat boyunca saptanabilir düzeyde kalmaktadır.⁶⁹

2.3.5.5. Tedavi ve Korunma

Kronik hepatit B tedavisinde kullanılan ilaçlar standart interferon, lamivudin, adefovir, entokavir, telbivudindir.⁷⁰

Kronik HBV enfeksiyonun kesin bir tedavisi yoktur. Bu sebeple enfeksiyondan korunma daha önemlidir. Enfeksiyondan korunmak amacı ile HBV'e karşı aşı geliştirilmiştir. Hepatit B aşısı virüsün HBsAg antijenini içeren, rekombinant DNA

teknolojisi ile insan doku kültürlerinde hazırlanmış bir aşıdır. Aşı 0,1 ve 6. Aylarda 3 doz olarak uygulanır. Önemli bir yan etkisi yoktur. Hepatit B aşısı; hemodiyaliz hastaları, terminal evre böbrek hastaları, CYBE'lar için araştırılan ve tedavi edilen kişiler, kronik karaciğer hastaları, HIV/AIDS hastaları, sağlık çalışanları, kan ve vücut sıvıları ile temas riski yüksek diğer iş kollarında çalışanlar, birden fazla kişi ile cinsel ilişkisi olanlar, damar yoluyla uyuşturucu kullananlar, eşcinseller, kronik hepatit B hastasının ev halkı ve cinsel partneri, hepatit B'nin orta ve yüksek endemik olduğu ülkelere seyahat edenler, bakım evlerinde kalanlar ve çalışanları, hepatit B aşısı önerilen başlıca erişkin risk gruplarıdır.⁷¹

2.3.6. Hepatit C

2.3.6.1. Etken

HCV, Flaviviridae ailesinde yer alan Hepacivirus genusunun üyesidir. 45-60 nm büyüklüğünde, tek zincirli, pozitif RNA'lı, zarflı bir virüstür.⁷²

2.3.6.2. Epidemiyoloji

HCV enfeksiyonu tüm dünyada yaygın, oldukça ciddi bir sağlık sorunudur. Dünyada HCV enfeksiyonunun sıklığı %3 civarındadır. Dünya genelinde yaklaşık 210 milyon HCV ile enfekte hasta vardır.⁷³ ABD'de genel popülasyonda anti-HCV pozitifliği %1,6 iken kan donörlerinde bu oran %0,5'tir. Buna göre ABD'de 4,1 milyon kişi anti-HCV pozitif, 3,2 milyon kişi kronik HCV enfeksiyonuna sahiptir.⁷⁴ Afrika'da %5,1, Asya'da %3,5, Avrupa'da %1,7 tahmini anti-HCV değerleri saptanmıştır.⁷³ HCV insidansının en sık olduğu yaş 20-39'dur. Kronik HCV hastaları ise en sık 30-49 yaş grubunda görülmektedir. ABD'de toplum genelinde yapılan araştırmalarda anti-HCV pozitifliği en sık 40-49 yaş grubunda görülmektedir.⁷⁴

Ülkemizde Türk Kızılayı Kan Merkezi'nin 2008-2012 yılları arasındaki verileri incelendiğinde toplam 4,510,207 sivil donörde anti-HCV pozitifliğinin % 0,02-% 0,004 arasında olduğu gözlenmektedir.⁶⁵

Bulaşma yolları; HCV bulaşması en belirgin şekilde ya büyük miktarda ya da tekrarlayan perkütan temaslar sonucunda (örneğin; enfekte donörden kan transfüzyonu ya da organ transplantasyonu veya İV uyuşturucu kullanımı) gerçekleşir. Yalnızca bir kez perkutan temas (kazayla iğne batması) ile veya kan veya diğer vücut sıvılarına

mukoza teması (infekte anneden bebeğe geçiş veya enfekte partnerle cinsel ilişki) sonucu HCV daha az oranda bulaşır.^{75,76}

2.3.6.3. Klinik

Akut Hepatit C: Genellikle asemptomatik olan akut hepatit C olgularında klinik akut hepatit A ve B'ye benzemektedir, ancak daha hafiftir. Kuluçka dönemi 6-8 haftadır. HCV-RNA, serumda temastan sonraki 7-21. günlerde, özgül antikorlar ise 20-150.günler arasında gösterilebilmektedir. Sarılık, olguların %20'sinden az bir bölümünde görülür. Akut hepatit C geçiren hastaların ancak %15-20'si tam olarak iyileşmektedir. Akut enfeksiyondan sonra genel olarak fulminan hepatit gelişmemektedir.

Kronik Hepatit C: HCV enfeksiyonların yaklaşık %80'i kronikleşmektedir. Yaşlılarda, vireminin yüksek olduğu hastalarda ve erkeklerde kronikleşme daha fazladır. Virüs bulaştıktan sonra klinik olarak belirgin kronik hepatitin ortaya çıkması için geçen süre ortalama 18 yıldır. Siroz ve hepatosellüler karsinom için bu süreler sırasıyla 21 ve 28 yıldır.^{72,77}

2.3.6.4. Tanı

Virüse karşı oluşan antikorların "anti-HCV" veya doğrudan vireminin "HCV-RNA"nın gösterilmesi ile yapılmaktadır. Antikor aramak amacıyla çeşitli rekombinant ve sentetik antijenlerin kullanıldığı ELISA testleri geliştirilmiştir. HCV'nin en erken ve duyarlı saptama yöntemi PCR ile HCV-RNA araştırılmasıdır.^{77,78}

2.3.6.5. Tedavi ve Korunma

Hepatit C'nin günümüzde bulunan etkin bir aşısı yoktur. Rekombinant teknolojisi ile hazırlanan interferon preparatları kronik hepatit C tedavisinin en önemli ilaçları arasındadır. Kronik hepatit C tedavisinde önerilen tedavi 6 ay-1 yıl süre ile IFN- α -2a ya da IFN- α -2b ile ribavirin tedavisidir.⁷⁹

2.3.6. HIV

2.3.6.1. Etken

HIV, Lentivirus ailesine mensup Retrovirus grubunun tek sarmallı RNA içeren zarflı bir virüstür. Reverse Transkriptaz enzimi aracılığı ile viral RNA'yı çift sarmallı DNA'ya çevirip konakçı genetik materyaline entegre olma özelliğine sahiptir. Sferik yapıda, ortalama 110 nm büyüklüğünde olan HIV virüsünün koni şeklindeki nükleokapsidini lipid membran veya zarf çevrelemektedir. HIV partikülünün membranında zarf glikoproteini olarak bilinen 72 adet çıkıntı (peplomer) yer almaktadır. Bu yapılar iki kısımdan oluşmaktadır: yüzeyde bulunan gp120 ve membran içerisinde yer alan gp41. gp 120 yüzey glikoproteini ile T lenfositler, monosit-makrofaj serisinde ve diğer bazı hedef hücrelerde bulunan CD4 reseptörleri ile bağlantıya geçip, direkt füzyon ile hücre içine girmektedir.^{80,81}

HIV duyarlı bir virustur. %10'luk çamaşır suyu, %50 etanol, %0,5 para formaldehit ve %0,3 hidrojen peroksit ile oda ısında on dakika içinde, sulandırılmamış çamaşır suyunda hızla (<1 dakika) tamamen inaktive olmaktadır.⁸²

2.3.6.2. Epidemiyoloji

DSÖ 2013 verilerine göre; HIV ile yaşayanların sayısı 35 milyon, HIV ile yeni enfekte olmuş kişi sayısı 1,2 milyon, AIDS nedeni ile ölenlerin sayısı ise toplam 1,5 milyon kişidir. Küresel HIV epidemiyolojisine ait DSÖ verileri tablo 2'de sunulmuştur.⁸³

Tablo 2. Küresel HIV Epidemik Verileri 2013 (WHO/HIV departmant/july 21.2014)

HIV ile yaşayanların sayısı	Toplam	35 milyon(33,1-37,2)
	Yetişkin	31.8milyon(30,1-33,7)
	Kadın	16 milyon(15,2-16,9)
	çocuk≤ 15yaş	3,2 milyon(2,9-3,5)
HIV ile yeni enfekte olmuş kişilerin sayısı	Toplam	2,1 milyon(1,9-2,4)
	Yetişkin	1,9 milyon(1,7-2,1)
	çocuk≤15 yaş	240 000(210-280)
AIDS nedeniyle ölenlerin sayısı	Toplam	1,5 milyon(1,4-1,7)
	Yetişkin	1,3 milyon(1,2-1,5)
	çocuk≤15 yaş	190 000(170-220)

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı verilerine göre, ilk HIV olgusunun bildirildiği tarih olan 1985 yılından bu yana, toplam olgu sayısı 2013 ilk altı ayı itibarıyla toplam 6802 kişidir. En sık bulaşma yolu %46,1 ile heteroseksüel cinsel ilişkidir. Olguların

%39,4’ünde bulaşma yolu tanımlanamamıştır. Olguların en sık 30-34 yaş aralığında olduğu dikkati çekmektedir.⁸⁴

Tablo 3. Türkiye’de Bildirilen HIV/AIDS Vakalarının Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı, Haziran 2013

Yaş grubu	Erkek	Kadın	Cinsiyeti bilinmeyen	Toplam
0	19	11		30
1-4	15	23		38
5-9	11	9		20
10-14	10	7		17
15-19	50	54		104
20-24	410	320		730
25-29	733	380		1113
30-34	867	325		1192
35-39	754	215		969
40-49	1090	245		1335
50-59	559	153		712
60yaş ve üstü	275	69		344
Yaşı bilinmeyen	138	58	2	198
Toplam	4931	1869	2	6802

Tablo 4. Türkiye’de Bildirilen, Olası Bulaşma Yoluna Göre HIV/AIDS Vakaları, Haziran 2013

Olası Bulaşma Yolu	Toplam Vaka	Yüzde
Heteroseksüel cinsel ilişki	3137	46,1
Homeseksüel/biseksüel cinsel ilişki	670	9,9
Damar içi madde bağımlılığı	129	1,9
Nozokomiyal bulaş	109	1,6
Anneden bebeğe geçiş	77	1,1
Bilinmeyen	2680	39,4
Toplam	6802	100,0

Tablo 5. Türkiye’de Bildirilen AIDS Vaka ve Taşıyıcılarının Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	HIV(+)	AIDS	Toplam
1985	0	3	3
1986	1	1	2
1987	32	8	40
1988	21	11	32
1989	22	11	33
1990	23	13	36
1991	27	24	51
1992	36	29	65
1993	47	33	80
1994	48	35	83
1995	59	28	87
1996	92	35	127
1997	95	38	133
1998	82	42	124
1999	89	28	117
2000	111	46	157
2001	137	45	182
2002	136	41	177
2003	136	46	182
2004	175	58	233
2005	246	46	292
2006	253	44	297
2007	345	24	369
2008	390	53	443
2009	437	66	503
2010	516	73	589
2011	632	78	710
2012	973	95	1068
2013(ilk 6 ay)	545	42	587
TOPLAM	5706	1096	6802

Bulaş Yolları:

Cinsel Yolla Bulaşma: HIV enfeksiyonu, tüm dünya üzerinde asıl olarak cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır. Virüs tanımlandıktan sonraki yıllarda yayılım öncelikle homoseksüel cinsel ilişki ile gerçekleşirken, bu oran gittikçe düşmüş ve gelişmekte olan ülkelerde heteroseksüel cinsel temas en önemli bulaşma yolu haline gelmiştir. Korunmasız cinsel ilişkide, virüsün enfekte erkekten kadına bulaşma riski, enfekte kadından erkeğe bulaşma riskinden 20 kat fazladır. Mukoza bütünlüğünü bozan, özellikle genital ülserlerle seyreden cinsel yolla bulaşan hastalıkların varlığı bulaşma riskini arttırmaktadır.⁸⁵

Kan ve Kan Ürünleri, Organ ve Doku Nakli ile Bulaşma: 1985’te HIV antikor testleri kullanıma girdikten sonra kan ve kan ürünleri ile bulaş oldukça azalmıştır (%3). Karaciğer, böbrek, kemik, kalp nakilleri ile HIV geçişi bildirilmiştir. IV ilaç

kullanımına bağılı bulaşma ise önemini korumaktadır. HIV ile enfekte kanlı iğne batmasını takiben serokonversyon riski %0,3 iken, deri ya da mukozanın kanlı vücut sıvıları ile teması sonucunda %0,09'dur.^{81,86}

İnfekte Anneden Çocuğa Geçiş: Transplasental, perinatal ve postnatal (emzirme) geçiş olabilmektedir. Bu olasılık %20-30'dur. Ancak annenin üçlü kombine tedavi alması ile bu risk %1-2'lere düşmektedir.⁸⁷

2.3.6.3. Klinik

HIV ile oluşan enfeksiyonlar, asemptomatik taşıyıcılıktan hayatı tehdit eden fırsatçı enfeksiyonlar ve malignitelere kadar varan geniş bir klinik tablo oluşturmaktadır. HIV enfeksiyonunun klinik seyri 8-12 yıl sürer ve üç farklı klinik evreye ayrılır:

1. Primer HIV Enfeksiyonu: Virüsle karşılaştıktan 2-4 hafta sonra hastaların %40-90'ında Enfeksiyöz Mononükleozise benzer klinik belirti ve bulgular görülmektedir. 2-3 hafta süren bu evre klinik iyileşme ile sürer. Semptomlar nonspesifik olduğu ve bu dönemde HIV antikorları negatif olduğu için enfeksiyonun erken tanısı güçtür.

2. Kronik Asemptomatik Evre: Primer HIV-1 enfeksiyonunu takiben uzun süreli klinik (ortalama 10 yıl) latent dönem gelişir. Virusun kısmen kontrol altına alındığı bu dönemin uzunluğu konağın hücresel bağışıklık yanıtına bağılı olarak değişmektedir.

3. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome): Uzun yıllar HIV proteinlerinin sürekli sentez edilmesi, enfekte olan hücrelerde viral replikasyonun devam etmesi ve ardından enfekte konak hücrenin eliminasyonu nedeniyle bağışıklık sistemi harap olur. Fırsatçı enfeksiyonlar ve tümörlerle karakterize olan klinik tablo (AIDS) gelişir. Tedavi edilmeyen kişilerde AIDS'in gelişme süresi ortalama 10-11 yıldır. CD4 sayısı 200/mm³'ün altına inmiştir ve AIDS indikatör hastalıkların hepsi görülebilir.⁸⁰⁻⁸²

2.3.6.4. Tanı

1. HIV'e Karşı Özgöl Antikorların Gösterilmesi: HIV antikorları enfeksiyonu takiben 2 hafta kadar sonra serumda saptanabilirler ancak bu süre genellikle 2-3 ayı bulur. HIV enfeksiyonunu takiben altıncı ayda %99 ve üzerinde kişide HIV antikorları bulunur.

- ELISA: Bugün HIV taramasında veya tanıda daha ucuz olması, standardize edilmiş bir yöntem olması, güvenilirliğinin fazlalığı ve çabuk sonuç alınması yönünden en fazla ELISA testi kullanılmaktadır. Özellikle 3. jenerasyon kitlerinin özgüllük ve duyarlılıkları çok yüksektir (%99,5-99,8). Test serokonversiyondan önce yapılırsa, immun sistem baskılanması mevcutsa veya kişi AIDS'in son evresinde ise yalancı negatif sonuç elde dileyebilir. Pozitif çıkan sonuçların "Western Blot" ve "İmmun Floresan Assay" ile doğrulanmasının yapılması şarttır.⁸⁸

- Çabuk aglütinasyon tarama testi: Özel cihazlara gereksinim olmadığı için ELISA'nın uygulanmadığı yerde az sayıda örnek için uygundur. Testin duyarlılığının değişken olması (%71-99) bir dezavantajdır.⁸¹

- Western Blot (WB): infekte hücrelerden kısmen saflaştırılmış tüm virüsten veya rekombinant viral proteinlerin jel üzerinde elektroforezinden elde edilir.⁸¹

- İndirekt immün floresan testi (IFA): ELISA ile devamlı pozitif çıkan olguların doğrulamasında kullanılan, WB'tan daha ucuz ve daha çabuk sonuç veren bir testtir.

2. *HIV Antijeninin Tayini (p24 antijen testi):* Akut HIV enfeksiyonunda antikorların negatif olduğu pencere döneminde yapılır. Akut enfeksiyonda p24 antijenemisi serokonversiyon öncesi 2-3 hafta içinde görülür ve 6-14 ay kadar kalır.⁸²

3. *HIV'in Nükleik Asidinin Gösterilmesi:* PCR, örnekteki nükleik asit miktarını enzimatik yolla arttırarak geleneksel yöntemlerle saptanabilecek düzeye getirmektedir. Uygulandığı durumlar arasında, HIV enfeksiyonunun doğrulanması, serokonversiyon öncesi enfeksiyonun erken saptanması, maternal antikorlar varken yenidoğanda enfeksiyonun tanımlanması ve doğrulanması, kantitatif PCR ile prognozün saptanması ve antiviral maddenin etkinliğinin saptanması yer almaktadır.⁸²

4. *Hücre Kültüründe Virus İzolasyonu:* Aktif enfeksiyonu göstermek için en kesin tanı yöntemidir. Kültür genellikle 2 hafta içinde pozitif olur. Pahalı, zaman alıcı ve oldukça özelleşmiş laboratuvar tekniklerini gerektiren ve pediatrik tanı hariç nükleik asit saptama metotlarına göre daha az duyarlı bir yöntemdir.⁸²

2.3.6.5. Tedavi ve Korunma

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü enfeksiyonu tanısı alan her hastanın tam tıbbi öyküsü, fizik muayenesi ve laboratuvar değerlendirmesi yapılmalıdır. Bu işlemin amacı HIV enfeksiyonunun durumunu ve eşlik eden ko-enfeksiyonun varlığını belirlemektir.

Ayrıca kronik enfekte hastalarda tedaviye başlamadan önce direnç testlerinin uygulanması ve cinsel yolla bulaşan hastalık riski taşıyan ya da riskli davranışları bulunan kişilerde Chlamydia trachomatis ve Neisseria gonorrhoea testleri yapılması uygundur. Tedavi yanıtı için ilk değerlendirmede ve izlemede tedavi öncesi CD4 hücre sayısı ve viral yük bakılmalıdır. Günümüzde antiretroviral tedavi rejimleri ile HIV enfeksiyonu eradike edilemez.

Antiretroviral tedavi hedefleri;

- Viral yükü maksimum olarak ve uzun süreli baskılamak,
- İmmunolojik fonksiyonları korumak ve iyileştirmek,
- Yaşam kalitesini arttırmak,
- HIV'e bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır.⁸⁹

Günümüzde tedavide yedi farklı ilaç grubu kullanılmaktadır;

1. Nükleozid Revers Transkriptaz İnhibitörleri (NRTİ): NRTİ'ler HIV virüsünde bulunan revers transkriptaz enziminin katalitik bölgesi ile etkileşen ilaçlardır. Bu grupta yer alan başlıca ilaçlar; Zidovudin, didanozin, zalsitabin, stavudin, lamivudi, abakavirdir.

2. Nükleotid Revers Transkriptaz İnhibitörleri (NtRTİ): Etkileri NRTİ ilaçlarındaki gibidir. Bu sınıf ilaçların prototipi tenofovirdir.

3. Non-Nükleozid Revers Transkriptaz Enzim İnhibitörleri (NNRTİ): Bu gruptaki ilaçların HIV-1 revers transkriptazın allosterik yoresiyle etkileştiği saptanmıştır. Dolayısıyla bu grup ilaçlar HIV-1'in spesifik inhibitörleri olarak tanınmıştır. Başlıcaları emivirin ve tivirapinin'dir.

4. Proteaz İnhibitörleri (PI): Bu grup ilaçlar HIV proteazın normal fonksiyonunu yerine getirmesini önler; bu sayede prekürsör viral proteinlerin olgun viral proteinlere proteolitik süreci engellenir. sakuinavir, ritonavir, indinavir, lopinavir ve atazanavir HIV enfeksiyonu tedavisi için sık kullanılan PI'lerdir.

5. Füzyon İnhibitörleri (Fİ): HIV virüsü, membran zarındaki gp41 sayesinde normal hücre ile füzyon (kaynaşma) oluşturarak viral RNA'sını ve viral enzimlerini normal hücreye aktarır. Son yıllarda bu füzyonu engellemek için yapılan çalışmalar sonucu bir füzyon inhibitörü (Fİ), enfuvirtit geliştirilmiştir.

6. Ko-reseptör İnhibitörleri (CRI): Ko-reseptör ile viral glikoprotein gp120'nin etkileşimi, gp120 ile CD4 reseptörü etkileşmesinin ve gp41 ile dış hücre membranının

füzyonunun engellenmesine neden olur. Şu anda klinik kullanılan tek CRİ ilaç CCR5 antagonisti olan maraviroktur.

7. İntegraz İnhibitörleri (İNİ): Halen klinik araştırma safhasında olan elvitegravir etkisini bu şekilde gösterir.⁸⁹

Bütün enfeksiyon hastalıkları gibi HIV/AIDS'de önlenabilir bir hastalıktır ve her hastalıkta olduğu gibi korunma önlemleri tedaviden daha güvenli ve ekonomiktir. HIV/AIDS'de henüz tam kür elde edilebilecek tedavinin olmayışı ve aşı çalışmalarının halen devam etmesi nedeni ile epideminin kontrolünün zor olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca yaşam kalitesini artırıp, yaşam süresini uzatan antiretroviral tedavilerin ve fırsatçı enfeksiyonların profilaksisinde ve tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkilerinin fazla olması, kullanım güçlükleri ve yüksek maliyetli olması erken dönemde HIV/AIDS'e özel bir önemin verilmesini ve hastalıkla ilgili eğitimlerin, bilgilendirmelerin hızla yapılmasını kaçınılmaz kılmaktadır.

HIV/AIDS'in cinsel yolla bulaşını engellemeye yönelik önlemler aslında cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklara karşı korunmada da etkili olan yöntemlerdir. HIV/AIDS'e karşı korunmada önerilen lateks kondomlar aynı zamanda sifiliz, gonore, genital herpes virüs enfeksiyonları, hepatitis B gibi hastalıklardan da korunmayı sağlamaktadır. Araştırmalar göstermektedir ki; sankroid, klamidya enfeksiyonu, gonore, sifiliz ve trikomonas enfeksiyonu varlığı HIV geçiş riskini 2-9 kez artırmaktadır. Tedavisi kolay olan cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkların önleminin alınması HIV/AIDS'den korunma yönünden de önem teşkil etmektedir.

1985 yılında antikör testlerinin bulunması ile kan ve kan ürünleri hastaya verilmeden önce HIV yönünden de taranmaya başlamıştır. Bu bir yasal zorunluluk olup, 1987 yılından itibaren ülkemizde de kan ve kan ürünleri HIV yönünden test edilmektedir. Organ ve doku nakilleri öncesinde gerekli serolojik testlerin yapılması HIV geçiş riskini en aza indirmektedir. Damar içi madde kullanımı alışkanlığının önlenmesi, tedavi edilmesi, ortak enjektör kullanım risklerinin anlatılması bu grup hastalarda HIV bulaş riskini azaltmaktadır.⁹⁰

Anneden bebeğe geçişte önemli olan; HIV prevalansı yüksek olan bölgelerde doğurganlık yaşındaki ve HIV enfeksiyon riski belirlenmiş olan kadınlara tüm bulaşma yollarını öğretebilmektedir. Eğer kadın HIV pozitif ise doğum kontrol yöntemleri öğretilmeye çalışılmaktadır. Buna rağmen gebe kalan HIV pozitif kadınlara, erken

dönemde kürtaj yapılması pek çok ülke tarafından kabul edilmektedir. Eğer anne adayı bebeği doğurmakta ısrarlı ise gebeliğin son trimestrinda anneye, doğumdan sonra da bebeğe antiretroviral tedavi başlanmakta ve hasta yakın takibe alınmaktadır. Vajinal doğuma göre elektif sezaryenin uygulanmasının bebeğe HIV geçişini 4-5 kat daha azalttığı belirtilmektedir. Anne sütü ile virüsün geçişi gösterildiğinden annenin bebeği emzirmemesi önerilmektedir.⁹⁰

2.3.7. Diğer CYBE Etkenleri

Daha az sıklıkla olmakla birlikte bakterilerden; Gardnerella vaginalis, Haemophilus ducreyi, Calymmatobacterium granulomatis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum virüslerden; Molluscum contagiosum virusu, Cytomegalovirus, protozoonlardan; Trichomonas vaginalis, Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, mayalardan; Candida albicans, artropodlardan; Phthirus pubis, Sarcoptes scabiei CYBE'na neden olmaktadır.⁹¹

2.4. Türkiye’de Seks İşçiliği ve Yasal Mevzuat

Türkiye’deki fuhuş hakkında en kapsamlı olma iddiasında olan araştırma, Ankara Ticaret Odası (ATO) tarafından hazırlanan ve Türkiye'nin toplumsal sorunlarını konu alan “Neler Oluyor Bize?”¹ adı altında dört bölümlük dizi raporun ikincisi olan “Hayatsız Kadınlar Dosyası” adlı dosyadır.

ATO’nun raporuna göre Türkiye’deki seks işçilerinin sayısı yaklaşık 100.000 civarındadır ve Türkiye’de kayıtlı elli altı genelevde kayıtlı yaklaşık 3.000 seks işçisi çalışmaktadır. Türkiye’de tescilli seks işçisi sayısı ise on beş binin üzerindedir. Genelevlerde, ayrıca maddi ve hukuki nedenlerden vesikasız çok daha fazla sayıda kadının çalıştığı, birçoğunun da çalışacak genelev bulamadığından gizli fuhuş yaptığı belirtilmektedir. Rapor, vesika almak için başvuran kadın sayısını otuz bin olarak ifade etmiştir.⁸

Yasal düzenlemeler tarafından kısıtlanan, toplum tarafından damgalanan, dışlanan ve ayrımcılığa uğrayan seks işçileri için sağlık, gündemlerinde öncelikli bir konumda olmadığı gibi, sağlıklı koşullarda yaşadıklarından bahsetmek de mümkün değildir. Yasal ve toplumsal sorunlar nedeniyle olumsuz koşullarda çalışan ve yaşayan seks işçileri, pek çok hastalık için risk taşıyan bir grup olma özelliğini göstermektedir.

Bu hastalıklar yetersiz beslenme sonucu malnütrisyonndan uyku düzensizliklerine, solunum yolu enfeksiyonlarından deri hastalıklarına, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan ruh hastalıklarına çok geniş bir yelpaze oluşturmaktadır.⁹²

Seks işçileri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların toplumda yayılmasının en önemli belirleyicilerinden biri oldukları gibi, bu enfeksiyonlar nedeniyle yüksek risk altındaki bir grup olma özelliğini gösterirler. Odabaşı'nın 2009 yılında yürüttüğü araştırmada Ankara Genelevinde çalışan kadınların %36,7'si gonore, %30,6'si sifiliz, %16,3'ü ise vajinit geçirdiğini bildirmiştir.

Bilindiği gibi Genelevler kadınların haftada iki kez sağlık kontrollerinin yapıldığı yerlerdir ancak bu kontroller hastalıkları önleme amaçlı değil hastalıklı kadınların çalışmasını önlemeye yöneliktir.⁹²

Toplumdaki CYBE'ların yaygınlaşması için bilindiği gibi partner değiştirme hızı, bulaştırma hızı ve hastalıklı kalma süresi önemlidir. Seks işçilerinin partner değiştirme hızlarına müdahale etmek çok olanaklı görülmesine de bulaştırma hızlarını azaltmak ve hastalıklı kalma sürelerini kısaltmak akılcı yaklaşımlardır. Halk sağlığı stratejileri de bu yaklaşım üzerine kurulur. Partner değiştirme hızları yüksek olan, ancak güvenli cinsel ilişki kurallarını uygulayan ve hastalığa yakalandıklarında başkalarına hastalık bulaştırmadan hızla tedavi olan seks işçileri, toplum için bir risk olma özelliğini taşımazlar. Bu nedenle seks işçileri güvenli cinsel ilişki ve özellikle kondom kullanımı konularında bilgilendirilmeli, güvenli cinsel tutum ve davranış kazandırılmalı, hastalıklara yakalandıklarında ne yapacakları konusunda bilgili olmalı ve seks işçilerine yaygın ve ulaşılabilir CYBE hizmetleri sunulmalıdır.⁹²

Günümüzde Türkiye'de fuhuşla ilgili mevzuatın temel öğelerini "Genel Kadınlar ve Genelevlerin Tabi Olacakları Hükümler ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Hastalıklarla Mücadele Tüzüğü" ve Türk Ceza Kanunu'nun 227. ve 80. maddeleri oluşturmaktadır. Tüzük, kamu sağlığı ve güvenliği yönünden fuhuşu düzenleyici öğeler içermekte; ceza yasasının maddeleri ise fuhuşla ilgili yasanın suç saydığı eylemlerin cezalandırılmasını düzenlemektedir.

Genel Kadınlar ve Genelevlerin Tabi Olacakları Hükümler ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Hastalıklar Tüzüğü, Umumi Hıfzısıhha Kanunu'na dayanılarak yayımlanan ilk tüzük, 1933 yılında yürürlüğe giren "Fuhuş Yüzünden Bulaşan Hastalıklarla Mücadele Nizamnamesi" dir. Bu nizamname 1961 yılında yenilenmiş ve

"Genel Kadınlar ve Genelevlerin Tabi Olacakları Hükümler ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Hastalıklarla Mücadele Tüzüğü" adını almıştır.⁹²

Genel Kadınlar ve Genelevlerin Tabi Olacakları Hükümler ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Hastalıklarla Mücadele Tüzüğü

Madde 1 Fuhuşu murakabe etmek, fuhuş sebebiyle bulaşan zührevi hastalıkların yayılmasına ve bu yüzden amme nizamının bozulmasına mani olmak üzere biri "Zührevi Hastalıklar ve Fuhuşla Mücadele Komisyonları", diğeri "Zührevi Hastalıklar ve Fuhuşla Mücadele Komisyonlarına Yardım Kurulları" olmak üzere iki teşekkül kurulmuştur.

Tarifler

Genel Kadınlar

Madde 15 (Değişiklik: 7/5786 31.1.1973)

Başkalarının cinsi zevkini menfaat karşılığı tatmin etmeyi sanat edinen ve bunun için değişik erkeklerle münasebette bulunan kadınlara “genel kadın” denilir.

Genelevler

Madde 16 Genel kadınların bir arada oturarak fuhuş yaptıkları veya bu maksat için toplandıkları yerlere “genelev” ismi verilir.

Tescil şartları

Madde 21 Komisyonca bir kadının genel kadın olarak tesciline karar verilebilmesi için aşağıdaki şartların bulunması lazımdır:

- a) Fuhuşu kendisine sanat edinmek veya 20 inci madde gereğince hakkında komisyonca karar verilmiş olmak,
- b) 21 yaşını bitirmiş olmak,
- c) Yabancı tabiiyetinde bulunmamak,
- d) Tabiiyetsiz olmamak.

Tescil

Madde 22 Genel kadın olarak tescili gerekeceği komisyon tarafından 20 inci maddeye göre yapılan inceleme ile anlaşılan kadınların her biri için ekli örneğe göre (sicil kartonu) tertip edilip numaralanır ve bu kartona kadınların bir fotoğrafları yapıştırılıp adları, soyadları, yaşları, doğdukları, ikamet ettikleri ve fuhuş yapacakları yerler kaydolunur.

Bu kartonlar, komisyonca uygun görülen bir yerde saklanır.

Kadınların nüfus hüviyet cüzdanları da makbuz karşılığında alınarak kartona eklenir. Bu suretle kaydedilen genel kadınların ellerine sicil kartonunun numarasını gösteren, ekli örneğine uygun bir (Hüviyet muayene cüzdanı) verilir. Bu cüzdanda, sahibinin kim olduğunu gösteren bilgilerden başka, sicil kartonundakinin aynı olan bir fotoğrafı ve yılın her ayına mahsus birer sahife üzerine haftada iki defa yapılacak muayenelerin kaydına mahsus haneleri gösteren bir kısım bulunur. Bu cüzdanlar her yıl değiştirilir

Muayene

Madde 25 (Değişiklik: 7/5786 31.1.1973)

Bütün genel kadınlar izinli olsalar dahi, haftada iki defa, 23 üncü maddede yazılan kadınlar da on günde bir defa kendilerini resmî tabibe muayene ettirmeye mecburdurlar.

Resmî Muayene

Madde 26 Resmî muayeneyi kabul etmiş olan bütün genel kadınlar zührevî hastalıklar tabibi tarafından bu gibi muayeneler için ayrılan mahalde muayene edilirler. Muayene neticesi protokol defterine kayıt edileceği gibi kadınların hüviyet muayene cüzdanlarına da işaret olunur.

Tedavi:

Madde 32 – (Değişiklik: 31.1.1973 - 7/5786 K.)

Yapılan muayene sonucunda Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 129 uncu maddesinde yazılı hastalıklardan birine tutulmuş olduğu anlaşılan genel kadınlar,

Kanunun bu maddesine göre sanatlarını yapmaktan men edilerek haklarında aşağıda yazılı işlem uygulanır:

a) Cüzam ve ilerlemiş verem hastaları, gereken işlemin yapılması için mahalli sağlık ve sosyal yardım müdürlüğüne, hükümet veya sağlık ocağı tabipliğine bildirilir.

b) Zührevi hastalıkların her türlü şekilleriyle, uyuz empetigo ve entertrigo hastalıklarına yakalanmış olanlar, revir ve hastanede tedavi altına alınır.

Her iki halde de, bu kadınların sanatlarını yapmaktan men edildikleri zührevi hastalıklarla mücadele teşkilatının icra kısmına yazı ile bildirilir.

Ayakta tedavi:

Madde 33 – 32 nci madde gereğince sanatlarını yapmaktan men edilen ve mezkûr maddenin (b) bendine göre hastaneye yatırılması gereken kadınlar, hastane yoksa veya yer bulunmazsa resmi tabip tarafından ayakta tedavi edilirler.

Tedavi esnasında, fuhuş yaptığı sabit olanların veya geçmişteki ve tedavi zamanındaki durumuna göre böyle bir şey yapacağından şüphe edilenlerin behemehâl uygun bir mahalde tecridi gerekir.

Hastaneye sevk:

Madde 34 – Bulaşıcı devrede frengi belirtileri gösteren genel veya 23 üncü maddede yazılı kadınların, behemehâl hastanede bulaşıcı devre geçinceye kadar yatırılarak tedavisi gerekir. Bunun için icabında ve zaruret hallerinde zührevi hastalığa yakalanmış olanlardan bulaşma tehlikesi en az olanlar çıkarılarak 33 üncü madde gereğince ayakta tedavi altına alınır ve bu suretle bulaşıcı devre belirtileri gösteren hastaya yer sağlanır. Belsoğukluğu, yumuşak şankr ve trikomonas vajinaliz olanlar bulaşma tehlikesi geçinceye kadar tedavi olunurlar.

Sanatın Tekrar Yapılması

Madde 35 32 inci maddenin (b) bendinde yazılı genel kadınlar iyi olduktan sonra sanatlarını yapabilirler. Frengili olan genç kadınların sanatlarını yapabilmeleri için en az bir tedavi devresi geçirmiş olmaları ve kanlarında serolojik reaksiyonun menfi çıkması ve hiçbir klinik belirti görülmemesi lazımdır. Laboratuvar bulunmayan

mahallerde kadınların serumu alınır ve en yakın resmi laboratuvarlardan birine gönderilerek tahlil ettirilir.⁹²

2.5. Depresyon

2.5.1. Depresyon Tanım

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması veya tam kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır.⁹³

Depresyon, bebeklikten yaşlılığa, hayatın her döneminde olabilir. Mizacın elemli oluşu, uyku bozuklukları, intihar düşünceleri gibi temel belirtiler yaşla değişmez. Depresyonun çeşitli tipleri ve nedenleri vardır. Bunlar temelde biyolojik, psikolojik ya da her ikisinin birlikte olduğu bir nedenle olabilir. İnsanın biyopsikososyal bir bütün olduğu göz önüne alındığında böyle olması kaçınılmazdır.⁹⁴ Depresyonun en kötü sonucu intihardır. Orta ve ileri derecede depresyonu olan hastaların en az %75' inde intihar düşüncesine rastlanır. Ciddi depresyonlarda herhangi bir anda intihar riski %11-17 arasındadır.⁹⁵ Alkol/ilaç kullanımı ve psikoz ile birlikte görülen depresyon, intiharların en az %60'ından sorumludur.⁹⁶

2.5.2. Depresyonun Sınıflandırılmaları

Depresyon başlığı altında tek bir hastalıktan değil, birçok alt gruptan oluşmuş bir hastalık kümesinden söz edilmektedir. Psikiyatrik bozukluklar değişik sınıflandırma sistemleri ile gruplandırılırlar. Dünyada en fazla kabul görmüş sınıflandırma sistemi Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM-IV' tür.

Depresyon, DSM-IV'e göre şu alt gruplar içerisinde değerlendirilir:

1. Majör depresif bozukluk,
2. Distimik bozukluk,

3. Bipolar bozukluktaki depresyon,
4. Genel bir tıbbi duruma bağılı depresyon,
5. Depresyonlu uyum bozukluğu,
6. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk,
 - a-Premenstrüel disforik bozukluk
 - b-Minör depresif bozukluk
 - c- Yineleyen kısa depresif bozukluk.⁹⁷

2.5.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir. Her yaşta görülebilen ancak orta yaşlarda ve özellikle de 25–44 yaşları arasında daha sık izlenen bir hastalıktır. Yaşam boyu majör depresyon yaygınlığı % 4,4 - % 19,6 ve % 17 olarak verilmiştir.^{98,99} Kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık rastlanır. Yaşam boyu gelişme olasılığı kadınlarda % 10–25, erkeklerde % 5–12 arasında değişmektedir. Her 4 kadından birisi ya da her 8–10 erkekten birisi yaşamları boyunca bir majör depresif bozukluk geçirmektedir. Bu kişilerin de % 50–80 inde hastalığın bir ya da birden çok sayıda nüksetme olasılığı bulunmaktadır. Kişinin biyolojik ailesinde depresyon geçirmiş diğer kişilerin bulunması, hastalık riskini 1,5–3 kat arttırmaktadır. Böyle bir bozukluğu olanları birinci derecede, erişkin biyolojik akrabalarında alkol bağımlılığı olasılığının, çocuklarında da dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu insidansının daha yüksek olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.¹⁰⁰ Türkiye’de depresyon prevalansını araştıran ilk çalışmalara göre, nokta prevalans hızı yaklaşık %10’dur.¹⁰¹

2.5.4. Depresyon Etiyolojisi

Depresif bozukluğun etiyolojisinde rol oynayan etkenler biyolojik ve psikososyal etkenler olarak ayrılabilir.

2.5.4.1. Biyolojik Etkenler

a) Biyolojik Aminler: Depresyonda genel olarak norepinefrin, dopamin ve serotonin düzeyinde düşmeden bahsedilmektedir. Yapılan çalışmalarda, beyin omurilik sıvısı, plazma ve idrarda norepinefrin yıkım ürünü olan 3-metoksi 4 hidroksi fenilglükol (MHPG), Dopamin yıkım ürünü olan homovalinik asit (HVA), 5-hidroksitriptofan 2

yıkım ürünü olan 5-hidroksi indol asetik asit (5 HIAA) düzeylerindeki değişiklikler gösterilebilmektedir. Son yıllarda nörotransmitter düzeylerindeki değişikliklerden çok sinapstaki reseptörlerin etkinliğinden ve reseptör duyarlılığındaki değişikliklerden söz edilmektedir.⁹⁴

b) Nöroendokrin Değişiklikler: Duygu durum bozukluklarında yeri olan en önemli nöroendokrin eksenler adrenal, tiroid ve growth hormon (büyüme hormonu) eksenleridir. Bunların yanı sıra melatoninin noktürnal sekresyonunun azalması, triptofan uygulamasıyla prolaktin salıverilmesinin azalması, follikül stimüle edici hormon (FSH) ve luteinizan hormonun (LH) bazal düzeylerinin azalması ve erkeklerde testesteron azalmasıdır.^{100,102,103}

c) Nöroanatomik bulgular: Biyolojik araştırma bulguları, duygu durum bozukluklarının limbik sistem, bazal ganglionlar ve hipotalamusun patolojilerinden kaynaklandığı kuramını desteklemektedir.^{100,102,103}

2.5.4.2. Psikososyal Etkenler

a) Yaşam olayları: Anne ya da babanın 11 yaşından önce kaybı, daha sonra depresyon gelişebileceğinin öngörülmesini sağlayan en önemli yaşam olayıdır. Bir kişinin çocuğunu ya da eşini kaybetmesi depresyona neden olabilecek en önemli çevresel stres kaynağıdır.

b) Psikanalitik kuram: Yaşamın ilk yıllarında kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan düş kırıklıkları erişkinlik yaşamında ambivalan sevgi ilişkilerinin doğmasına yol açarak depresyona yatkınlık sağlar. Erişkinlik yaşamında da gerçek kayıplar ya da kayıp tehditleri ile karşılaşma depresyonu tetikler. Gerçek bir kaybı yaşadıklarında da yitirdikleri nesneyi içselleştirirler ve öfkelerini içselleştirdikleri nesneye, dolayısıyla kendilerine yöneltirler.¹⁰⁴

c) Bilişsel görüş: Bu kurama göre depresyon temelde bir duygulanım bozukluğu değil bilişsel bir bozukluktur. Depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır. Bu olumsuz kavramlar giderek olumsuz yargılara düşüncelere ve tutumlara neden olur. Kişi her olayda önce olumsuz yönleri algılar ve düşünür.^{104,105}

d) Davranışçı görüş: Öğrenilmiş çaresizlik görüşünü destekler. Çocukluktan beri acılı uyarılarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur.¹⁰⁶

2.5.5. Depresyonda Risk Faktörleri

Risk etkeni, belirli bir bozukluğun varlığını ya da oluşma olasılığını arttırdığı düşünülen özgül etkenlerdir. Risk etkenlerini genellikle kişinin ölçülebilir özellikleri (cinsiyet, aile öyküsü, şiddetli yaşam olayları) oluşturur. Ayrıca hastalığı ortaya çıkışında genetik yapının olumsuz çevre koşulları ile etkilenmesinin de önemi vardır. Çeşitli çalışmalarda ailesel genetik özellikler, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, medeni durum, sosyoekonomik durumun kötü olması, çocukluk dönemi yaşantısı, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar majör depresyon için temel risk etkenleri olarak ileri sürülmüştür.¹⁰⁷

2.5.6. Depresyonun Kliniği

2.5.6.1. Duygulanım Bozukluğu

Depresif duygu durum depresyonun temel özelliğidir. Hemen her hastada izlenir ve olmaması durumunda depresyon tanısından uzaklaşılır. Çökkün duygu durum: yaşamdan zevk alamama, karamsarlık, kendini kederli ve elemli hissetme, moral bozukluğu, umutsuzluk, mutsuzluk, hüznün ve kendini boşlukta hissetme duygusu, kötümser düşüncelerle karakterizedir ve devamlılık gösterir. Hastaların büyük bir kısmı kendilerini sabahları daha kötü hissederler. İlgi azlığı ve anhedoni: hasta daha önce işine ve çevresine gösterdiği ilgiyi gösteremez. Daha önce yapmaktan zevk aldığı etkinliklerden zevk alamaz hale gelir. Anksiyete: depresyonun karakteristik özelliği olmamasına rağmen klinik pratikte depresif duygu durum ve ilgi azlığından sonra üçüncü sırada gelir. Hastalar kendilerini gergin hissederler ve rahatlayamazlar. Anksiyeteye genelde bedensel belirtiler de (çarpıntı, göğüs ağrısı, terleme gibi) eşlik eder.^{102,103}

2.5.6.2. Bilişsel Bozukluklar

Düşünce süreci ve akışında bozukluklar: sözel anlatımda zorlanma, yavaşlama ve hiç konuşmamaya (mutizm) kadar gidebilir. Düşünce içeriğinde bozulmalar: Suçluluk ve değersizlik düşünceleri, pişmanlık duyguları, kendini eleştirme şeklinde olabilir. Suçluluk düşünceleri sanrı düzeyinde olabilir. Hipokondriyak uğraşlar yaklaşık 1/4 ünde görülebilir. Bunlar yaşlı hastalarda ön plandadır. Hipokondriyak uğraşların olması hastalığın gidişi ve sonucu için de olumsuz bir göstergedir. Obsesif uğraşlar, intihar düşünceleri olabilir.

Konsantrasyon güçlüğü: Psikomotor yavaşlamanın bir parçası olarak da konsantrasyon güçlüğü olabilir.

Dikkat bozukluğu: gerek istemli gerek istemsiz (spontan) dikkat azalır.

Bellek bozukluğu: Unutkanlık en sık görülen belirtilerden biridir. Bellek daha çok öznel olarak bozulur. Unutkanlık hastaların dikkatini ve düşüncelerini belli bir konu üzerine yoğunlaştıramaması ile ilgilidir. Ağır seyreden depresyonlarda ve yaşlılarda izlenen depresyonlarda bilişsel bozukluklar (psödodemans) demans ile karıştırılabilir.

Algı bozukluğu: nadiren varsanı ve yanılsama gibi yaşantılar izlenir. Algısal bozukluğun içeriği çoğunlukla depresif duygu durum ile uyumludur.^{100,102,103}

2.5.6.3. Bedensel Belirtiler

Enerji azalması: Yorgunluk, bitkinlik sık görülür.

İştah azalması ve kilo kaybı veya iştahta artış ve kilo alımı

Cinsel istek kaybı: depresyonun başlangıç aşamasında ortaya çıkar ve tedaviyle en geç düzelmelerden biridir. Cinsel ilgide azalma, ereksiyon zorluğu, ejakülasyonun gerçekleşmemesi veya empotans olabilir.

Uyku düzensizlikleri: % 90 hastada uyku sorunu vardır. Çoğunlukla uykuya dalma bozulmuştur. Gece uykusunun sürekliliği de bozulur. Hastaların bir kısmında alışlagelmiş uyanma saatlerinden 2-3 saat önce uyanırlar. Yaş ilerledikçe uyku düzensizliği sıklığı artar hastaların küçük bir kısmında (%20) ise aşırı uyuma görülür.^{100,102,103}

2.5.6.4. Davranış Bozukluğu

Psikomotor yavaşlama (retardasyon); genç hastalarda yaşlılara oranla daha sık görülür. Psikotik ve melankolik tip depresyonlarda, bipolar bozukluğun depresyonunda daha sık görülür. Çoğunlukla toplumsal geri çekilme ile birlikte görülür. Hastanın kamburu çıkmış bir biçimde oturduğu gözlenir.

Psikomotor hareketlilik (ajitasyon); ajitasyon hastanın yaşadığı sıkıntı ve bunaltı duygusunun (anksiyetenin) motor davranışlarla dışa vurumudur. Kadınlarda erkeklerden, yaşlılarda gençlerden daha sık görülür.^{100,102,103}

2.5.7. Depresyonda Tanı

Tanı konulabilmesi için depresif duygu durumu ya da ilgi azlığı ve alışagelmış etkinliklerden zevk alamama (anhedoni) belirtilerinden birinin bulunması zorunludur. Bunlara ek olarak umutsuzluk, kötümser düşünceler, değersizlik duyguları, kendine güvende azalma, suçluluk düşünceleri, yineleyici ölüm düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü ve karar verme zorluğu, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, iştahsızlık ve kilo kaybı ya da aşırı iştah ve kilo alımı belirtilerinden bir kısmının varlığı gerekmektedir.¹⁰⁸

2.5.7.1. Depresyonda Tanı Ölçütleri

Major depresif epizod için DSM-IV tanı ölçütleri⁹⁷

A-iki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan en az beşinin (ya da daha fazlasının bulunmuş olması) ; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygu durum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

NOT: açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duygu duruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını dâhil etmeyiz.

(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin, kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemlemesi (örneğin ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum, **Not:** Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygu durum bulunabilir.

(2) hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlenir).

(3) diyet uygulamazken anlamlı kilo yitimi ya da kilo almanın olması (örneğin, bir ay içinde beden ağırlığının %5'inden fazla değişimi) ya da hemen her gün iştahta azalma ya da artma, **Not:** Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması .

(4) hemen her gün, uykusuzluk (insomnia) ya da aşırı uyku (hipersomnia) olması

(5) hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon (sadece huzursuz ya da ağırlaştırıcı duygularının olduğunu bildirmesi yeterli değildir, bunların başkalarının da gözleniyor olması gerekir).

(6) hemen her gün, yorgunluk ve enerji yitimi.

(7) Hemen her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (yalnızca hasta olmakla ilişkili kendini kınama ya da suçlama değildir).

(8) Hemen her gün düşünme ya da konsantre olma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya öznel değerlendirmeye ya da başkalarının gözlemlerine dayanarak).

(9) Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özgül bir plan olmaksızın yineleyici özkıyım düşünceleri, ya da özkıyım girişimi ya da özkıyımda bulunmak üzere özgül bir plan yapmak.

B- Belirtiler bir miks epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C- Belirtiler klinik olarak anlamlı rahatsızlık ya da toplumsal, mesleki ya da diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D- Belirtiler bir maddenin doğrudan fizyolojik etkisine (örneğin kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) ya da genel bir tıbbi duruma (örneğin hipotiroidizm) bağlı değildir.

E- Belirtiler yas tutma ile daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birisinin yitilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin biri işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

2.5.8. Depresyonda Tedavi

Depresyon tedavisinde çok yönlü yaklaşım temeldir. Farmakoterapi, psikoterapi ile bütünleştirilmelidir.⁹⁶ İlaç tedavisi belirtilere iyi gelirken, psikoterapi doğrudan kişiler arası ilişkilere ve sosyal uyuma etkilidir. İlaçlar kısa sürede etkili olabilir, psikoterapi ise daha uzun sürede etki gösterir.⁹⁴

2.5.8.1. Farmakoterapi

Farmokoterapide antidepresanlar kullanılmaktadır. Etki mekanizmaları, sinaptaki nörotransmitterlerin etkilerini değiştirmek şeklindedir. Hemen bütün antidepresif ilaçların önemli bir özelliği etkinliğin 1-3 hafta içinde başlamasıdır. Bu süre içinde, uykuda, iştahta, duygu durum ve toplumsal etkinliklerde düzelme başlar. Antidepresan tedavide doz ve yeterli süre çok önemlidir. Etkin olup olmadığına karar verirken 4-6 haftalık süre zorunludur. Tedaviye yanıt alındığı durumlarda, düzelmeden sonra 6-12 ay tedaviye devam edilmelidir.¹⁰⁹

Depresyon tedavisinde kullanılan başlıca ilaçlar (Türkiye’de olan ilaçlara yer verilmiştir)¹⁰⁹

1- Monoamin Oksidaz inhibitörleri (MAOI)

Seçici ve geri dönüşlü monoaminoksidaz inhibitörleri: Moklobemid

2- Trisiklik antidepresanlar: Opipramol, imipramin, Klomipramin, Amitriptilin

3- Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri: Sertralin, Fluoksetin, Paroksetin, Fluvoksamin, Sitalopram, Essitalopram

4- Alfa 2 adrenoreseptör antagonistleri: Mianserin, Mirtazapin

5- Seçici Noradrenerjik Gerilim inhibitörleri: Reboksetin, maprotilin

6- Noradrenalin ve Dopamin Gerilim İnhibitörleri: Bupropion

7- Serotonerjik ve Noradrenalin Gerilim inhibitörleri: Venflaksin, Milnasiparin, Duloksetin

8- Serotonerjik ilaçlar: Nefazodon, Tianeptin, Trazodon

2.5.8.2. Psikoterapik Yaklaşım

Psikoterapi, terapistin hastadan eşduyumlu (empatik olarak) bilgi edindiği, hastanın güvenini kazandığı, destekleyici bir ilişki olup depresyon tedavisinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Psikoterapi’nin amacı biliş, davranış, duygulanım gibi depresyondaki özgül belirtilerin düzeltilmesidir. Genel olarak kısa süreli ve depresif durumu düzeltici, hastanın kişiliğini değiştirmeyen tedavilerdir. Psikoterapik yaklaşım;

- Antidepresan ilaçlara az ya da hiç yanıt alınamadığında
- İlk yıl içinde yeni atak geçirilmesini engellemek amacıyla profilaktik amaçla
- Tıbbi kontrendikasyon nedeni ile antidepresan ilaç alınamadığı durumlarda

- İlaç tedavisine ek olarak uygulandığında yarar sağlamaktadır.¹¹⁰

Bu bağlamda hasta-hekim ilişkilerini düzelterek hastaların ilaç almalarını arttırabilir, moral sağlayabilir, evlilik, ebeveyn ilişkilerinde, iş vb. konularda depresyon nedeniyle bozulmuş ilişkilerin düzelmesinde yararı olabilir.⁹⁴

2.5.8.3. Elektro-Konvulsif Terapi (EKT)

EKT uygulamaları psikiyatrist, anestezi uzmanı, dâhiliye uzmanı, kardiyolog ve özel eğitim görmüş hemşire içeren bir ekip çalışmasıdır.⁹⁶ Etki mekanizması, elektrikle konvulziyon oluşturmaya dayanır. EKT'nin temel kullanım alanı melankolik majör depresyondur. Kalp hastalığı olan kişiler, uzun süre tedavi edilmemiş, dehidratasyonlu, zayıflamış-bitkin, intihar düşüncesi yoğun hastalar öncelikli endikasyona sahiptir. EKT'ye yönelik mesleki ve sosyal tutum, etkinliği ve güvenliğine dair açık avantajlara rağmen, bu tedavinin''son çözüm'' olarak düşünülmesidir.⁹⁶

3. MATERİYAL ve METOD

3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri

Araştırma, Adana Deri ve Zührevi Hastalıkları Dispanserine bağlı Adana genelevlerinde yapılmıştır. Söz konusu genelev Adana merkez Yeşiloba mahallesinde yer alıp, iki blok halinde ve her blokta 16 tane olmak üzere toplam 32 evden oluşmaktadır. Adana Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı olarak çalışan dispanserde bir pratisyen hekim, bir hemşire bir sağlık memuru, bir de hizmetli olmak üzere toplam dört personel görev yapmaktadır. Dispanserde haftanın iki günü seks işçilerinin muayeneleri yapılmakta ayrıca, seks işçilerine izin, danışmanlık, eğitim gibi hizmetler de verilmektedir. CYBE tanısı alan seks işçilerinin tedavileri, gerekirse ilgili hastanelere sevkleri ve takipleri de dispanserde gerçekleştirilmektedir.

Araştırma Adana Genelevinde çalışan seks işçilerinin muayene için gittikleri genelevin hemen yanında yer alan dispansere ait alanda yapılmıştır. Çalışma izni olan her kadın haftada iki gün CYBE açısından muayene için buraya gelmek zorundadır. Muayene sonucu hastalık bulgusu saptanmayan kadınların çalışmalarına izin verilmekte olup, enfeksiyon varlığı tespit edildiğinde hasta olan kadınların tedavileri sonuçlanıncaya kadar çalışma belgelerine el konulmaktadır.

Ayrıca dispanserde her üç ayda bir yapılan kan tahlillerinde, genelevde çalışan kadınlarda; HIV, Hepatit B, Hepatit C ve Sifiliz için kan tahlilleri yapılmaktadır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Adana Genelevinde çalışan seks işçilerinin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda bilgi, tutum, davranış ve depresyon durumlarını belirlemek amacıyla planlanmış kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Adana Genelevinde çalışan kayıtlı seks işçileri oluşturmaktadır. Burada çalışan seks işçilerinin sayısı çalışmanın yapıldığı tarihlerde 113 kişi idi. Çalışmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma sonucunda 108 kişiye ulaşılmıştır. Beş kişi araştırma süresinde izinli ya da raporlu oldukları için araştırma da yer alamamıştır.

3.4. Araştırmanın Uygulanması

Çalışma Adana Deri ve Zührevi Hastalıklar Dispanserine rutin muayeneleri yapılmak üzere başvuran 108 genelev kadınına yapıldı. Araştırma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan ve Adana İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden gerekli onaylar alındıktan sonra başladı.

Görüşmeler öncesinde genelevde çalışan kadınlara, çalışma ve çalışmanın amacı konusunda bilgi verildi, anket ile elde edilecek verilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı ve kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağı belirtilerek yazılı onayları alındı. Anketler okuma yazma bilen seks işçilerinin kendilerinin, okuma yazma bilmeyen seks işçilerine ise yüz yüze görüşme tekniği ile görüşülerek yapıldı. Veriler Nisan –Haziran 2014 tarihleri arasında toplandı.

3.5. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler

CYBH konusunda bilgi düzeyleri, depresyon durumları

3.6. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler

Yaş, eğitim düzeyi, anne-baba eğitim düzeyi, medeni durum, aylık gelir, bu işi yapma yılı, daha önce CYBE geçirip geçirmediği, tedavi olup-olmadığı, günde ortalama beraber olunan kişi sayısı.

3.7. Anket formu

Kişilere sosyodemografik özellikleri(yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, anne-baba eğitim düzeyi, medeni hali v.b.)sigara, alkol, bağımlılık yapıcı madde/ilaç kullanımı, CYBE konusunda eğitim alıp almadıkları aldılarsa kimden aldıkları ve CYBE konusunda risk gruplarının kimler olduğu ve hiç CYBE geçirip-geçirmediği geçirdi ise tedavi olup olmadığı ile ilgili bilgilerin olduğu 21 soruluk, cinsel özgeçmiş ve CYBE konusunda bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik 52 soruluk ve depresyon durumlarını tespit etmeye yönelik 21 sorudan oluşan bir anket formu hazırlanmıştır.

Seks işçilerinin sigara, alkol, madde kullanım alışkanlıkları sorgulanırken şu an sigara, alkol ve madde kullanıcıları aktif içici olarak kabul edildi. Hiç kullanmayanlar veya kullanıp bırakanlar ise kullanmıyor olarak kabul edildi.

Sigara kullananlarda günde içtikleri sigara âdetine göre;

1-10 adet/gün

11-20 adet/gün

21 adet ve üstünde kullanıcılar olarak gruplandırıldı. Yine alkol kullanıcıları ayda veya haftada kaç gün alkol aldıklarına göre şu şekilde gruplara ayrıldı;

Ayda 1 gün

Ayda 2-4 gün

Haftada 2-3 gün

Haftada 4 gün veya daha fazla

Madde kullanımını ise herhangi bir madde alıp almadığına göre gruplandırdık.

Seks işçilerinin CYBE konusunda bilgileri değerlendirilirken;

- CYBE duyup duymadıkları (gonore, sifiliz, Hepatit B, HepatitC, genital herpes, şankroid, HPV, candida, clamidya, HIV/AIDS)

-daha önce bu konuda eğitim alıp almadıkları

-CYBE yönünden kimlerin risk altında olabileceği

-CYBE' ların kendileri için bir tehlike oluşturup oluşturmayacağı

-kadınlarda ve erkeklerde CYBE belirtilerinin neler olduğu

-sağlıklı görünen kişilerde CYBE geçip geçmediği

-Hepatit B, Hepatit C, sifilizin ve AIDS'in bulaşma yolu, tedavisi, HIV'den korunma yolları ile ilgili sorular soruldu

Ayrıca CYBE'dan korunmak için alınması gereken birtakım önlemler sunularak (hastalık şüphesi olan kişiyle ilişkiye girerken kondom kullanılmalı, ömür boyu birden fazla kişiyle ilişkiye girmekten kaçınılmalı, cinsel ilişkiden hemen sonra banyo yapılmalı, diş çektirme, manikür yaptırma dövme yaptırma sırasında aletlerin temizlenmiş olmasına dikkat edilmeli, herhangi bir önlem alınmamalı) bunlara doğru, yanlış veya bilmiyorum şeklinde cevaplamaları istenerek bu konudaki bilgileri tespit edildi.

Seks işçilerinin CYBE konusundaki tutum ve davranışlarında kondom kullanma durumları sorgulandı.

-En son müşterinizle seks yaptığınızda kondom kullandınız mı?

-kondom kullanmayı kim önerdi

-kondom kullanmadıysanız neden kullanmadınız

-son bir ay içinde kondom kullanma sıklığı tespit edildi.

3.7.1. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Özgün adı Beck Depression Inventory (BDI) olan ruh sağlığı taramalarında veya depresyon ile ilgili araştırmalarda en çok kullanılan ölçeklerden biridir. 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Beck ve arkadaşları tarafından 1978 yılında geliştirilmiş olan, depresyon belirtilerinin derecesinin belirlenmesini amaçlayan, 15 yaşın üzerinde ergen ve yetişkinlere uygulanabilen, yaklaşık 10-15 dakikada yanıtlanabilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ve hasta tarafından doldurulur.¹¹¹ Depresyonda görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşan ölçeğin amacı, depresyonun derecesini objektif olarak sayılara dökmek olup, depresyon tanısı koymak için kullanılmaz. Önemli bir özelliği, depresyon ile diğer psikopatolojik durumları ayırt edebilmesidir. Ancak depresyonun alt gruplarını ayırt edişi hakkında yeterli kanıt yoktur.¹¹¹ BDÖ, psikoterapi sırasında klinik gözlemler neticesinde belirlenen 21 depresif belirtiyi kapsamaktadır. BDÖ’de her madde 0 ile 3 puan arasında yer alır. Bu puanların toplanması ile depresyon puanına ulaşılır. Alınabilecek en yüksek puan 63’dür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Hisli’nin yapmış olduğu geçerlilik güvenilirlik çalışmasında kesme noktasını 17 olarak belirlemiş, 17 ve üstündeki BDÖ puanlarının sağaltım gerektirecek şiddeteki depresyonu %90 doğrulukla ayırt edebileceğini bildirmiştir.^{112,113}

Ölçeğin değerlendirilmesi

0-9 puan: minimal düzeyde depresif belirtiler

10-16 puan: hafif düzeyde depresif belirti

17-29 puan: orta düzeyde depresif belirti

30-63 puan: şiddetli düzeyde depresif belirti

17 ve üzeri uzun süreli puanlama tıbbi destek alınmasını gerektirir.¹¹²

3.8. Verilerin Analizi

Katılımcılara anket uygulanırken sorulan çok yanıt seçeneği olan bazı değişkenler istatistik analizler için yeniden gruplandırıldı. Elde edilen veriler genelevde çalışan seks işçilerinin CYBE konusunda bilgi, tutum, davranışlarını ve depresyon durumlarının çeşitli ve nedensel ilişkilerinin incelenmesinde kullanıldı.

İstatistiksel analiz olarak verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, ki-kare testi, eğitimde ki-kare analizi(ki-kare for trend) korelasyon ve depresif durumu etkileyen bağımsız faktörlerin saptanması amacıyla Binary Lojistik Regresyon analizi yapılmıştır. p değerinin $< 0,05$ olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS 15.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılığı

Her bir seks işçisi için anket sorularının cevaplanması 30-40 dakika kadar sürmüştür. Kadınların eğitim düzeyleri düşük olması soruların anlaşılmasında ve cevaplanmasında bir engel olacağı düşünülmüştür. Bu engel anket sorularını cevaplarken zorlandıkları yerlerde kendilerine açıklama yapılarak giderilmeye çalışılmıştır. Ayrıca cinsel yaşamlarına yönelik sorularda ve CYBE geçirip geçirmediği sorularına ayrıcalıklı grup olmaları nedeni ile vermiş oldukları cevaplara güvenilmek durumunda kalınmıştır.

Yine depresyon tanısı psikiyatrik görüşmeler sonrası konması gereken bir tanıdır. Beck depresyon ölçeği depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan bir ölçektir. Ve yapılan klinik çalışmalarda kesme puanı 17 olarak kabul edilir. Çalışmamızda BDÖ'den 17 puan altına anlamlı depresif belirtisi olmayanlar, 17 ve üzeri puanlar için anlamlı depresif belirtisi olanlar şeklinde gruplara ayırarak değerlendirme yapılmıştır.

3.10. Araştırma Desteği

Çukurova Üniversitesi Araştırma Fonundan TF2014LTP4 no'lu bu araştırmaya destek sağlanmıştır. Bu şekilde veri toplama, değerlendirme ve yazım aşamasında kullanılan araç ve gereç temin edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışma Adana Genelevinde çalışan 108 seks işçisinde yapıldı. Araştırmaya katılanların en küçüğü 24, en büyüğü 63 yaşında olup yaş ortalaması $43,8 \pm 8,3$, ortanca 43 olarak bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Yaş Dağılımı

Ortalama yıl	43,8 ± 8,3
Ortanca yaş	43
Min (yaş)	24
Max (yaş)	63

Araştırmaya katılanların 104 (% 96,3) kişi kadın, 4 (% 4) kişi diğer (transseksüel) cinsiyetteydi.

Medeni durumlarına bakıldığında 2 (% 1,9) kişi evli, 57 (% 52,8) kişi bekâr, 49 (% 45,3) kişi boşanmış idi.

Öğrenim durumlarına bakıldığında 14 (% 13,0) kişi okur-yazar değil, 8 (% 7,4) kişi okur-yazar, 53 (% 49,1) kişi ilkokul mezunu, 16 (% 14,8) kişi ortaokul mezunu, 17 (% 15,7) kişi lise mezunuydu (Tablo 7).

Annelerinin öğrenim durumları incelendiğinde 48 (% 44,4) kişi okur-yazar değil, 17 (% 15,7) kişi okur-yazar, 27 (% 25,0) kişi ilkokul mezunu, 9 (% 8,3) kişi ortaokul mezunu, 4 (% 3,7) kişi lise mezunu, 3 (% 2,8) kişi üniversite mezunuydu (Tablo 7).

Baba öğrenim durumuna baktığımızda 22 (% 20,4) kişi okur-yazar değil, 18 (% 16,7) kişi okuryazar, 47 (% 43,5) kişi ilkokul mezunu, 10 (% 9,3) kişi ortaokul mezunu, 9 (% 8,3) kişi lise mezunu, 2 (% 1,9) kişi üniversite mezunuydu (Tablo 7).

Genelevde çalışan seks işçilerinin aylık gelir düzeylerini incelediğimizde 9 (% 8,3) kişi 500 TL'den az, 30 (% 27,8) kişi 501-1000TL, 15 (% 13,9) kişi 1001-1500 TL, 20 (% 18,5) kişi 1501-2000 TL, 34 (% 31,5) kişi de 2001 TL ve üstünde kazanca sahipti (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik özellikler		Sayı	%
Yaş grup	20-29	4	3,7
	30-39	32	29,6
	40-49	48	44,4
	50 ve üstü	24	22,3
Cinsiyet	Kadın	104	96,3
	Diğer	4	3,7
Medeni Durum	Evli	2	1,9
	Bekar	57	52,8
	Boşanmış	49	45,3
Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	14	13,0
	Okur-yazar	8	7,4
	İlkokul mezunu	53	49,1
	Ortaokul mezunu	16	14,8
	Lise mezunu	17	15,7
Annenin Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	48	44,4
	Okur- yazar	17	15,7
	İlkokul mezunu	27	25,0
	Ortaokul mezunu	9	8,3
	Lise mezunu	4	3,7
	Üniversite mezunu	3	2,8
Babanın Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	22	20,4
	Okur yazar	18	16,7
	İlkokul mezunu	47	43,5
	Ortaokul mezunu	10	9,3
	Lise mezunu	9	8,3
	Üniversite mezunu	2	1,9
Gelir Düzeyi	500 TL'den az	9	8,3
	501-1000 TL	30	27,8
	1001-1500 TL	15	13,9
	1501-2000 TL	20	18,5
	2001 TL ve üstü	34	31,5
Toplam		108	100,0

4.2. Katılımcıların Sigara, Alkol Ve Madde Kullanımına Ait Özellikleri

Araştırmaya katılanların sigara kullanımları incelendiğinde, 18 (% 16,6) kişi sigara kullanmıyordu, 22 (% 20,4) kişi günde 1-10 adet, 36 (% 33,3) kişi 11-20 adet, 32 (% 29,6) kişi 21adet ve üstünde sigara kullanıyordu (Tablo 8).

Katılımcıların alkol kullanma alışkanlıklarına baktığımızda 57 (% 52,7) kişi hiç alkol kullanmıyordu, 38 (% 35,2) kişi ayda bir, 7 (% 6,5) kişi ayda 2-4, 5 (% 4,6) kişi haftada 2-3, 1 (% 0,9) kişi ise haftada 4 gün ve üstünde alkol tüketiyordu (Tablo 8).

Katılımcıların madde kullanma alışkanlığına bakıldığında 105 (% 97,2) kişi herhangi bir madde kullanmazken, 3 (% 2,8) kişi de madde kullanıyordu (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımına Ait Bulguları

Değişkenler	Gruplar	Sayı	%
Sigara kullanımı	Hayır	18	16,7
	1-10 adet	22	20,4
	11-20 adet	36	33,3
	21 ve üstü	32	29,6
Alkol kullanımı	Kullanmıyorum	57	52,7
	Ayda 1	38	35,3
	Ayda 2-4	7	6,5
	Haftada 2-3	5	4,6
	Haftada 4 ve üstü	1	0,9
Madde kullanımı	Hayır	105	97,2
	Evet	3	2,8
Toplam		108	100,0

4.3. Seks İşçilerinin Çalışma Hayatları İle İlgili Bazı Özellikleri

Araştırmaya katılan seks işçilerinin ticari anlamda seks işçisi olma yaşlarına baktığımızda 44 (% 40,7) kişi 15-20 yaş arasında, 53 (% 49,1) kişi 21-30 yaş arasında, 11 (% 10,2) kişi 31 yaş ve üzerinde bu işe başlamıştı.

Katılımcıların sektörde bulunma sürelerine baktığımızda 76 (% 70,4) kişi 20 yıldan az, 32 (% 29,6) kişi ise 20 yıl ve üstünde bu işi yapmaktaydı.

Araştırmaya katılanlara günlük beraber olunan kişi sayısı sorulduğunda, 41 (% 38) kişi bilmiyorum/hatırlamıyorum cevabını verirken, 9 (% 8,3) kişi 1-5 kişi, 17 (% 15,7) kişi 6-10 kişi, 15 (% 13,9) kişi ise 11 ve daha fazla kişiyle beraber olduklarını belirtti (Tablo 9).

Tablo 9. Seks İşçilerinin Başlama Yaşı, Sektörde Bulunma Süreleri ve Günlük Müşteri Sayıları

Değişkenler	Gruplar	Sayı	%
Ticari anlamda seks işçisi olma yaşı	15-20 yaş	44	40,7
	21-30 yaş	53	49,1
	31 ve üzeri	11	10,2
Sektörde bulunma süresi	<20yıl	76	70,4
	≥20yıl	32	29,6
Birlikte olunan kişi sayısı(günlük)	1-5 kişi	9	8,3
	6-10 kişi	17	15,7
	11 ve daha fazla	15	13,9
	Bilmiyorum/hatırlamıyorum	41	38
Toplam		108	100,0

4.4. Katılımcıların CYBE Konusunda Eğitim Alma ve CYBE Geçirme Durumları

Araştırmaya katılan seks işçilerinin 57'si (%52,8) CYBE konusunda eğitim aldıklarını, 51'i (47,2) eğitim almadıklarını belirtti. Eğitim alanların da 47'si (% 82,5) bu eğitimi hastanede, 6'sı (% 10,5) özel kliniklerde, 2'si (% 3,5) TV'dan ve 2'si de (% 3,5) internetten aldıklarını belirtti (Tablo 10).

Katılımcıların CYBE geçirme durumları sorulduğunda, 22 (% 20,4) kişi daha önce bir CYBE geçirdiğini, 86 (% 79,6) kişi ise CYBE geçirmediğini belirtti (Tablo 10).

Genelevde çalışan seks işçilerinin son bir yıl içinde hazneden akıntınız oldu mu? sorusuna verdikleri cevaplara bakıldığında, 21 (% 19,4) kişi akıntısının olduğunu, 63 (% 58,3) kişi akıntısının olmadığını belirtirken, 24 (% 22,2) kişi akıntısının olup olmadığını bilmediğini/hatırlamadığını söyledi (Tablo 10).

Katılımcıların son bir yıl içinde cinsel bölgede yara/ülser durumları sorgulandığında 1 (% 0,9) kişi evet, 92 (% 85,2) kişi hayır, 15 (% 13,9) kişi ise bilmiyorum/hatırlamıyorum olarak cevap verdi (Tablo 10).

Tablo 10. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon Konusunda Eğitim Alma ve Hastalık Geçirme Durumları

Değişkenler	Gruplar	Sayı	%*
CYBE eğitim alma	Evet	57	52,8
	Hayır	51	47,2
Eğitimi kimden aldığı (Toplam:57)	Hastane	47	82,5
	Özel klinik	6	10,5
	TV	2	3,5
	İnternet	2	3,5
CYBE geçirme	Evet	22	20,4
	Hayır	86	79,6
Son bir yıl içinde hazneden akıntı	Evet	21	19,4
	Hayır	63	58,3
	Bilmiyorum/hatırlamıyorum	24	22,2
Son bir yıl içinde cinsel bölgede yara/ülser	Evet	1	0,9
	Hayır	92	85,2
	Bilmiyorum/hatırlamıyorum	15	13,9
Toplam		108	100,0

*sütun yüzdesi

4.5. CYBE Risk Grupları

Genelevde çalışan seks işçilerinin CYBE yakalanmada kimlerin risk altında oldukları sorusuna verdikleri cevaplarda 40 (% 37,0) kişi birden çok eş değiştirmeye

evet derken, 68 (% 63,0) kişi hayır cevabını verdi. Daha önceden CYBE öyküsü olmaya 11 (% 10,2) kişi evet 97 (% 89,8) kişi hayır, seks işçisi olmaya 41 (% 38,0) kişi evet 67 (% 62,0) kişi hayır, kan ve kan ürünleri transfüzyonuna, 32 (% 29,6) kişi evet 76 (% 70,4) kişi hayır, vücuda dövme/piercing yaptırmaya 1 (% 0,9) kişi evet 107 (% 99,1) kişi hayır, korunmasız cinsel ilişkiye girmeye 91 (% 84,3) kişi evet 17 (% 15,7) kişi hayır cevabını verdi (Tablo 11).

Genelevde çalışan kadınlar korunmasız cinsel ilişkiye girmeyi en fazla risk grubu olarak kabul ettikleri görüldü (%84,3) (Tablo 11).

Tablo 11. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarda Risk Grupları

Değişkenler	Gruplar	Sayı	%
Birden çok cinsel eş değiştirmek	Evet	40	37,0
	Hayır	68	63,0
Daha önce CYBE öyküsü olanlar	Evet	11	10,2
	Hayır	97	89,8
Seks işçileri	Evet	41	38,0
	Hayır	67	62,0
Kan ve kan ürünleri transfüzyonu	Evet	32	29,6
	Hayır	76	70,4
Vücuda dövme/piercing yaptırma	Evet	1	0,9
	Hayır	107	99,1
Korunmasız cinsel ilişki	Evet	91	84,3
	Hayır	17	15,7
Toplam		108	100,0

4.6. CYBE Belirtileri

Araştırmada yer alan kadınlara CYBE belirtileri nelerdir? Diye sorulduğunda 45 (% 41,7) kişi karın ağrısı, 56 (% 51,9) kişi hazneden akıntı, 82 (% 75,9) kişi kötü kokulu akıntı, 27 (% 25,0) kişi idrar yaparken yanma, 65 (% 60,2) kişi cinsel bölgede yara/ülser, 20 (% 18,5) kişi cinsel bölgede kaşıntı, 10 (% 9,3) kişi ise kasık bölgesinde şişlikler şeklinde cevap verdi (Tablo 12).

Erkeklerde görülen CYBE belirtileri nelerdir sorusuna verdikleri cevaplara bakıldığında; 18 (% 16,7) kişi karın ağrısı, 24 (% 22,2) kişi hazneden akıntı, 64 (% 59,3) kişi kötü kokulu akıntı, 40 (% 37) kişi idrar yaparken yanma, 53 (% 49,1) kişi cinsel bölgede yara/ülser, 24 (% 22,2) kişi cinsel bölgede kaşıntı, 7 (% 6,5) kişi kasık bölgesinde şişlikler şeklindeydi (Tablo 13).

Çalışmaya katılan seks işçilerinin CYBE belirtileri arasında hem kadınlarda hem de erkeklerde en fazla kötü kokulu akıntıya evet dedikleri görüldü.(Kadınlarda % 75,9, Erkeklerde % 59,3).

Tablo 12. Kadınlarda Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon Belirtileri

Kadınlarda CYBE belirtileri		Sayı	%
Kötü kokulu akıntı	Evet	82	75,9
	Hayır	26	24,1
Cinsel bölgede yara/ülser	Evet	65	60,2
	Hayır	43	39,8
Hazneden akıntı	Evet	56	51,9
	Hayır	52	48,1
Karın ağrısı	Evet	45	41,7
	Hayır	63	58,3
İdrar yaparken yanma	Evet	27	25,0
	Hayır	81	75,0
Cinsel bölgede kaşıntı	Evet	20	18,5
	Hayır	88	81,5
Kasık bölgesinde şişlikler	Evet	10	9,3
	Hayır	98	90,7
Toplam		108	100,0

Tablo 13. Erkeklerde Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon Belirtileri

Erkeklerde CYBE Belirtileri		Sayı	%
Kötü kokulu akıntı	Evet	64	59,3
	Hayır	44	40,7
Cinsel bölgede yara/ülser	Evet	53	49,1
	Hayır	55	50,9
İdrar yaparken yanma	Evet	40	37,0
	Hayır	68	63,0
Cinsel bölgede kaşıntı	Evet	24	22,2
	Hayır	84	77,8
Hazneden akıntı	Evet	24	22,2
	Hayır	84	77,8
Karın ağrısı	Evet	18	16,7
	Hayır	90	83,3
Kasık bölgesinde şişlikler	Evet	7	6,5
	Hayır	101	93,5
Toplam		108	100,0

4.7. CYBE Duyulma Oranları

Araştırmaya katılan kadınlara sorulan CYBE duydunuz mu? sorusuna 101 (% 93,5) kişi evet, 7 (% 6,5) kişi hayır cevabını verdi. Seks işçilerine CYBE'ların

hangilerini bildikleri sorulduğunda en yüksek oranda % 85,2'si HIV/AIDS cevabını verirken, daha sonra sırasıyla % 77,8'i Candida, % 74,1'i Hepatit B, % 62,0'si Hepatit C, % 40,7'si Gonore, % 36,1'i HPV(Genital Siğil), % 35,2'si Sifiliz, % 19,6'sı Genital Herpes, % 9,3'ü Klamidya ve en az oranda da % 2,8'i Şankroid cevabını verdiler (Tablo 14).

Tablo 14. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Duyulma Oranları

Hastalık	Gruplar	Sayı	%
CYBE'ların duyulması	Evet	101	93,5
	Hayır	7	6,5
HIV/AIDS	Evet	92	85,2
	Hayır	3	2,8
	Bilmiyorum	13	12,0
Candida	Evet	84	77,8
	Hayır	6	5,6
	Bilmiyorum	18	16,7
Hepatit B	Evet	80	74,1
	Hayır	4	3,7
	Bilmiyorum	24	22,2
Hepatit C	Evet	67	62,0
	Hayır	7	6,5
	Bilmiyorum	34	31,5
Gonore	Evet	44	40,7
	Hayır	15	13,9
	Bilmiyorum	49	45,4
HPV (genital siğil)	Evet	39	36,1
	Hayır	18	16,7
	Bilmiyorum	51	47,2
Sifiliz	Evet	38	35,2
	Hayır	11	10,2
	Bilmiyorum	59	54,6
Genital Herpes	Evet	20	19,6
	Hayır	21	19,4
	Bilmiyorum	67	62,0
Klamidya	Evet	10	9,3
	Hayır	18	16,7
	Bilmiyorum	80	74,1
Şankroid	Evet	3	2,8
	Hayır	18	16,7
	Bilmiyorum	87	80,5
Toplam		108	100,0

4.8. Seks İşçilerinin Kondom Kullanma Durumları

Araştırmaya katılan seks işçilerinin en son müşterisi ile kondom kullanımları sorgulandığında 97 (% 89,8) kişi kondom kullandığını, 11 (% 10,2) kişi kullanmadığını

belirtti. Kondom kullananlarında 76'sı (% 70,4) kondom kullanmayı kendisinin önerdiğini, 21'i (% 19,4) ise kondom kullanmanın ortak karar olduğunu söyledi. Kadınların son otuz gün içinde kondom kullanma sıklığını ise 60 (% 55,6) kişi her seferinde, 48 (% 44,4) kişi bazen olarak belirtti. Kadınlara kondom kullanmama nedeni sorulduğunda verilen cevaplar 41 (% 83,6) kişi partnerim istemedi, 8 (% 16,4) kişi ise başka yöntem kullandım şeklindeydi. Kadınlar kondomu 91 (% 84,3) kişi eczaneden, 17 (% 15,7) kişi market/bakkaldan temin etmekteydi (Tablo 15).

Tablo 15. Seks İşçilerinin Kondom Kullanımı İle İlgili Yanıtlarının Dağılımı

Değişkenler		Sayı	%
En son müşteriyle kondom kullanımı	Evet	97	89,8
	Hayır	11	10,2
Kondom kullanma sıklığı	Her seferinde	60	55,6
	Bazen	48	44,6
Kondom kullanmayı kim önerdi	Ben	76	70,4
	Ortak karar	21	19,4
	Kullanmadım	11	10,2
Kondom kullanmama nedeni (n=48)	Partnerim istemedi	41	85,4
	Başka yöntem kullandım	7	14,6
Kondomu nerden alırsın	Eczane	91	84,3
	Market/bakkal	17	15,7

4.9. Seks İşçilerinin CYBE Konusundaki Genel Bilgi Durumları

Araştırmaya katılan kadınlara CYBE'lerin kendileri için bir tehlike oluşturup oluşturmadığı sorulduğunda 98 (% 90,8) kişi tehlike oluşturduğunu, 5 (% 4,6) kişi tehlike oluşturmadığını, 5 (% 4,6) kişi ise tehlike oluşturduğu konusunda kararsız olduğunu ifade etti.

CYBE'lar belirti vermeden bulunabilir mi sorusuna 31 (% 28,7) kişi evet, 10 (% 9,3) kişi hayır, 67 (% 62) kişi ise bilmiyorum yanıtını verdi.

CYBE'ların geçişinde tek yolun cinsel ilişkimi olduğu sorulduğunda ise 24 (% 22,2) kişi evet, 35 (% 32,4) kişi hayır, 49 (% 45,4) kişi bilmiyorum dedi.

Sağlıklı görünen bir kişiden de CYBE geçebilir mi sorusuna verilen yanıtlar ise 56 (% 51,9) kişi evet, 2 (% 1,9) kişi hayır, 50 (% 46,2) kişi bilmiyorum idi. Bu soru kadınların bu konuda yetersiz bilgiye sahip olduğunu göstermesi açısından bizim için önemliydi.

Seks işçilerine CYBE konusunda bilgi edinme ihtiyaçları sorulduğunda 76 (% 70,4) kişi bilgi edinmek istediğini, 10 (% 9,3) kişi bilgi edinmek istemediğini, 22 (% 20,4) kişi ise bu konuda kararsız olduğunu belirtti.

CYBE ile ilgili şüpheniz olduğunda doktora rahatlıkla başvurabilir misiniz sorusuna verilen cevaplar ise; 103 (% 95,4) kişi evet, 1 (% 0,9) kişi hayır, 4 (% 3,7) kişi kararsızım şeklindeydi (Tablo 16).

Tablo 16. Seks İşçilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar'larla İlgili Yanıtlarının Dağılımı

Değişkenler		Sayı	%
CYBE'lar sizin için tehlike oluşturuyor mu?	Evet	98	90,8
	Hayır	5	4,6
	Kararsızım	5	4,6
CYBE'lar belirti vermeden bulunabilir.	Evet	31	28,7
	Hayır	10	9,3
	Bilmiyorum	67	62,0
CYBE'ların bulaşmasında tek yol cinsel ilişkidir.	Evet	24	22,2
	Hayır	35	32,4
	Bilmiyorum	49	45,4
Sağlıklı görünen kişilerden de CYBE bulaşabilir.	Evet	56	51,9
	Hayır	2	1,9
	Bilmiyorum	50	46,2
CYBE ile ilgili bilgi edinmek ister misiniz?	Evet	76	70,4
	Hayır	10	9,3
	Kararsızım	22	20,4
CYBE ilgili şüpheniz olursa doktora başvurur musunuz?	Evet	103	95,4
	Hayır	1	0,9
	Kararsızım	4	3,7
Toplam		108	100,0

4.10. Seks İşçilerin Hepatit B, Hepatit C ve Sifilizin Bulaşma Yolu ve Tedavileri ile İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı

Araştırmaya katılan seks işçilerine hepatit B ile sorulan sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde 80 (% 74,1) kişi Hepatit B'nin kan yoluyla bulaştığını, 9 (% 8,3) kişi kan yoluyla bulaşmadığını, 19 (% 17,6) kişi ise kan yoluyla bulaşıp bulaşmadığını bilmediğini söyledi.

Yine katılımcıların 78'i (% 72,2) Hepatit B'nin tedavisinin olduğunu, 3'ü (% 2,8) tedavisinin olmadığını, 27'si (% 25) de tedavisinin olup olmadığını bilmediğini söyledi. Hepatit B'den korunmak için aşı olmalıyız sorusuna ise 88 (% 81,5) kişi evet derken, 8 (% 7,4) kişi hayır, 12 (% 11,1) kişi ise bilmiyorum yanıtını verdi.

Hepatit C ile ilgili sorulan sorulara ise 68 (% 63) kişi kan ile bulaşabilir, 2 (% 1,8) kişi kan ile bulaşmaz, 38 (% 35,2) kişi ise bilmiyorum cevabını verdi. Hepatit C'nin aşısı sorgulandığında ise 35 (% 32,4) kişi aşısının olduğunu, 21 (% 19,4) kişi aşısının olmadığını, 52 (% 48,2) kişi aşısının olup olmadığını bilmediğini söyledi. Hepatit C tedavi edilebilir mi sorusuna ise 50 (% 46,3) kişi evet, 6 (% 5,6) kişi hayır, 52 (% 48,1) kişi bilmiyorum cevabını verdi.

Sifiliz ile ilgili sorulan sorularda ise 69 (% 63,9) kişi sifilizin kan yolu ile bulaştığını, 4 (% 3,7) kişi bulaşmadığını, 35 (% 32,4) kişi ise kan ile bulaşp bulaşmadığını bilmediğini söyledi. Sifiliz tedavi edilebilir mi sorusuna ise, 72 (% 66,5) kişi evet, 4 (% 3,7) kişi hayır, 32 (% 29,6) kişi ise bilmiyorum yanıtını verdi (Tablo 17).

Tablo 17. Seks İşçilerinin Hepatit B, Hepatit C ve Sifiliz İle İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

Değişkenler		Sayı	%
Hepatit B kan ile bulaşır	Evet	80	74,1
	Hayır	9	8,3
	Bilmiyorum	19	17,6
Hepatit B'nin tedavisi var mıdır?	Evet	78	72,2
	Hayır	3	2,8
	Bilmiyorum	27	25,0
Hepatit B'den korunmada aşı olmalıyız	Evet	88	81,5
	Hayır	8	7,4
	Bilmiyorum	12	11,1
Hepatit C kan ile bulaşır	Evet	68	63,0
	Hayır	2	1,8
	Bilmiyorum	38	35,2
Hepatit C'nin aşısı var mıdır?	Evet	35	32,4
	Hayır	21	19,4
	Bilmiyorum	52	48,2
Hepatit C tedavi edilebilir mi?	Evet	50	46,3
	Hayır	6	5,6
	Bilmiyorum	52	48,1
Sifiliz kan nakli ile bulaşabilir	Evet	69	63,9
	Hayır	4	3,7
	Bilmiyorum	35	32,4
Sifiliz tedavi edilebilir mi?	Evet	72	66,7
	Hayır	4	3,7
	Bilmiyorum	32	29,6
Toplam		108	100,0

4.11. CYBE’lardan Korunma

Katılımcıların CYBE’lerden korunma yolları ile ilgili sorulan sorulara verdikleri cevaplar, 95 (% 88) kişi hastalık şüphesi olan kişiyle ilişkiye girerken kondom kullanmak doğru derken, 3 (% 2,7) kişi yanlış, 10 (% 9,3) kişi bilmiyorum şeklindeydi.

Ömür boyu birden çok kişiyle ilişkiye girmekten kaçınmak sorusuna ise 81(% 75) kişi doğru, 6 (% 5,6) kişi yanlış, 21 (% 19,4) kişi ise bilmiyorum yanıtını verdi.

Başkalarının kullandığı eşyaları kullanmama sorusuna 95 (% 88) kişi doğru, 10 (% 9,3) kişi yanlış, 3 (% 2,7) kişi bilmiyorum dedi.

Cinsel ilişkiden hemen sonra banyo yapmaya verilen cevaplar ise 93 (% 86,1) kişi doğru, 9 (% 8,3) kişi yanlış, 6 (% 5,6) kişi bilmiyorum şeklindeydi.

Diş çektirmek, dövme, manikür sırasında aletlerin temiz olmasına ise 97 (% 89,8) kişi doğru, 4 (% 3,7) kişi yanlış, 7 (% 6,5) kişi bilmiyorum şeklinde cevap verdi.

Herhangi bir önlem almayız cevabına ise 24 (% 22,2) kişi doğru, 75 (% 69,5) kişi yanlış, 9 (% 8,3) kişi bilmiyorum dedi (Tablo 18).

Tablo 18. Seks İşçilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan Korunma İle İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

Değişkenler		Sayı	%
Hastalık şüphesi olanlarla ilişkiye girerken kondom kullanmak	Doğru	95	88,0
	Yanlış	3	2,7
	Bilmiyorum	10	9,3
Ömür boyu birden çok kişiyle ilişkiye girmekten kaçınmak	Doğru	81	75,0
	Yanlış	6	5,6
	Bilmiyorum	21	19,4
Başkalarının kullandığı eşyaları(jilet, enjektör)kullanmama	Doğru	95	88,0
	Yanlış	10	9,3
	Bilmiyorum	3	2,7
Cinsel ilişkiden sonra hemen banyo yapma	Doğru	93	86,1
	Yanlış	9	8,3
	Bilmiyorum	6	5,6
Diş çektirme, dövme, manikür sırasında aletlerin temiz olmasına dikkat etmek	Doğru	97	89,8
	Yanlış	4	3,7
	Bilmiyorum	7	6,5
Herhangi bir önlem almamak	Doğru	24	22,2
	Yanlış	75	69,5
	Bilmiyorum	9	8,3
Toplam		108	100,0

4.12. Seks İşçilerinin HIV/AIDS Konusundaki Bilgileri

Çalışmaya katılan seks işçilerine HIV adında hastalık etkeni duyup duymadıkları sorulduğunda, 65 (% 60,2) kişi duyduklarını, 43 (% 39,8) kişi ise duymadıklarını söyledi.

Kadınlara AIDS hastalığını bilip bilmedikleri sorulduğunda ise 106 (% 98,1) kişi bildiklerini, 2 (% 1,9) kişi bilmediklerini belirtti.

HIV/AIDS kan nakli ile bulaşır mı sorusuna 93 (% 86,1) kişi evet, 2 (% 1,9) kişi hayır, 13 (% 12) kişi bilmiyorum cevabını verdi.

Aynı enjektörü, tıraş bıçağını kullanmakla bulaşır mı sorusunu ise, 92 (% 85,2) kişi evet, 4 (% 3,7) kişi hayır, 12 (% 11,1) kişi ise bilmiyorum olarak yanıtladı.

Dövme yaptırmakla bulaşır mı sorusuna sırasıyla verilen cevaplar 71 (% 65,7) kişi evet, 6 (% 5,6) kişi hayır, 31 (% 28,7) kişi bilmiyorum şeklindeydi.

Çalışma grubunun HIV/AIDS aynı tuvaleti, banyoyu kullanmakla bulaşır mı sorusuna verdikleri cevaplara bakıldığında, 59 (% 54,6) kişi evet, 20 (% 18,5) kişi hayır, 29 (% 26,9) kişi bilmiyorum şeklindeydi.

Katılımcıların diş çektirme, manikür, pedikür ile HIV/AIDS bulaşır mı sorusuna verdikleri cevaplar ise, 88 (% 81,5) kişi evet, 4 (% 3,7) kişi hayır, 16 (% 14,8) kişi bilmiyordumdu.

Katılımcılara HIV/AIDS'in anneden çocuğa gebelik sırasında bulaşabilirliği sorulduğunda, 86 (% 79,6) kişiden evet bulaşabilir, 1 (% 0,9) kişiden hayır bulaşmaz, 21 (% 19,5) kişiden ise bilmiyorum şeklinde yanıtlar alındı.

Katılımcıların anneden çocuğa emzirme ile bulaşır mı sorusuna verdikleri cevaplar ise sırasıyla, 72 (% 66,7) kişi evet, 4 (% 3,7) kişi hayır, 32 (% 29,6) kişi bilmiyorum şeklindeydi.

Katılımcılara sağlıklı görünen bir kişi HIV virüsü kapmış olabilir mi diye sorulduğunda 71 (% 65,8) kişiden evet, 1 (% 0,9) kişiden hayır, 36 (% 33,3) kişiden bilmiyorum şeklinde yanıtlar alındı.

Katılımcılara Her ilişkide doğru biçimde kondom kullanılırsa HIV'den korunulabilir mi sorusu yöneltildiğinde, 84 (% 77,8) kişi evet, 14 (% 13,0) kişi hayır, 10 (% 9,2) kişi bilmiyorum yanıtını verdi.

Tek eşlilik ile HIV'den korunulabilir mi sorusuna verilen yanıtlar ise, 49 (% 45,4) kişi evet, 25 (% 23,1) kişi hayır, 34 (% 31,5) kişi bilmiyorum şeklindeydi.

Katılımcılara HIV'in aşısı var mıdır diye sorulduğunda 25 (% 23,1) kişi evet, 27 (% 25) kişi hayır, 56 (% 51,9) kişi ise bilmiyorum şeklinde yanıtladı.

HIV/AIDS'in tedavisi olup olmadığı sorulduğunda ise, 26 (% 24,1) kişiden evet, 38 (% 35,2) kişiden hayır, 44 (% 40,7) kişiden ise bilmiyorum yanıtı alındı.

Son olarak katılımcılara HIV /AIDS öldürücü bir hastalık mıdır diye sorulduğunda verilen cevaplar, 98 (% 90,8) kişi evet, 1 (% 0,9) kişi hayır, 9 (% 8,3) kişi bilmiyorum şeklindeydi (Tablo 19).

Tablo 19. Seks İşçilerinin HIV/AIDS Bulaşma ve Korunma İle İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

Değişkenler		Sayı	%
HIV adında hastalık etkeni duydunuz mu?	Evet	65	60,2
	Hayır	43	39,8
AIDS adında hastalık duydunuz mu?	Evet	106	98,1
	Hayır	2	1,9
Kan nakli ile bulaşır mı?	Evet	93	86,1
	Hayır	2	1,9
	Bilmiyorum	13	12,0
Aynı enjektörü, tıraş bıçağını kullanmakla bulaşır mı?	Evet	92	85,2
	Hayır	4	3,7
	Bilmiyorum	12	11,1
Dövme yaptırmakla bulaşır mı?	Evet	71	65,7
	Hayır	6	5,6
	Bilmiyorum	31	28,7
Aynı tualeti, banyoyu kullanmakla bulaşır mı?	Evet	59	54,6
	Hayır	20	18,5
	Bilmiyorum	29	26,9
Diş çektirme, manikür, pedikür ile bulaşır mı?	Evet	88	81,5
	Hayır	4	3,7
	Bilmiyorum	16	14,8
Anneden çocuğa gebelik sırasında bulaşır mı?	Evet	86	79,6
	Hayır	1	0,9
	Bilmiyorum	21	19,5
Anneden çocuğa emzirme sırasında bulaşır mı?	Evet	72	66,7
	Hayır	4	3,7
	Bilmiyorum	32	29,6
Sağlıklı görünen kişi HIV virüsü kapmış olabilir mi?	Evet	71	65,8
	Hayır	1	0,9
	Bilmiyorum	36	33,3
Her ilişkide doğru biçimde kondom kullanılırsa HIV'den korunulabilir mi?	Evet	84	77,8
	Hayır	14	13,0
	Bilmiyorum	10	9,2
Tek eşlilik ile HIV'den korunulabilir mi?	Evet	49	45,4
	Hayır	25	23,1
	Bilmiyorum	34	31,5
HIV'in aşısı var mıdır?	Evet	25	23,1
	Hayır	27	25,0
	Bilmiyorum	56	51,9
HIV/AIDS'in tedavisi var mıdır?	Evet	26	24,1
	Hayır	38	35,2
	Bilmiyorum	44	40,7
HIV /AIDS öldürücü bir hastalık mıdır?	Evet	98	90,8
	Hayır	1	0,9
	Bilmiyorum	9	8,3
Toplam		108	100,0

4.13. Seks İşçilerinin Eğitim Düzeyleri İle Kondom Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması

Seks işçilerini herhangi bir okuldan mezun olan ve herhangi bir okuldan mezun olmayanlar olarak iki gruba ayırıp, karşılaştırdığımızda, öğrenim durumu ile kondom kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p < 0,001$ $\chi^2=20,7$) (tablo 20). Herhangi bir okuldan mezun olanların kondom kullanma oranları daha yüksekti.

Tablo 20. Eğitim Düzeyinin Kondom Kullanımına Göre Dağılımı

Eğitim düzeyi	Kondom kullanımı				Toplam	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Herhangi bir okuldan mezun değil	14	63,6	8	36,4	22	20,4
Herhangi bir okuldan mezun	83	96,5	3	3,5	86	79,6
Toplam	97	89,8	11	10,2	108	100,0

*satır yüzdesi

**sütun yüzdesi

$p < 0,001$ $\chi^2=20,7$ $sd=1$

4.14. Seks İşçilerinin Sektörde Bulunma Süreleri İle Kondom Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması

Seks işçilerinin sektörde bulunma süreleri, % 70,4'ü yirmi yıldan daha kısa süre, % 29,6'sı ise yirmi yıl ve daha uzun süre bu işi yapıyordu. Araştırmaya katılanların kondom kullanım durumunun, sektörde bulunma sürelerine göre dağılımı karşılaştırıldığında, sektörde bulunma süresi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p < 0,001$) (Tablo 21). Yirmi yıl ve altında bu işi yapanlar daha çok oranda kondom kullanmaktaydı.

Tablo 21. Sektörde Bulunma Sürelerinin Kondom Kullanımına Göre Dağılımları

Sektörde bulunma süresi	Kondom kullanımı					
	Evet		Hayır			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
20 yıl altı	75	98,7	1	1,3	76	70,4
20 yıl ve üstü	22	68,7	10	31,3	32	29,6
Toplam	97	89,8	11	10,2	108	100,0

*satır yüzdesi

**sütun yüzdesi

p<0,001

 $\chi^2=22,05$

sd=1

4.15. Yaş Gruplarının Kondom Kullanımı İle Karşılaştırılması

Yaş gruplarını 20-49 yaş ve 50 yaş ve üzeri olarak iki gruba ayırdığımızda kondom kullanımı ile yaş grupları arasında anlamlı ilişki bulundu. Genç yaş gruplarının kondom kullanımı, anlamlı olarak daha yüksekti. ($\chi^2= 7,40$ p=0,007) (Tablo 22).

Tablo 22. Yaş Gruplarının Kondom Kullanımına Göre Dağılımı

Yaş grupları	Kondom kullanımı				Toplam	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
20-49 yaş	79	94,1	5	5,9	84	77,7
50 ve üstü	18	75,0	6	25,0	24	22,3
Toplam	97	89,8	11	10,2	108	100,0

*satır yüzdesi

**sütun yüzdesi

 $\chi^2= 7,40$

p=0,007

sd=1

4.16. Seks İşçilerinin CYBE Konusunda Eğitim Alma Durumları İle Kondom Kullanmalarının Karşılaştırılması

Seks işçilerinin CYBE’lar konusunda eğitim alma durumlarına baktığımızda ,% 52,8’i eğitim almış, % 47,2’si ise eğitim almamıştı. Araştırmaya katılanların CYBE’larla ilgili eğitim alma durumları ile kondom kullanmaları karşılaştırıldığında, eğitim alma ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (p=0,25) (Tablo 23).

Tablo 23. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ile İlgili Eğitim Almanın Kondom Kullanımına Göre Dağılımı

CYBE ile ilgili eğitim alma	Kondom kullanımı				Toplam	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Evet	53	93,0	4	7,0	57	52,8
Hayır	44	86,3	7	13,7	51	47,2
Toplam	97	89,8	11	10,2	108	100,0

*satır yüzdesi

**sütun yüzdesi

p=0,25

$\chi^2=1,32$

sd=1

4.17. CYBE’ların Seks İşçilerinde Tehlike Olduğunun Düşünülmesi İle Kondom Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan seks işçilerinin % 90,8’i CYBE’ların kendileri için bir tehlike oluşturduğunu, % 4,6’sı bir tehlike oluşturmadığını, % 4,6’sı tehlike oluşturduğu konusunda kararsız olduğunu söyledi.

CYBE’ların tehlikeli olduğunu düşünmekle kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (p=0,98) (Tablo 24)

Tablo 24. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Seks İşçileri İçin Tehlike Oluşturmasının Kondom Kullanımına Göre Dağılımı

CYBE tehlike oluşturması	Kondom kullanımı				Toplam	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Evet	88	89,8	10	10,2	98	90,7
Hayır/kararsızım	9	90,0	1	10,0	10	9,3
Toplam	97	89,8	11	10,2	108	100,0

*satır yüzdesi

**sütun yüzdesi

p=0,98

$\chi^2=1,32$

sd=1

4.18. CYBE’ların Bilinmesi ile Kondom Kullanımının Karşılaştırılması

Araştırmamıza katılan seks işçilerinin CYBE’ları bilmeleri ile kondom kullanma durumları karşılaştırıldığında, seks işçilerinin % 86,4’ü gonoreyi biliyor ve kondom kullanıyorken, % 13,6’sı Gonoreyi biliyor ama kondom kullanmıyordu. Gonorenin bilinmesi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (p=0,32) (Tablo 25).

% 89,5'i Sifilizi biliyor ve kondom kullanıyor, % 10,5'i Sifilizi biliyor ancak kondom kullanmıyordu. Sifilizin bilinmesi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,93$) (Tablo 25).

Yine % 88,8'i Hepatit B'yi biliyor ve kondom kullanıyorken % 11,2'si Hepatit B'yi biliyor ama kondom kullanmıyordu. Hepatit B,'nin bilinmesi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,53$) (Tablo 25).

Hepatit C'yi bilip kondom kullananların oranı % 88,1 iken Hepatit C'yi duyup kondom kullanmayanların oranı % 11,9 idi. Hepatit C'nin bilinmesi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,44$) (Tablo 25).

Genital herpesi duyup kondom kullananlar % 95 iken, genital herpesi duyup kondom kullanmayanların oranı % 5,0 idi. Genital Herpesin bilinmesi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,39$) (Tablo 25).

Şankrodi duyanların %100'ü de kondom kullanıyordu. Ancak şankroidin bilinmesi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,55$) (Tablo 25).

HPV enfeksiyonunu duyan ve kondom kullananların oranı % 97,4 iken, duyup kondom kullanmayanların oranı ise % 2,6 idi. HPV'nin bilinmesi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,04$) (Tablo 25).

Candidayı bilen ve kondom kullananlar % 88,1 iken, candidayı bilen ama kondom kullanmayanların oranı % 11,9 idi. (Tablo 25). Candida'nın bilinmesi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,26$).

Klamidyayı duyanların % 90'ı kondom kullanıyorken, % 10'u kondom kullanmıyordu. Klamidyanın bilinmesi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,98$) (Tablo 25).

HIV/AIDS'i duyup kondom kullananlar % 89,1 iken, HIV/AIDS'i duyup kondom kullanmayanlar % 10,9 idi. (Tablo 25). HIV/AIDS'in bilinmesi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,57$).

Tablo 25. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Duyulmasının Kondom Kullanımına Göre Dağılımı

CYBE’lar	Kondom kullanma				Toplam		
	Evet		Hayır				
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Gonore							
Evet	38	86,4	6	13,6	44	40,7	p=0,32
Hayır	59	92,2	5	7,8	64	59,3	$\chi^2=0,97$
Sifiliz							
Evet	34	89,5	4	10,5	38	35,2	p=0,93
Hayır	63	90,0	7	10,0	70	64,8	$\chi^2=0,01$
Hepatit B							
Evet	71	88,8	9	11,2	80	74,1	p=0,53
Hayır	26	92,8	2	7,2	28	25,9	$\chi^2=0,38$
Hepatit C							
Evet	59	88,1	8	11,9	67	62,0	p=0,44
Hayır	38	92,7	3	7,3	41	38,0	$\chi^2=0,59$
Genital Herpes							
Evet	19	95,0	1	5,0	20	18,5	p=0,39
Hayır	78	88,6	10	11,4	88	81,5	$\chi^2=0,72$
Şankroid							
Evet	3	100,0	0	0	3	2,8	p=0,55
Hayır	94	89,5	11	10,5	105	97,2	$\chi^2=0,35$
HPV(genital siğil)							
Evet	38	97,4	1	2,6	39	36,1	p=0,04
Hayır	59	85,5	10	14,5	69	63,9	$\chi^2=3,87$
Candida (mantar)							
Evet	74	88,1	10	11,9	84	77,8	p=0,26
Hayır	23	95,8	1	4,2	24	22,2	$\chi^2=1,22$
Klamidya							
Evet	9	90,0	1	10,0	10	9,3	p=0,98
Hayır	88	89,8	10	10,2	98	90,7	$\chi^2=0,00$
HIV/AIDS							
Evet	82	89,1	10	10,9	92	85,2	p=0,57
Hayır	15	93,8	1	6,2	16	14,8	$\chi^2=0,32$

*satır yüzdesi

**sütun yüzdesi

4.19. Seks İşçilerinin Beck Depresyon Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı

Seks işçilerinin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $15,90 \pm 11,67$, ortancası 16 (en düşük= 0, en yüksek=_44) idi. Katılımcılardan BDÖ 17 ve üstünde olanlar 52 kişi (% 48,1) idi (Tablo 26). Araştırmaya katılanları BDÖ puanlarına göre

sınıflandırdığımızda, 0-9 arasında puan alıp minimal düzeyde depresif belirtisi olan 39 kişi (% 36,1) , 10-16 arasında puan alıp hafif düzeyde depresif belirtisi olan 17 kişi (% 15,7) , 17-29 arasında puan alıp orta düzeyde depresif belirtisi olan 38 kişi (%35,2), 30-63 arasında puan alıp şiddetli düzeyde depresif belirtisi olan 14 kişi (% 13,0) idi.

Tablo 26. Seks İşçilerinin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Dağılımı

Beck puan (kesme puanına göre)	Sayı	%
< 17	56	51,9
17 ve üstü	52	48,1
Toplam	108	100,0

4.20. Seks İşçilerinin Depresif Belirti Görülme Oranlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

Yaş gruplarını 20-39 yaş,40-49 yaş ve 50 yaş ve üzeri olarak üç gruba ayırdığımızda BDÖ ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Yaş arttıkça depresif belirti görülme oranı artmaktaydı ($\chi^2=13,37$ p=0,001) (Tablo 27).

Tablo 27. Seks İşçilerinin Yaş Gruplarının Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı

Yaş grupları	BDÖ< 17		BDÖ≥ 17		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
20-39yaş	27	75,0	9	25,0	36	33,3
40-49 yaş	22	45,8	26	54,2	48	44,4
50 ve üstü	7	29,2	17	70,8	24	22,3
Toplam	56	51,9	52	48,1	108	100,0

*satır yüzdesi

**sütun yüzdesi

$\chi^2=13,37$ p=0,001

4.21. Seks İşçilerinin Eğitim Düzeyleri İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan seks işçilerinin % 13'ü okur-yazar değil, % 7,4'ü okur-yazar, % 49,1'i ilkokul mezunu, % 14,8'i ortaokul mezunu, % 15,7'si ise lise mezunuydu. Seks işçilerinin öğrenim düzeyi ile depresif belirti görülme oranı arasında anlamlı bir fark bulundu. Eğitim düzeyi arttıkça depresif belirti görülme oranı azalmaktaydı. (p=0,01) (Tablo 28).

Çalışmaya katılan seks işçilerinin anneleri, % 44,4'ü okur-yazar değildi, % 15,8'i okur-yazar, % 25,0'i ilkokul mezunu, % 8,3'ü ortaokul mezunu, % 6,5'i lise ve üstü mezunuydu. Seks işçilerinin anne öğrenim düzeyi ile depresif belirti görülme oranı arasında anlamlı bir fark bulunamadı (p=0,07) (Tablo 28).

Çalışmaya katılan seks işçilerinin babalarının öğrenim durumuna baktığımızda, % 20,4 okur-yazar değil, % 16,7 okuryazar, % 43,5 ilkokul mezunu, % 9,3 ortaokul mezunu, % 10,2'si lise ve üstü mezunuydu. Seks işçilerinin baba öğrenim düzeyi ile depresif belirti görülme oranı arasında anlamlı bir fark bulunamadı (p=0,08) (Tablo 28).

Tablo 28. Seks İşçilerinin Eğitim Düzeylerinin Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı

Eğitim düzeyi	BDÖ< 17		BDÖ≥ 17		Toplam		
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Okur-yazar değil	5	35,7	9	64,3	14	13,0	p=0,01 $\chi^2_{eğim}=6,72$
Okur-yazar	3	37,5	5	62,5	8	7,4	
İlkokul mezunu	24	45,3	29	54,7	53	49,1	
Ortaokul mezunu	12	75,0	4	25,0	16	14,8	
Lise mezunu	12	70,6	5	29,4	17	15,7	
Anne eğitim düzeyi							p=0,07 $\chi^2_{eğim}=3,15$
Okur-yazar değil	23	47,9	25	52,1	48	44,4	
Okur-yazar	7	41,2	10	58,8	17	15,8	
İlkokul mezunu	14	51,9	13	48,1	27	25,0	
Ortaokul mezunu	6	66,7	3	33,3	9	8,3	
Lise ve üstü	6	85,8	1	14,2	7	6,5	
Baba eğitim düzeyi							p=0,08 $\chi^2_{eğim}=2,91$
Okur-yazar değil	11	50,0	11	50,0	22	20,4	
Okur-yazar	6	33,3	12	66,7	18	16,7	
İlkokul mezunu	24	51,1	23	48,9	47	43,4	
Ortaokul mezunu	7	70,0	3	30,0	10	9,3	
Lise ve üstü	8	72,8	3	27,2	11	10,2	

*sıra yüzdesi

**sütun yüzdesi

4.22. Seks İşçilerinin Medeni Durumu İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması

Seks işçilerini hiç evlenmemiş ve diğer (evli, boşanmış, dul) olarak iki gruba ayırıp değerlendirdiğimizde, medeni durum ile depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir fark bulundu ($\chi^2=6,18$ p=0,01) (tablo 29).BDÖ puanı bekarlarda, evli, boşanmış veya dullara göre daha düşük olarak bulundu.

Tablo 29. Seks İşçilerinin Medeni Durumunun Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı

Medeni durum	BDÖ< 17		BDÖ≥ 17		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Bekâr	36	63,2	21	36,8	57	52,8
Diğer	20	39,2	31	60,8	51	47,2
Toplam	56	51,9	52	48,1	108	100,0

*satır yüzdesi

**sütun yüzdesi

p=0,01

 $\chi^2=6,18$

sd=1

4.23. Seks İşçilerinin Gelir Düzeyi İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması

Seks işçilerinin gelir düzeyleri ile depresif belirti görülme oranları karşılaştırıldığında, gelir düzeyi ile depresyon görülmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (p=0,06) (Tablo 30).

Tablo 30. Seks İşçilerinin Aylık Gelirlerinin Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı

Aylık gelir	BDÖ< 17		BDÖ≥ 17		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
< 500 TL	3	33,3	6	66,7	9	8,3
501-1000 TL	11	36,7	19	63,3	30	27,8
1001-1500TL	11	73,3	4	26,7	15	13,9
1501-2000TL	11	55,0	9	45,0	20	18,5
≥2001 TL	20	58,8	14	41,2	34	31,5
Toplam	56	51,9	52	48,1	108	100,0

*satır yüzdesi

**sütun yüzdesi

p=0,06

 χ^2 eğim=3,36

sd=1

4.24. Seks İşçilerinin Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sigara Kullanımı İle Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan seks işçilerinin sigara kullanma durumları incelendiğinde , % 83,3'ü sigara kullandığını, % 16,7'si sigara kullanmadığını belirtti. Seks işçilerinin depresif belirti gösterme durumunun sigara alışkanlığına göre dağılımı karşılaştırıldığında, sigara kullanma alışkanlığı ile depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (p=0,86) (Tablo 31).

Tablo 31. Seks İşçilerinin Sigara Kullanımının Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı

Sigara kullanımı	BDÖ< 17		BDÖ≥ 17		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Evet	47	52,2	43	47,8	90	83,3
Hayır	9	50,0	9	50,0	18	16,7
Toplam	56	51,9	52	48,1	108	100,0

*sadır yüzdesi

**sütun yüzdesi

p= 0,86 $\chi^2=0,30$ sd=1

4.25. Seks İşçilerinin Depresif Belirti Görülme Oranlarının Alkol Kullanımı İle Karşılaştırılması

Katılımcıların alkol kullanma durumları incelendiğinde, % 47,2'si alkol kullandığını, % 52,8'i alkol kullanmadığını belirtti. Araştırmaya katılanların depresif belirti gösterme durumunun alkol alışkanlığına göre dağılımı karşılaştırıldığında, alkol kullanma alışkanlığı ile depresif belirti görülme arasında anlamlı bir fark bulunamadı (p=0,07) (Tablo 32).

Tablo 32. Seks İşçilerinin Alkol Kullanımının Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı

Alkol kullanımı	BDÖ< 17		BDÖ≥ 17		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Evet	31	60,8	20	39,2	51	47,2
Hayır	25	43,9	32	56,1	57	52,8
Toplam	56	51,9	52	48,1	108	100,0

*sadır yüzdesi

**sütun yüzdesi

p= 0,07 $\chi^2=3,08$ sd=1

4.26. Seks İşçilerinin Depresif Belirti Görülme Oranlarının Madde Kullanımı İle Karşılaştırılması

Katılımcıların madde kullanma durumları incelendiğinde, % 2,8'i madde kullandığını, % 97,2'si madde kullanmadığını belirtti. Araştırmaya katılanların depresif belirti gösterme durumunun madde kullanma alışkanlığına göre dağılımı karşılaştırıldığında, madde kullanma alışkanlığı ile depresif belirti görülme arasında anlamlı bir fark bulunamadı (p=0,06) (Tablo 33).

Tablo 33. Seks İşçilerinin Madde Kullanımının Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı

Madde kullanımı	BDÖ< 17		BDÖ≥ 17		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Evet	0	0	3	100,0	3	2,8
Hayır	56	53,3	49	46,7	105	97,2
Toplam	56	51,9	52	48,1	108	100,0

*satır yüzdesi

**sütun yüzdesi

p= 0,06

 $\chi^2=3,32$

sd=1

4.27. Seks İşçilerinin Çalışma Yılları İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan seks işçilerinin % 70,4'ü yirmi yıl altında, % 29,6'sı ise yirmi yıl ve üstünde bu işi yapmaktaydı.

Çalışmaya katılan seks işçilerinin çalışma yıllarına bakıldığında yirmi yıl ve daha fazla çalışanlarda depresif belirti görülme oranı daha yüksek bulundu (p=0,01) (Tablo 34).

Ayrıca mesleğe başlama yaşı ile depresyon puanları karşılaştırıldığında, mesleğe başlama yaşı ile depresyon puanları arasında anlamlı bir korelasyon bulunamadı (r= - 0,15 p= 0,12).

Tablo 34. Seks İşçilerinin Çalışma Süresinin Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı

Çalışma süresi	BDÖ< 17		BDÖ≥ 17		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
<20 yıl	45	59,2	31	40,8	76	70,4
≥20 yıl	11	34,4	21	65,6	32	29,6
Toplam	56	51,9	52	48,1	108	100,0

*satır yüzdesi

**sütun yüzdesi

p= 0,01

 $\chi^2=5,56$

sd=1

4.28. Seks İşçilerinin Önceden Enfeksiyon Geçirmesi İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan seks işçilerinin % 20,4'ü önceden bir enfeksiyon geçirmiş, % 79,6'sı ise herhangi bir enfeksiyon geçirmemişti. Araştırmaya katılanların depresif belirti gösterme durumunun daha önceden bir enfeksiyon geçirme durumlarına göre dağılımı karşılaştırıldığında, enfeksiyon geçirme ile depresif belirti görülme arasında anlamlı bir fark bulundu (p=0,03) (Tablo 35).BDÖ puanı önceden CYBE geçirenlerde daha yüksek bulundu.

Tablo 35. Seks İşçilerinin Önceden Enfeksiyon Geçirmesinin Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı

Enfeksiyon geçirme	BDÖ< 17		BDÖ≥ 17		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Evet	7	31,8	15	68,2	22	20,4
Hayır	49	57,0	37	43,0	86	79,6
Toplam	56	51,9	52	48,1	108	100,0

*satır yüzdesi

**sütun yüzdesi

p= 0,03 $\chi^2=4,44$

sd=1

4.29. Seks İşçilerinin CYBE İlgili Eğitim Almaları İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan seks işçilerinin % 52,8'i CYBE'lar konusunda eğitim almış, % 47,2'si ise CYBE'lar konusunda eğitim almamıştı. CYBE konusunda eğitim alma ile depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir fark bulunamadı (p=0.57) (Tablo 36).

Tablo 36. Seks İşçilerinin Cinsel Yolla Bulaşın Enfeksiyonlar Konusunda Eğitim Almalarının Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı

Eğitim alma	BDÖ< 17		BDÖ≥ 17		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Evet	31	54,4	26	45,6	57	52,8
Hayır	25	49,0	26	51,0	61	47,2
Toplam	56	51,9	52	48,1	108	100,0

*satır yüzdesi

**sütun yüzdesi

p= 0,57 $\chi^2=0,31$

sd=1

4.30. Kondom Kullanımı İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan seks işçilerinin kondom kullanma durumları incelendiğinde % 89,8'nin kondom kullandığı, % 10,2'sinin ise kondom kullanmadığı görüldü. Kondom kullanımı ile depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (p=0,08) (Tablo 37).

Tablo 37. Seks İşçilerinin Kondom Kullanımının Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı

Kondom kullanma	BDÖ< 17		BDÖ≥ 17		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Evet	53	54,6	44	45,4	97	89,8
Hayır	3	27,3	8	72,7	11	10,2
Toplam	56	51,9	52	48,1	108	100,0

*satır yüzdesi

**sütun yüzdesi

p= 0,08 $\chi^2=2,96$

sd=1

4.31. CYBE’ların Seks İşçileri İçin Tehlike Kabul Edilmesi İle Depresif Belirti Görülme Oranlarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan seks işçilerine CYBE’ların kendileri için tehlike oluşturup oluşturmadığı sorulduğunda % 90,8’i tehlike oluşturduğunu, % 4,6’sı tehlike oluşturmadığını, % 4,6’sı ise kararsız olduğunu söyledi. Seks işçilerinin CYBE’ların kendileri için bir tehlike oluşturduğunu düşünmeleri ile depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (p=0,38) (Tablo 38).

Tablo 38. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Seks İşçileri İçin Tehlike Kabul Edilmesinin Beck Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı

CYBE’lar sizin için tehlike oluşturuyor mu?	BDÖ< 17		BDÖ≥ 17		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Evet	50	51,0	48	49,0	98	90,8
Hayır	4	80,0	1	20,0	5	4,6
Kararsızım	2	40,0	3	60,0	5	4,6
Toplam	56	51,9	52	48,1	108	100,0

*satır yüzdesi

**sütun yüzdesi

p= 0,38 $\chi^2=1,89$

sd=2

4.32. Seks İşçilerinde Depresif Belirti Gösterme Riskini Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

İkili karşılaştırmalar sonucunda p değeri 0,1’in altında bulunan değişkenler (yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma yılı, alkol kullanımı, gelir durumu, önceden CYBE geçirme, kondom kullanımı) kullanılarak yapılan Lojistik Regresyon analizi sonucunda yaş ölçümünün bireyde BECK depresyon ölçeğine göre depresif belirti gösterme riskini arttırdığı belirlenmiştir. Buna göre bireyin yaşındaki her bir yıl artış depresif belirti görülme riskini 1,111 kat (%95 GA: 1,050-1,175) arttırdığı gözlenmiştir.

Tablo 39. Seks İşçilerinde Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Belirti Görülme Riski İçin Yapılan Lojistik Regresyon Analizi

Ölçüm	P	Odds Ratio (OR)	%95 Güven Aralığı
Yaş	<0,001	1,111	1,050-1,175

5. TARTIŞMA

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, son yıllarda özellikle HIV/AIDS'in ölümcül bir hastalık olarak tanımlanması ve dünyada hızla yayılması sonucunda, dünyanın hemen her bölgesinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde birçok gelişmekte olan ülkelerde, CYBE'lerin insidans ve prevalansı çok yüksek düzeylere ulaşmaktadır. Dünyada da kabul edilen görüşe göre, tedavisi mümkün olan CYBE'lerin tedavi ve korunmasına öncelik verilmesi ile HIV bulaşlarının da önüne geçilebilecektir. Öte yanda seks işçileri yaptıkları iş gereği CYBE ve HIV geçişini müşterilerine ve toplumun geneline yayabildikleri gibi kendileri de CYBE'lar ve HIV/AIDS riski altında bulunmaktadır.

Türkiye'nin de içinde bulunduğu DSÖ Avrupa bölgesinde 2,4 milyon kişinin HIV ile yaşadığı tahmin edilmektedir,2010 yılında, bu bölgede bulunan 53 ülkenin 51'inden 118,335 HIV pozitif olgu bildirilmiştir. Bunlar arasında en yüksek oranların Rusya (44,1/100.000), Ukrayna (36,4/100.000) ve Estonya'da (27,8/100.000) olduğu görülmüştür. Elli ülkeden bildirilen AIDS olgularının sayısı ise 7714 olmuştur. 2004 yılında 6.6/100.000 olan HIV enfeksiyonunun hızı, %18 oranında artarak 2010 yılında 7,8/100.000 düzeyine ulaşmıştır. Doğu Avrupa'da yer alan 15 ülkenin 11'inde AIDS tanılarının sayılarının arttığı bildirilmiştir. Tüm Avrupa'dan bildirilen olguların yaklaşık yarısı geç tanı almıştır.¹¹⁴

DSÖ'nün 2005 yılında yaptığı tahminlere göre 2005 yılında, 15-49 yaş arasındaki bireylerde tedavi edilebilir CYBE'lerin (sifiliz, gonore, klamidy ve trikomoniyaz) yıllık yeni olgu sayısı 448 milyondur. Gelişmekte olan ülkelerde, CYBE ve bunlara bağlı komplikasyonlar, erişkinlerin tıbbi hizmet almak üzere başvuru nedenleri arasında ilk beş sırada yer almaktadır.European Centre for Disease Prevention and Control'ün (ECDC) 2011 CYBE surveyans raporuna göre, Avrupa'da en sık bildirilen CYBE klamidy enfeksiyonlarıdır, 2009 yılında Avrupa birliği/Avrupa ekonomik bölgesi üyesi 23 ülkeden toplam 343,958 klamidy olgusu bildirilmiştir. Klamidy enfeksiyonlarının hızı 185/100.000 olarak bildirilmiştir.2009 yılında 28 üye ülkeden 29,202 gonore olgusu bildirilmiştir. Gonore hızı 9,7/100.000, yine 28 üye ülkeden bildirilen sifiliz olguları 18,279/100.000 ve sifiliz hızı 4,5/100.000'dir.2009 yılında 16 ülkeden 245 LGV olgusu bildirilmiştir.¹¹⁴

Ülkemizde CYBE'lerin prevalansını gösteren çalışma az sayıdadır. Zarakolu ve arkadaşları Ankara'da kayıtlı seks çalışanı kadınlarda gonore prevalansını %2,3 olarak bildirmişlerdir.¹¹⁵

Klamidya enfeksiyonu seks işçileri arasında da yüksektir. Seks işçilerinde yüksek oranda klamidya enfeksiyonun görüldüğü ve seks işçileri arasında düzenli kondom kullanımı eksikliği olduğu çalışmalarda ortaya koyulmuştur.¹¹⁶ Odabaşı'nın 2009 yılında yürüttüğü araştırmada Ankara Genelevinde çalışan kadınların %36,7'si gonore, %30,6'si sifiliz, %16,3'ü ise vajinit geçirdiğini bildirmiştir.¹¹⁷

Araştırmada yer alan seks işçilerinin yaş ortalamaları 43,8 olarak belirlendi. En küçüğü 24 en büyüğü 63 yaşındaydı. Ülkemizde yasal olarak genelevde çalışabilme yaşı 21 yaş ve üzeri olarak belirlendiğinden çalışma grubumuzda 21 yaş altı kadın bulunmamaktadır. Katılımcıların çoğunluğunun (% 44,4) 41-50 yaş grubunda olduğu tespit edildi. Benzer şekilde Edirne genelevinde yapılan bir çalışmada genelevde çalışan kadınların yaş ortalamaları 39,5, Mersin genelevinde yapılan çalışmada yaş ortalaması 35,6, Ankara genelevinde yapılan çalışmada yaş ortalamaları 38,9 bulunmuştur.^{118,119,120}

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünün her beş yılda bir yapmakta olduğu demografik araştırmalar olup ulusal düzeyde nüfus ve üreme sağlığı alanlarında sürekli ve nitelikli bilgi sağlayan bir kaynaktır. TNSA 2013 verilerine göre ülkemizde kadınların eğitim durumu şu şekildedir.% 12 eğitimi yok veya ilkokulu bitirmemiş, % 34,6'sı ilkokul, % 22,3 ortaokul ve % 31,1'i lise ve üzeri eğitim almışlardır.¹²¹ Çalışmamıza katılan seks işçilerinin eğitim durumlarına baktığımızda ise % 20,4'ü okur-yazar değil veya ilkokulu bitirmemiş.% 49,1'i ilkokul mezunu, % 14,8'i ortaokul mezunu ve % 15,7 si lise mezunu olup, üniversite mezunu bulunmamaktaydı. Genel olarak bakıldığında bizim çalışmamızdaki okuma oranı TNSA 2013 verilerine göre daha düşük bulundu. Edirne genelevinde yapılan çalışmada kadınların % 55,3'ü ilkokul düzeyinde eğitim almış, % 78,9'u ise temel eğitimden daha az eğitim almışlardır.¹¹⁸ Mersin genelevindeki kadınların % 18'i okur-yazar değil,% 60'nın ise ilköğretim düzeyinde eğitim aldıkları bulunmuştu. Ankara genelevinde yapılan çalışmada ise % 26'sının okuryazar %42'sinin ise ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur.^{119,120} Bu yüzdeler, Dünya'nın değişik yerlerinde genelevlerde yapılan çalışmalarda da benzer bulunmuştur. Victoria-

Avusturalya’da Pyett ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada kadınların %70’inin ilköğretim ve daha düşük düzeyde eğitilmiş olduğu bulunmuştur ¹²². Ford ve arkadaşlarının Bali-Endonezya’da yaptığı çalışmada kadınların ortalama eğitim süresini 4,6 yıl, Rogers ve arkadaşlarının ise Pekin-Çin’de yaptıkları çalışmada 9 yıl olarak, bulmuştur^{123,124}. Hindistan’da yapılan bir çalışmada genelev kadınlarının %84,4’ünün okuma yazma bilmediği, Gambiya’da ise bu oranın % 63 olduğu belirtilmiştir.¹¹⁹ Genelev kadınlarının eğitim düzeylerinin düşük olması bu mesleğe geçişte rol oynayan nedenler arasında olabileceğini göstermesi açısından önemlidir. Bir anlamda eğitimsizliğin fuhuşa yönelmedeki faktörlerden biri olduğu söylenebilir. Çalışmak durumunda kalan ancak eğitimsizlik nedeniyle herhangi bir donanımı ve mesleki eğitimi olmayan kadın iş bulmakta güçlüler yaşayabilmekte ve geçimini sağlayabilmek içinde fuhuşa sürüklenebilmektedir.

Genelevde çalışan seks işçilerinin anne ve babalarının öğrenim durumlarına baktığımızda annelerinin, % 60,1’nin okur-yazar değil veya ilköğretim bitirmemiş, % 25 ilköğretim mezunu, %8,3 ortaokul mezunu ve % 6,5’i lise ve üzeri eğitim almışlardı. Babalarının öğrenim durumlarına baktığımızda ise % 31,7’si okuryazar değil veya ilköğretimi bitirmemiş, % 43,5 ilköğretim mezunu, % 9,3 ortaokul mezunu ve % 10,2’si lise ve üzeri eğitim almışlardı. Seks işçilerinin kendilerinde olduğu gibi anne babalarının da okuryazarlık oranı TNSA 2013 verilerine göre daha düşük bulundu. yine Mersin genelevinde yapılan çalışmada seks işçilerinin baba eğitim düzeyinin % 94’ünde, anne eğitim düzeyinin ise % 96’sında ilköğretim düzeyinde ve okur-yazar olmadığı belirlenmiştir.¹¹⁹ Bu bulgulara dayanarak genelevde çalışan kadınların daha çok eğitim düzeyi düşük ailelerden geldiği söylenebilir. Nitekim genelevde görüştüğümüz kadınların çoğu anne babalarının eğitim seviyelerinin düşük olması nedeni ile kendilerinde okuyamadıklarını dile getirmişlerdir.

Fuhuşun oluşmasında en önemli belirleyicilerden biri de sosyo-ekonomik durumdur. Oğultürk bu konuda görüş ayrılıkları bulunmakla birlikte, sorunu yaratan birden fazla neden bulunduğunu ve bunların ileri derecede karmaşık bir bütünlük içinde etken olduğunu, bireye ve topluma göre değişkenlik göstermekle birlikte fuhuşa yol açan faktörlerin sosyokültürel, bireysel psikolojik, sosyal psikolojik ve ekonomik olmak üzere dört kategoride toplanabileceğini belirtmiştir.¹²⁵.Fuhuşun ortaya çıkmasında temel sebeplerin başında ekonomik nedenlerin geldiği düşünülmektedir.^{126,127}. Çalışma ve

Sosyal Güvenlik Bakanlığının 29222 sayı ve 31 12 2014 tarihli resmi gazetede asgari ücret tespit komisyonunca yayınlanan brüt aylık asgari ücret 1134 TL'dir. Çalışmamızda seks işçilerinin gelir düzeylerine bakıldığında % 36,1'nin aylık 1000 TL ve altında gelirlerinin olduğu yani asgari ücretinde altında kazandıkları, % 52,5'nin ise aylık gelirinin 1500 TL ve üstünde olduğu görüldü. Genelevde çalışan kadınların eğitim seviyelerinin düşüklüğü göz önüne alındığında kadınların çoğunun bu işi ekonomik nedenlerle yaptıkları sonucuna varılabilir. Ancak bazı kadınların aylık gelirinin asgari ücretin de altında olduğu gözlemlendi. Wong ve arkadaşlarının Hong Kong'da sokakta çalışan kadın seks işçileri üzerine yaptıkları çalışmada kadınların çoğu bu işi ailelerini geçindirmek için yaptıklarını bildirmişlerdir¹²⁸. Genelev koşullarında patron ve çalışan kadınların hak ve sorumlulukları yasalarla belirlendiği halde, kadın doğrudan patronunun ekonomik sömürü aracı halindedir. Yasalar patron-kadın arasında borç ilişkisini kabul etmese de uygulamada bu, süren bir durumdur. Bu da gelirlerindeki düşük miktarı açıklıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan genelev çalışanlarının medeni durumlarına bakıldığında % 52,8'nin bekâr, % 49'nun boşanmış veya dul, % 1,9'nun evli oldukları tespit edildi. Edirne genelevinde yapılan çalışmada da kadınların % 65,8'i boşanmış, Mersin genelevindeki kadınların %67,4'nün boşanmış ve dul olduğu, Ankara genelevinde yapılan çalışmada ise kadınların % 81,1'nin dul olduğu belirtilmiştir.^{118,119,120} Yine risk altındaki gruplarda bio davranış araştırması sonucuna göre toplam 115 seks işçisinin %66,1'nin bekâr, % 26,1'nin boşanmış, % 7,8'nin evli olduğu belirtilmiştir.¹²⁹ Genelevlerde çalışma koşulu evli olmamak olarak belirlenmiş olduğundan kadınların tümü resmi olarak evli değildirler. Bu yüzden çalışmamızda bekârların ve boşanmışların oranı diğer çalışmalarda olduğu gibi yüksek bulundu. Ancak genellikle diğer insanlar gibi seks işçilerinin de devamlı birlikte yaşadığı erkekler bulunmaktadır. Açıkalın'ın araştırmasından seks işçilerinin %82,5'sinin halen bir dostunun olduğu belirtilmiştir.¹³⁰ Ayrıca genelevde çalışanlarda boşanma oranının yüksek olması, boşanma sonucunda ekonomik özgürlüğü olmayan kadının, zorlaşan sosyoekonomik faktörlerle baş edemeyerek fuhuş yapmayı seçmek durumunda kaldığını düşündürebilir.

Seks işçilerinin sigara, alkol ve madde kullanımlarına baktığımızda %16,7'nin sigara kullanmadığı % 83,3'nün ise sigara kullandığı yine % 35,2'nin ayda bir, % 6,5'nin ayda 2-4, % 4,6'sının haftada 2-3, % 0,9'nun ise haftada 4'den fazla alkol

aldığını, % 2,8 ise bağımlılık yapıcı bir madde kullandığını belirtmiştir. Odabaşı tarafından yürütülen araştırmada seks işçisi kadınların % 87,7'nin sigara içtikleri saptanmıştır. Aynı araştırmada alkol kullanımı ile ilgili soruya kadınların % 55,1'i evet yanıtını vermiş, kadınların % 15,9'u haftada 1-2 gün alkol kullandıklarını söylemiş, her gün alkol kullananların oranı % 5,1 olarak saptanmıştır. Odabaşı'nın araştırmasındaki madde kullanımı ile ilgili soruya kadınların % 2,8'i evet yanıtını vermiş, kadınların % 1,4'ü uyutucu-uyuşturucu-uyarıcı hap kullanırken, % 1,4'ü ise esrar kullandıklarını belirtmiştir ¹¹⁷. Son yıllarda yapılan bazı araştırmalar alkol ve madde kullanımı konusunda benzer bilgiler vermektedir. 2009 yılında Pembe Hayat LGBTT (Lezbiyen, Gay, Biseksüel, Transseksüel) Dayanışma Derneği tarafından Ankara'da yürütülen Seks İşçilerinde HIV/AIDS Araştırması ve HIV Testi Projesi Değerlendirme Raporu'nda kadın seks işçilerinin % 68'inin ("haftada bir kereden fazla" ve "her gün" olmak üzere) alkol aldığı belirtilirken, seks işçilerinin tamamına yakını şırıngayla kendilerine damar içi alışkanlık yapan herhangi bir ilacı enjekte etmediğini belirtmiştir.¹¹⁸ 2010 yılında İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, AIDS Savaşım Derneği ve AMATEM işbirliğinde İstanbul'da yürütülen Risk Altındaki Gruplarda Biyo-davranış Araştırmasında seks işçileri açısından daha kötümser bir tablo göze çarpmaktadır. Araştırmada seks işçilerinin son 1 ay içinde alkol kullanıp kullanmadıkları ve ne sıklıkta içtiklerine verdikleri yanıtlar şu şekildedir. Hiç içmedim % 37,4, haftada bir kereden az % 22,6, haftada en az bir kere % 29,6, her gün % 10,6. Tüm yaşamı boyunca bağımlılık yapan keyif verici/uyuşturucu madde kullanıp kullanmadığı sorulduğunda verilen yanıtlar ise % 64,8 kullanmadım,% 35,2 kullandım şeklinde olup, kullananlarında % 3,5'u damar içi uyuşturucu madde kullandığını belirtmiştir.¹²⁹

Fuhuş sektörünün uyuşturucu ve eğlence sektörüyle birlikteliği bilinmektedir. Bu sektörle birlikteliği olan uyuşturucu sektörünün, sektörde çalışan kişilerin fuhuş yapan kadınlardan gelir sağlayanlar tarafından bağımlı kılınarak bu sektörden kopmasının engellenmeye çalışıldığı da bilinmektedir. Bu birliktelik sektörde çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehlikeye atmakta, onları savunmasız bırakarak, tehlikelere karşı kendilerini korumalarına engel olmakta, ayrıca yüksek riskli davranışlarda bulunmalarına, güvensiz cinsel ilişkiye girmelerine neden olarak sağlıklarını tehlikeye atmaktadır ¹³².

Yapılan çalışmalarda da seks ve uyuşturucu endüstrisi ilişkisi incelenmiştir. Needle ve arkadaşları'nın (2008) Durban'da 52 kadın ve erkek madde kullanan seks çalışanı üzerinde yapmış oldukları çalışmada seks ticaretinde madde kullanımının rolünü ve madde kullanan seks çalışanlarında riskli davranışları incelemişler ve seks- uyuşturucu endüstrisi ilişkisine vurgu yapmışlardır.¹³³

Bizim çalışmamızda da sigara ve alkol kullanım oranları yüksek bulunmasına rağmen (% 83,3 % 47,3) uyuşturucu madde kullanım oranı düşük çıkmıştır (% 2,8). Ancak kadınların bu maddelerin kullanımının yasak olması ve bu konuda denetimlerin yapılması ve iş kaygıları nedeni ile madde kullansalar bile bunu söylemeyecekleri gerçeğinde göz ardı edilmemelidir.

Kadınların fuhuşa ilk başlama yaşına göre dağılımları incelendiğinde % 40,7'sinin 15-20, % 49,1'nin 21-30, % 10,2'sinin ise 31 yaş ve üzerinde olmak üzere çoğunlukla genç yaş grubunda başladığı görülmektedir. Açıkalın'ın çalışmasında da kadınların fuhuş sektöründe çalışmaya başlama yaşları % 27,5'inin 13-15, % 50'sinin 16-20, % 17,5'nin 21-25 ve % 5'nin 25 üstü olarak bulunmuştur.¹³⁰ Yine ülkemizde genelevlerde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur.¹¹⁸⁻¹²⁰ Kadınların bu işte çalışma sürelerine baktığımızda ise % 70,4'nün 20 yıl ve altında, % 29,6'sının ise 21 yıl ve üzerinde bu işi yaptığı bulundu. Bu verilere baktığımızda çalışma yılı arttıkça çalışan kadın sayısının da azaldığı görülmektedir. Bu duruma müşterilerin genç kadınları daha çok tercih etmesinin, genç kadınlarında müşterilerinin daha çok olmasından dolayı daha iyi kazanç elde etmelerinden dolayı, bu işi seçmelerine neden olabileceği düşünülebilir.

Seks işçileri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların toplumda yayılmasının en önemli belirleyicilerinden biri oldukları gibi, bu enfeksiyonlar nedeniyle yüksek risk altındaki bir grup olma özelliğini gösterirler. Toplum sağlığını korumak adına bu kişiler çoğu zaman dışlanmakta ve sağlıksız koşullarda çalışmaktadır. Bu sektörde çalışanlar CYBE yönünden taranırken müşteri faktörü görmezden gelinmektedir. Genelevde çalışan seks işçilerine CYBE'lar konusunda eğitim alıp almadıkları sorulduğunda % 52,8'i aldıklarını, % 47,2'si ise bir eğitim almadıklarını ifade etti. Eğitim alan kadınlara bu eğitimi kimden aldıkları sorulduğunda ise % 82,5'i hastanelerden, % 10,5'i özel kliniklerden, % 3,5'i televizyondan % 3,5'de internetten olarak cevapladı. Odabaşı'nın araştırmasında "Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda herhangi bir eğitim aldınız

mı?” sorusuna kadınların % 71,7’si eğitim aldıkları yanıtını vermişlerdir ¹¹⁷. Ankara genelevinde yapılan bir çalışmada seks işçilerinin CYBE/HIV konusunda eğitim/bilgilendirme aldıkları yerlere % 53,1’i Ankara Deri ve Zührevi hastalıklar Hastanesi, % 19,6’sı Ankara Deri ve Tenasül Hastalıklar Dispanseri ve % 8,6’sıda özel klinikler olarak cevaplamıştır. ¹²⁰ Kayıtlı olarak genelevde çalışan kadınlar, haftada iki kez doktor kontrolünde zorunlu muayneden geçirilmekte ve CYBE yönünden herhangi bir hastalığa rastlanırsa çalışması durdurulup kendisi bilgilendirilerek, tedavisi verilmektedir. Bu sebepten dolayı CYBE konusunda bilgiyi en çok hastane ve doktorlardan almaktadırlar.

Şimşek ve arkadaşlarının Ankara genelevinde yaptıkları bir başka çalışmada ise genelevde çalışan seks işçilerinin % 74,4’nün ve İtalya’da kayıtsız seks çalışanları ile gerçekleştirilen çalışmada % 68,1’nin CYBE’lara ilişkin daha fazla bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir. ^{134,135} Ankara genelevinde yapılan çalışmada CYBE’lere ilişkin bilgiyi hangi kaynaktan edinmek istedikleri sorulduğunda, en çok (% 59,8) eğitimci ve doktordan (% 41,9), % 20,5 oranında hemşireden, % 16,9 kitap, dergi, gazete, broşürden ve % 5,3 oranında televizyondan edinmek istediklerini belirtmişlerdir ¹³⁴. Bu bulgular ışığında seks işçilerinin yaptıkları iş gereği kendilerini CYBE konusunda risk altında olduklarını düşündüklerini ortaya koymaktadır. Bizim çalışmamızda da kadınların % 90,8’i CYBE’ların kendileri için bir tehlike oluşturduğuna inanmaktaydı. Ayrıca bu yönde eğitimleri konusunda özellikle doktor ve diğer sağlık çalışanlarından da beklenti içinde oldukları da görülmektedir.

Genelevde çalışan kadınların son bir yıl içinde hazneden akıntınız oldu mu? Sorusuna % 19,4 evet, % 58,3 hayır ve % 22,2 bilmiyorum/hatırlamıyorum cevabını verirken, son bir yıl içinde cinsel bölgede ülseriniz/yaranız oldu mu sorusunu ise % 0,9 evet, % 85,2 hayır, % 13,9 bilmiyorum/hatırlamıyorum olarak cevapladı. Ankara’da genelevindeki seks işçilerinde yapılan çalışmada da benzer sorulara verilen hayır cevapları % 87,7 ve % 93,4 gibi yüksek düzeylerdeydi. ¹²⁰ Bunun nedeni olarak kadınların yaptıkları iş gereği akıntı veya cinsel bölgede yaralarının olmadığını söyleyerek kendilerini korumak ve işlerini yapmaya devam edebilmek olduğu düşünülebilir. Nitekim seks işçilerine CYBE belirtilerinin neler olabileceği sorulduğunda cinsel bölgede ülser/yara ve hazneden kötü kokulu akıntı en yüksek

oranda verilen cevaplardı. Seks işçileri bu iki bulguyu CYBE belirtisi olarak gördükleri için evet yanıtı düşük oranda verilmiş olduğu akla gelebilir.

Seks işçilerine CYBE geçirip geçirmediikleri sorulduğunda % 20,4'ü geçirdiğini, % 79,6'sı ise geçirmediğini ifade etti. Ancak sağlık bakanlığı rakamları ve CYBE'lar konusundaki çalışmalar, 1996 ve 2000 yılları arasında kayıtlı ticari seks işçileri arasında yüksek oranda CYBE olduğunu göstermektedir. Öte yandan, çoğu örnekler üzerinde yapılan CYBE konusunda araştırmalar, en azından yüksek riske sahip gruplarda nispeten yüksek CYBE oranları ortaya koymuştur.¹³⁶ Linhart ve arkadaşları (2008) tarafından İsrail Tel Aviv'de 300 genelev kadınında CYBE araştırılmış, boğaz kültürlerinin % 9'unda N. gonore, % 6,3 idrarda C. Trachomatis pozitif, % 5 genital sürüntüde N gonore ve 1 kadında da HIV pozitifliği saptanmış.¹³⁷ Madagaskar'da yapılan bir çalışmada 986 seks işçisinin 2'sinin HIV(+), seks işçilerinin yaklaşık % 75'inin en az bir kez tedavi edilebilir CYBE geçirmiş oldukları belirlenmiştir.¹³⁸ Bilindiği gibi Genelevler kadınların haftada iki kez sağlık kontrollerinin yapıldığı yerlerdir ancak bu kontroller hastalıkları önleme amaçlı değil hastalıklı kadınların çalışmasını önlemeye yöneliktir. Bunun yanında seks işçilerinin de müşteriler yoluyla CYBE konusunda risk altında oldukları unutulmamalıdır.

Çalışmamıza katılan seks işçilerinin CYBE duydunuz mu? sorusuna % 93,5 evet, % 6,5 hayır yanıtını aldık. En çok bilinen CYBE % 77,8 oranı ile HIV/AIDS iken, en düşük bilinen hastalık % 2,8 oranı ile şankroid idi. Ankara'da Pembe Hayat LGBTT Dayanışma Derneği tarafından yayınlanan araştırmada seks işçilerine HIV'i (insan bağışıklık yetmezliği virüsünü) bilip bilmedikleri sorulduğunda, bu virüsü büyük oranda bildikleri görülmüştür.¹³¹ Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda da HIV/AIDS bilinme oranı yüksek bulunmuştur.^{119,120}

Genelev kadınlarının HIV/AIDS'in cinsel yolla bulaştığını bildikleri gibi kan yoluyla ve başkalarının kullandığı enjektörleri kullanılmasıyla da geçebileceği yanıtları yüksek oranda alınmıştır.(% 86,1, % 85,2) ayrıca gebelikte anneden bebeğe geçiş ve anne sütü ile bulaşmanın daha az bilinmesi(% 79,6 ,% 66,7) kadınların HIV/AIDS'i bilmelerine rağmen cinsel geçiş ve kan yoluyla geçiş dışındaki bulaşma yollarını daha az bildiklerini göstermektedir. Ankara genelevinde yapılan çalışmada da en çok başkalarının kullandığı enjektörü kullanmakla geçiş olacağı bildirilirken, gebelik ve anne sütü ile bulaşma bizim çalışmamızda olduğu gibi daha düşük oranda

duyulmuştur.¹²⁰ Mersin genelevinde çalışan seks işçilerinin de HIV/AIDS bulaşma yollarından en çok cinsel yolu ve kan yolunu bildikleri belirlenmiştir.¹¹⁹ Ford ve ark. Yaptığı araştırmada genel kadınların tümünün HIV/AIDS'i duyduklarını ancak bulaşma yolları ve belirtileri ile ilgili bilgilerinin az olduğunu saptamıştır.¹²³

HIV/AIDS'in çok bilinmesi özellikle son yıllarda daha güncel olması ve medyada sıkça yer almasından ve sonucunun ölümcül olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak bulaşma yolu dışında verdikleri cevaplarla (örneğin % 51,9'u AIDS'in aşısı olup olmadığını, %40,7'si tedavisi olup olmadığını bilmediğini belirtmiştir) bu konuda daha fazla bilgiye ihtiyaçları olduğunu ve günümüzde HIV/AIDS'in önlenmesine yönelik projelerde seks çalışanlarının eğitime özen gösterilmesi gerektiğini ortaya çıkarmaktadır.

Her ilişkide kondom kullanımı CYBE'lar açısından çok önemlidir; vajinal ilişkide kondom kullanımının CYBE ve HIV geçişinde etkili bir bariyer olduğu gösterilmiştir.¹³⁹ Ülkemizde 30.3.1961 tarihli, 5/984 no'lu kanun ile (31.1.1973 tarih ve 7/5786 no ile değiştirilen 75. Madde) genelev sahiplerinin müşterilerine kondom temin etmeleri zorunlu hale getirilmiştir, ancak kullanım zorunluluğu yoktur. Çalışmalar Türkiye'de erkeklerin genelevlere gitme oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Seks işçileri ile cinsel ilişkide kondom kullanımı ise pek yaygın değildir.¹³⁶

Araştırmaya katılan seks işçilerinin kondom kullanımları sorgulandığında % 89,8'i kondom kullandığını, % 10,2'si kondom kullanmadığını belirtti. Kadınların kondom kullanma sıklığı ise % 55,6 her seferinde, % 44,4 bazendi. Tüm müşterilerle cinsel ilişkide kondom kullanımı, Bali Genelevleri'nde (1998) %70, Pekin Genelevleri'nde (2002) % 61, Victora Genelevleri'nde (1996) %100 bulunmuştur.¹⁴⁰⁻¹⁴² Kadınların kondom kullanmama nedeni sorulduğunda % 83,6'sı partnerim istemediği için, % 16,4'ü de başka yöntem kullandım yanıtını vermiştir. Odabaşı'nın Ankara Genelevinde yürüttüğü araştırmada, kadınlara kondom kullanılmadığı durumlarda kullanılmama nedenleri sorulduğunda, kadınların % 60'ı müşterinin kullanmak istememesini gerekçe göstermiştir. Aynı araştırma kapsamında "Müşterileriniz ilişki sırasında kondom kullanmamak için ısrarcı oluyorlar mı?" sorusuna kadınların % 97,1'i evet, "Müşterileriniz kondom kullanmamak için size para teklifinde bulunuyorlar mı?" sorusuna % 89,1'i evet yanıtını vermiştir. Genelev kadınlarının % 18,2'si müşterilerinden kondom kullanmalarını istemeleri nedeniyle fiziksel şiddete maruz

kaldıklarını da belirtmişlerdir.¹¹⁷ Seks işçilerinde kondom kullanmama nedenleri üzerine Endonezya’da yapılan bir araştırmada, kondom kullanımını meslekleri için bir tehdit olarak algılamaları, müşteri kaybetme kaygısı ve müşteriyi daha fazla memnun etmek isteği nedenlerin başında sayılmıştır.¹⁴³

Çalışmamıza katılan seks işçilerinin kondom kullanımlarının yaş ile bağlantısı anlamlı bulunmuştur ve daha genç yaşta olanların kondomu daha çok kullandığı görülmektedir. Özgülnar ve ark’nın çalışmasında da gençler daha fazla kondom kullanmakta ve kullanmaya istekli davranmaktadır.¹⁴⁴ Bunun nedeninin genç oldukları için müşteri kaybetme korkularının olmaması, müşterinin kondomsuz ilişki isteğini kolaylıkla reddedebilmeleri ya da kondom konusunda diretebilmeleri olarak düşünülebilir.. Yine sektörde bulunma süresi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre sektörde 21 yıldan daha fazla bulunanların kondom kullanımı 20 yıl ve altında bulunanlara göre çok daha az sıklıkla görülmektedir. Bunun nedeni olarak 21 yıl ve üstünde bu işi yapanların ileri yaş grubunda olmaları ve müşterilerin genç kadınları daha çok tercih etmesi, bu sebepten kazançlarının az olmasından dolayı, bu kadınların kondom kullanmamaya razı oldukları düşünülebilir. Buna karşılık kondom kullanımı ile seks işçilerinin, CYBE’lar konusunda eğitim alma durumları ve CYBE’ların bilinmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Ankara genelevinde yapılan çalışmada da (2007) kondom kullanımı ile yaş ve sektörde bulunma süreleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.¹²⁰

Yine eğitim düzeyi ile kondom kullanımları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça kondom kullanım oranı artmaktaydı. Bunu da eğitim seviyesi yükseldikçe kadınların kendilerini bekleyen tehlikenin daha çok farkında olmaları ve CYBE ‘dan korunmak için de kondom kullanmaları olarak yorumlayabiliriz. Avustralya’da yasal olarak genelevlerde çalışan kadınlara, müşterilerinden kondom kullanımını istemesi konusunda destek olunması ve düzenli olarak güvenli cinsel yaşam konusunda eğitim verilmesi, genelevlerde çalışanların hepsinin kondom kullanmasını ve bu konuda örgütsel bir kültür oluşmasını sağlamıştır.

145

Seks işçilerinin % 90,8’i CYBE’ların kendileri için tehlike oluşturduğuna inanmaktaydı. CYBE’lar için risk faktörlerini sorduğumuzda seks işçilerinin % 84,3’ü korunmasız cinsel ilişki yanıtını verdiler. Seks işçilerinin büyük çoğunluğunun (% 88)

CYBE’den korunmada kondom kullanmanın gerekliliğini bilmesine karşın, sadece % 55,6’sının kondomu müşterileriyle her cinsel ilişkide kullanıyor olması, bu bilginin davranışa yeterince dönüşmediğini göstermektedir. Aynı zamanda genelevde çalışan kadınların birçoğunun meslekleri ile ilgili risklerin farkında olmadıkları ve güvenli seks ve CYBE konusunda yeterince bilgili olmadıklarını göstermektedir. Kondom kullanımında müşterilerin oldukça belirleyici bir rolü olduğunu da söyleyebiliriz.

Sağlığın bozulması kavramı hem fiziksel hem de ruhsal bozuklukları içermektedir. Birçok araştırmanın sonucuna göre, mesleksel maruziyetlerin sağlığı etkilediği bilinmektedir. Stres altında çalışma, vardiyalı çalışma, yeterli özerkliğe sahip olmama ve fiziksel çalışma koşullarının yetersizliği gibi etmenlerin tümü sağlığın bozulmasına yol açabilmektedir.^{146,147}

Seks endüstrisinde çalışan kadınların ruhsal bozuklukları için yapılmış çalışmalar az sayıdadır. İlk olarak, seks işinde çalışmanın kendisi sağlık üzerinde olumsuz bir etki yapabilir. Bu olumsuz etkinin nedeni, yapılan işin kendisi olabilir ya da toplumsal olarak damgalanmışlıkla, seks endüstrisinde çalışmaya bağlı duygusal yüklerle ilişkili olabilir. Örneğin, seks işinde çalışma, gizlilik (mahremiyet) ve damgalanmışlığa ilişkin karmaşık rol tanımının yanı sıra, yoğun bir duygusal emek harcamayı da içerebilmektedir. Seks işçiliğinin aynı zamanda sosyal izolasyonu da beraberinde getirdiği belirtilmektedir.^{148,149}

Yapılmış çalışmalarda seks işçilerinin çalışma koşullarında şiddet deneyimleri %35 ile %94 arasında değişmektedir.^{149,150} Bütün bu olumsuz koşullar seks işçilerinde ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Depresyon küresel hastalık yüküne yol açan ilk on hastalık arasında beşinci sıradadır.¹⁵¹ Türkiye’de depresyon prevalansını araştıran ilk çalışmalara göre, nokta prevalans hızı yaklaşık % 10’dur.¹⁰¹ Çoğu epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, depresif belirti ve depresyonun, toplumda kadınlar arasında daha yüksek olduğunu göstermektedir.¹⁵¹ Kayahan ve arkadaşlarının (2003) İzmir’de 15-49 yaş arası kadınlarda yaptığı çalışmada BDÖ’ne göre kadınların % 51,3’ünde depresif belirti sıklığı olduğu belirtilmiştir.¹⁵³ Çetin ve arkadaşları (1999) tarafından Trabzon’da bir sağlık ocağına başvuran kişilerde yapılan araştırmada ev kadınlarında depresif belirti sıklığı % 42,9 olarak saptanmıştır.¹⁵⁴ Ancak bu konuda ülkemizde genelevlerde yapılmış bir çalışma mevcut değildir.

Bizim çalışmamızda ise, BDÖ'ü kullanılarak ve 17 kesme puanı göz önüne alınarak, BDÖ 17 ve üstünde olanlar % 48,1 idi. Bu olguların % 15,7'si orta düzeyde , % 35,2'si şiddetli düzeyde depresif belirtiler göstermekteydi.

Avustralya ve Yeni Zelanda'da üç farklı şekilde çalışan seks işçilerinin (genelevde, özel çalışan, sokakta çalışan) fiziksel ve mental sağlık durumlarının incelendiği çalışmada, yasa dışı çalışan grupta negatif ruh sağlığı skoru 4 kat fazla gözlenmiştir. Bu durum belki seks endüstrisine girişte de bu kişilerin kötü sağlık durumları ile ilişkili olabileceği gibi, çalışma koşullarındaki daha fazla olan riskler nedeniyle de ruh sağlıklarının olumsuz etkilenebileceği şeklinde belirtilmektedir.¹⁴⁹

Seks işçiliğinin sağlık üzerindeki etkilerini araştırmak için yapılan çalışmaların çoğunun kısa süreli araştırmalar olduğu, bu çalışmaların uzun vadeli etkileri değerlendirmek için yetersiz kaldığı belirtilmektedir. Bu nedenle Ward ve Day (2006) Londra'da seks endüstrisinde çalışmış olan kadınların durumunu, 15 yıllık bir dönemde, sağlık ve meslek yaşamı açısından araştırmışlardır. 1986-1993 yılları arasında bu işi en az 3 aydır yapıyor olan 354 kadınla görüşmüş ve bu kadınlarla en az iki görüşme yapmışlardır. 1997-2000 yılları arasında aynı kadınlarla tekrar temas kurmaya çalışmışlar ve 354 kadından 130'una ulaşmışlardır. Kadınlardan %59'unun halen bu sektörde çalıştığını, tespit etmişlerdir çalışma sonucunda kadınlarda yüksek mortaliteye ek olarak, CYBE'lar, ruhsal bozukluklar ve bağımlılık yüksek oranda görülmüştür. En yaygın kronik rahatsızlıkların da psikiyatrik rahatsızlıklar olduğunu tespit etmişler, kadınların %40'ında psikiyatrik rahatsızlıkların (depresyon, psikoz, yeme bozuklukları, bağımlılık) olduğunu bildirmişlerdir. Seks işçiliğinin, cinsel yolla bulaşan hastalıkların sekellerini, ruh sağlığı sorunlarını ve madde bağımlılığını içeren yüksek mortalite ve morbidite ile ilintili olduğunu, ancak sağlık sorunları ile seks işçiliği arasındaki ilişkinin karmaşık olduğunu belirtmişlerdir.¹⁵⁵

Depresyonda en korkulan komplikasyon intihardır. Yoğun bir ruhsal sıkıntı içinde olan hastalar hayatı yaşamaya değer bulmayabilir, intihar planları yapabilir, hatta intiharı tek kurtuluş yolu gibi görebilir. Bu yüzden, psikiyatrik rahatsızlıkları olanlar arasında intihar davranışlarının görülme sıklığının yüksek olduğu konuyla ilgili yapılan birçok araştırmanın ortak bulgularındandır.¹⁵⁶ Ancak bizim çalışmamızda BDÖ puanına göre 0,10 ortalama puanı ile en az görülen belirti idi. Bunun yanın da yaptıkları iş gereği

tüm katılımcıların aldıkları BDÖ puanına göre cinsel istek kaybı 1,29 ortalama puan ile en fazla görülen belirti idi.

Depresyon erken çocukluk yıllarından ileri yaşlara dek her yaşta görülebilen bir bozukluktur. Depresyonun sıklığı ve yaygınlığı ile ilgili ilk görüşler, yaş arttıkça depresyon görülme olasılığının arttığı biçimindedir.^{157,158} Bizim çalışmamızda da yaş ve depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişki saptadık yaş arttıkça depresif belirti görülme oranının arttığını tespit ettik. Bununla bağlantılı olarak artan yaşla birlikte sektörde kalış süreleri de artmaktadır. Yine sektörde bulunma süreleri ile depresif belirti görülmesi arasında anlamlı ilişki bulundu. Yaş arttıkça ve sektörde bulunma süreleri arttıkça depresif belirti görülme riskinin arttığı tespit edildi. Bunu da çalışma şartları ve yaptıkları iş gereği yaş ilerledikçe hem kazançlarının azalmasına hemde CYBE yakalanma riskinin artmasına bağlayabiliriz. Çalışmamızda da daha önceden CYBE geçiren seks işçilerinde depresif belirti görülme oranının ,enfeksiyon geçirmeyenlere göre daha yüksek bulunması bu görüşü destekleyebilir.

Yapılan çalışmaların çoğunda kadınlarda depresif bozukluklarda dul veya boşanmış kadınların en yüksek riske sahip oldukları saptanmıştır.^{154,159,160} ekonomik güçlükler, kayıp ve yalnızlık duygusu, eş desteğinin eksikliği, özellikle genç yaşta dul kalma ile başlayan evlenme yönündeki toplum baskıları bunun nedenleri arasında gösterilmiştir.¹⁶¹ Bizim çalışmamızda medeni durum ile depresif belirti görülme arasında anlamlı bir fark bulundu. Dul ve boşanmışlarda depresif belirti görülme oranı hiç evlenmemiş kadınlara göre daha yüksek olarak bulundu.

Yapılan çalışmalarda depresyon ve alkol alışkanlığı arasındaki ilişki kadınlarda erkeklerden daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Depresif belirti öyküsü olan kadınlarda alkol alışkanlığı riski, depresif belirti öyküsü olmayan kadınlardakinin 2,6 katı bulunmuştur.¹⁶² Biz çalışmamızda alkol ve sigara kullanımı ile depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişki saptayamadık Karabilgin tarafından 15-49 yaş arası kadınlarda yapılan bir çalışmada da sigara ve alkol kullanımı ile depresif belirti görülme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.¹⁶³

Literatür bilgileri, ruhsal bozuklukların düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip, işsiz kadınlarda yoğunlaştığını göstermektedir.¹⁶⁴ Warren, yüksek eğitimin, artan bilgi ve yeteneklerin sorunlarla başa çıkma yeteneğini arttırarak aynı zamanda yeterlilik ve kontrol duygularını da geliştirmesi ile depresif bozukluk oranını düşürebileceğini

belirtmiştir.¹⁶⁵ Çetin ve arkadaşları tarafından Trabzon ilinde yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon prevalansı arasında anlamlı ilişki saptanmış, depresyonun en sık okur yazar olmayan popülasyonda ortaya çıktığı, eğitim düzeyi arttıkça depresyon görülme oranının azaldığı bulunmuştur.¹⁶⁶ Bizim çalışmamızda da benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça depresyon görülme oranının azaldığı tespit edildi. Bunun bir sebebi de genelevde çalışan kadınların eğitim düzeyi arttıkça CYBE başta olmak üzere meslekleri ile ilgili risklerin farkında olmaları ve bunlardan korunma yolları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları olarak da yorumlanabilir.

İkili karşılaştırmalar sonucunda p değeri 0,1'in altında bulunan değişkenler (yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma yılı, alkol kullanımı, gelir durumu, önceden CYBE geçirme, kondom kullanımı) kullanılarak yapılan Lojistik Regresyon analizi sonucunda Yaş ölçümünün bireyde BECK depresyon ölçeğine göre depresif belirti gösterme riskini arttırdığı belirlenmiştir. Buna göre bireyin yaşındaki her bir yıl artış depresif belirti görülme riskini 1,111 kat (%95 GA: 1,050-1,175) arttırdığı gözlenmiştir.

Lojistik regresyon analizinde sadece yaş ölçümünün anlamlı bulunması ve diğer ölçümlerin depresif belirti riski üzerinde etkisi görülmemiş olması, diğer ölçümlerin yaş ile olan korelasyonundan kaynaklanmaktadır. Yani yaş artışı diğer ölçümlerde benzer oranda değişime yol açmakta ve bu durumda diğer ölçümlerin lojistik regresyon analizinde yaşı da önüne çıkacak şekilde anlamlı bulunmasını engellemektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

CYBE'lar gerek gelişmiş, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde önemli halk sağlığı sorunlarından birini oluşturmaktadır. Seks işçiliği toplumda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) yayılım hızını belirleyen en önemli etkenlerden biridir. Seks işçileri, sık eş değiştirmeleri nedeniyle bir taraftan enfeksiyon riski altındadır, diğer taraftan eğer güvenli cinsel ilişki kurallarını uygulamıyorlarsa hastalıkları yayma eğilimindedirler.

Adana genelevinde çalışan seks işçilerinin CYBE'lar konusunda bilgi, tutum, davranış ve depresyon durumlarının araştırılmasına yönelik yaptığımız çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar şu şekildedir:

- Çalışma Adana Genelevinde çalışan 108 seks işçisinde yapılmıştır. Katılımcıların yaşları ortalama $43,8 \pm 8,3$, ortanca 43 olarak bulunmuştur.
- Seks işçilerinin sektörde bulunma süreleri, % 70,4'ü 20 yıl ve daha kısa süre,% 29,6'sı ise 21 yıl ve daha uzun süre şeklindeydi.
- Seks işçilerinin CYBE'ları bilme oranlarına bakıldığında en yüksek oranda % 85,2'si HIV/AIDS, en az oranda da % 2,8'i Şankroid bilinmekteydi.
- Araştırmaya katılan seks işçilerinin % 52,8'i CYBE konusunda eğitim aldıklarını % 47,2'si ise CYBE konusunda eğitim almadıklarını belirtti.
- Seks işçilerinin % 70,4'ü CYBE ile ilgili bilgi edinmek istediğini belirtti.
- Seks işçilerinin %62'si CYBE 'lar belirti vermeden bulunabilir mi? sorusunu % 46,2'si sağlıklı görünen kişiden CYBE geçebilir mi? sorusunu bilmiyorum olarak cevapladı.
- Araştırmaya katılan seks işçilerinin kondom kullanımları sorgulandığında % 89,8'i kondom kullandığını,% 10,2'si kullanmadığını belirtti.
- Kadınların kondom kullanma sıklığı ise % 55,6 her seferinde, % 44,4 bazendi.
- Kadınlara kondom kullanmama nedeni sorulduğunda % 83,6'si partnerim istemedi ,% 16,4'ü ise başka yöntem kullandım şeklindeydi.
- Araştırmaya katılanların kondom kullanımlarının öğretim düzeyi ile ilişkisi karşılaştırıldığında, öğretim düzeyi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Öğrenim düzeyi arttıkça kondom kullanma oranı artmaktaydı.

- Kondom kullanımı ile yaş grupları arasında anlamlı ilişki bulundu. Genç yaş gruplarının kondom kullanımı, anlamlı olarak daha yüksekti.
- Sektörde bulunma süresi ile kondom kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulundu. 20 yıl ve altında bu sektörde çalışanlar daha sık kondom kullanmaktaydı.
- Seks işçilerinin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $15,90 \pm 11,67$, ortancası 16 (min= 0, maks= 44) idi. Katılımcılardan BDÖ 17 ve üstünde olanlar % 48,1 bulundu.
- Depresif belirti görülme ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş arttıkça depresif belirti görülme riski de artmaktaydı.
- Ayrıca yaş ile BDÖ puanı arasındaki korelasyonu değerlendirdiğimizde, yaş ile BDÖ puanı arasında olumlu yönde orta ve anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.
- Yaş ölçümünün bireyde BECK depresyon ölçeğine göre depresif belirti gösterme riskini arttırdığı belirlenmiştir. Buna göre bireyin yaşındaki her bir yıl artış depresif belirti görülme riskini 1,111 kat arttırdığı gözlenmiştir.
- Eğitim düzeyi ile BDÖ karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulundu. Eğitim düzeyi yükseldikçe depresif belirti görülme oranı azalmaktaydı.
- Medeni durum ile depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir fark bulundu. BDÖ puanı bekârlarda, evli, boşanmış veya dullara göre daha düşük olarak bulundu.
- Seks işçilerinin daha önceden bir CYBE geçirmesi ile depresif belirti görülme arasında anlamlı bir fark bulundu. BDÖ puanı önceden CYBE geçirenlerde daha yüksek bulundu.
- Seks işçilerinin çalışma yıllarına bakıldığında 20 yıl ve daha fazla çalışanlarda depresif belirti görülme oranı daha yüksek bulundu.

CYBE'lerin önlenmesinde enfeksiyonun yayılmasında rol oynayan toplum kesimlerinin tanımlanması hastalığın kontrolünde önemlidir. Seks işçileri partner değiştirme hızlarının yüksek olması nedeniyle CYBE'lerin yayılmasında önemli değişkenlerden biridir. CYBE'ler konusundaki bilgisizlikleri de eklenince fuhuş toplum için CYBE'ler yönünden riskli bir alan haline gelmektedir. Bu nedenle:

- Seks işçilerine güvenli cinsel ilişki, CYBE ve HIV/AIDS'den korunma, madde kullanımının önlenmesi konularında bilgi veren, tutum ve davranış değiştirmeyi hedefleyen programlar yaygınlaştırılmalıdır.
- Seks işçilerine yönelik CYBE ve HIV/AIDS tanı ve tedavi hizmetleri yaygınlaştırılmalı ve ulaşılabilir olmalıdır.
- CYBE'ların önlenmesinde, seks işçilerinin güvenli cinsel davranış kazanmaları ve kondom kullanmaları çok önemlidir.
- Mevzuatta her ne kadar genelevlerde kondom bulundurulması zorunlu hale getirilmiş olsa da kondom kullanmanın nasıl sağlanacağı belirgin değildir. Bu olumsuzluklara müşterilerin kondom kullanmaları konusunda isteksizlikleri de eklenince fuhuş CYBE için büyük bir risk haline gelebilmektedir. Bu nedenle yasaların yeniden düzenlenmesi en azından müşterilerin kondom kullanmaya teşvik edilmesi gerekir.
- Türkiye'deki yürürlükteki düzenleyici mevzuat, seks işçilerinin düzenli muayene yaptırmalarını zorunlu tutarak CYBE'lerin erken tanı ve tedavilerinin sağlanması yoluyla seks işçilerinin CYBE'lerin belirleyici rolünü azaltma amacındadır. Ancak seks işçileri müşterilerinden dolayı da CYBE'lar konusunda risk altındadır. Bu nedenle seks işçilerinin müşterilerine yönelik genelevlerde bilgilendirici afiş, poster ve broşürlerin hazırlanması, gerekirse belli dönemlerde eğitim ve danışmanlıkların verilmesi önemlidir.
- Seks işçilerine yönelik CYBE'lar için yapılan taramalar, gerekirse seks işçileri ile çok sık birlikte olan müşteriler içinde yapılmalıdır.
- Seks işçilerinin CYBE ve HIV/AIDS'e ilişkin ve CYBE'dan HIV/AIDS'den korunmaya yönelik eğitim programlarının düzenlenerek bunun sürekli hale getirilmesi sağlanmalıdır.
- Bu eğitimler aynı zamanda toplum geneline yayılarak, bu konuda görsel ve yazılı basından destek alınmalı ve sivil toplum örgütleriyle işbirliği içinde olunmalıdır.
- Fuhuş sektörünün uyuşturucu ve eğlence sektörüyle birlikteliği bilinmektedir. Her ne kadar çalışmamızda kadınların madde kullanımı düşük oranda olsada belli dönemlerde kadınlara yapılacak tahlillerle, kadınların bu maddelere alıştırmaları ve kullanmalarının önüne geçilebilir.

- Genelevlerde çalışan kadınlarının CYBE konusunda risk gruplarını oluşturmalarının yanı sıra, yaptıkları iş gereği toplumdan soyutlanmaları ve uğradıkları sözel ve fiziksel şiddet nedeniyle de psikolojik olarak ciddi zarar görmektedirler. Bu da depresyon başta olmak üzere birtakım psikolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Bizim çalışmamızda da genelevde çalışan kadınların BDÖ puanı 17 ve üstünde olan kadın sayısı %48,1 gibi düşük olmayan bir rakamdı.
- Bu nedenle dispanserlerde genelevde çalışan seks işçilerine psikolojik destek verecek kişilerin bulunması sağlanmalı, haftada iki yasal olarak zorunlu olan jinekolojik muaynelerin yanında en azından belli aralıklarla ruhsal değerlendirilmelerinin de yapılması ve gerekirse seks işçilerinin bu konuda bir uzmandan yardım alması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. **Akın A, Özvarış BŞ.** *Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Genital Yol Enfeksiyonları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Edit.: Güler Ç., Akın L., Hacettepe Üniversitesi Yayınları, **2012** I.Cilt, s: 345-362., s: 235-242
2. **Zarakolu P, Ünal S.** Cinsel yolla bulaşan hastalıklar. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M, eds. *İnfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi,2002;1111-15.
3. **Bozok Johansson C.** *Cinsel temasla bulaşan hastalıkların tarihçesi*. Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar (Ed:Ağaçfıdan A, Anğ Ö)Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti yayını No.35, İstanbul, **1999**;19-36.
4. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Tanı ve Tedavi Rehberi (düzenleyen: Neyzi O, Yolsal N) İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 2. Baskı, İstanbul, **2002**.
5. **Gerbase AC, Rowley JT, Mertens TE.** Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *Lanset* **1998**; 351(Supp 13):2-4.
6. Global Strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015:breaking the chain transmission, *DSÖ* **2007**
7. CYBE/HIV/AIDS cinsel sağlık/ üreme sağlığı no:4-B TC Sağlık bakanlığı ana çocuk sağlığı ve aile planlaması genel müdürlüğü Ankara: **2005**
8. Ankara Ticaret Odası: Hayatsız Kadınlar Dosyası Raporu (18.7.2004) Erişim: www.atonet.org.tr/yeni/index.php?p:201
9. **Champion J D, Shair R N, Piper J, Perduse S T.** Psychological Distress Among Abused Minority Women With Sexual Transmitted Diseases (JAMAced nurse pret **2002 jul 14**;(7) 316-324
10. **Gökengin D.** *Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara genel bakış*. başlıca bakteriyel, paraziter ve mikotik enfeksiyon hastalıkları (Ed: Serter D., Ertem E, Gökengin D) Nobel tıp kitabevleri, **2000**; 141-153.
11. **Bulut A.** *Cinsel temasla bulaşan hastalıklarda görülen risk faktörleri ve davranış modelleri*. Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar (Ed: Ağaçfıdan A, Anğ Ö)Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Yayını No.35, İstanbul, **1999**;53-60
12. **Merson MH, Piot P.** *Global Perspectives on Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome*. Principles and Practice of Infectious Diseases (Ed: Mandell GL, Benenett JE, Dolin R) Elsevier Inc., **2005**;1465-1476
13. **Bilgehan H. Neiseria.** *Klinik Mikrobiyoloji Özel Bakteriyoloji ve Bakteri Enfeksiyonları* Kitabında Bilgehan H. Editör, Barış yayınları **1986**; 289-316
14. **Handsfield HH, Sparling PF.** In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases sixth edition*. Elsevier Churchill Livingstone Pennsylvania **2005**;2514-2529
15. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2002. Atlanta, Ga: U.S. Departement of Healt and Human Services; **2003**
16. **Edwards JL, Appicella MA.** The molecular mechanisms used by Neisseria gonorrhoeae to initiate infection differ between men and women. *Clin Microbiol Rev.* **2004**; 17:965-981

17. **Gökengin D.** Neiseria gonorrhoeae. Başlıca Bakteriyel, Paraziter ve Mikotik Enfeksiyon Hastalıkları kitabında Serter D, Ertem E, Gökengin D. Editörler. Nobel Tıp Kitabevleri **2000**; 228-232.
18. **Ram S, Rıca PA.** Gonococcal Infections. Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson eds. In: Harrison's Principles of Internal Medicine Internal edition. McGraw-Hill **2001**; 931-938
19. **Smith DS, Relman DA.** Neiseria Gonorrhoeae and Neisseria Meningitidis. Wilson WR, Sande MA eds. In: Current Diagnosis and Treatment in Infectious Diseases. International edition McGraw-Hill **2001**; 538-547
20. **Moran JS, Hansfield HH.** Neisseria gonorrhoeae. Yu VL, Mergan TC, Barriere SL eds. IN: *Antimicrobial therapy and Vaccines*. Williams Wilkins **1999**; 295 – 303.
21. **Gill MJ et al.** Gonococcal resistance to beta-lactams and tetracycline involves mutation in loop 3 of the porin encoded at the penB locus. *Antimicrob Agents Chemother.* **1998**; 42:2799-2803
22. **Bilgehan H.** *Klinik Mikrobiyolojik Tanı* 3. Baskı Ankara: Barış Yayınları Faülteler Kitabevi **2002**; 595-596
23. **Gökengin D.** Treponema pallidum (Sifilis) ve diğer Treponema türleri. *Başlıca Bakteriyel, Paraziter ve Mikotik Enfeksiyon Hastalıkları* (Ed: Serter D, Ertem E, Gökengin D) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2000; 313-319
24. <http://www.who.int/reproductive-health/rits/sti facts-sheet 2004 pdf>
25. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2011. Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data. Stockholm: ECDC; 2011.
26. **Kinghorn GR.** Syphilis. In: Infectious Diseases (Ed: Cohen J, Powderly WG) 2nd Ed. Edinburgh: Mosby **2004**; 807-816
27. **Özarmağan G.** Sifiliste klinik belirtiler ve tedavisi. *Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar (CTBH)* (Ed: Ağaçfıdan A, Anğ Ö.) İstanbul: Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti **1999**; 151-168.
28. **Tramont EC.** *Treponema pallidum (Syphilis)*. In: Mandell, Douglas and Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases (Ed: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R) USA: Churchill Livingstone 6th Ed. **2005**; 2768-2784.
29. **Gökmen İ.** Spiral mikroorganizmalar. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. *Enfeksiyon hastalıklar ve mikrobiyoloji*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul **2002**; 1748-1757
30. **Baysal B.** Treponemalar. Ustaçelebi Ş. *Temel ve Klinik Mikrobiyoloji*. Güneş kitabevi, Ankara **1999**; 681-691
31. **Ağaçfıdan A.** *Treponema pallidum*: Etken, laboratuvar tanısı ve tanıda karşılaşılan sorunlar. Ağaçfıdan A, Anğ Ö. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti. İstanbul **1999**; 141-150
32. **Larsen SA, Steiner BM.** Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clin Microbiol Rev* **2000**; 8:1
33. **Yılmaz Ş, Topçu AW.** Söyletir G, Doğanay M. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, **2002**; 1123-1129
34. **Tramont EC.** *Treponema pallidum (Syphilis)* İn: Mandell GI, Bennett JE. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. New York 2117 (**2000**)

35. **Larsen SA, Steiner BM.** Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clin Microbiol Rev* 8:1 (2000)
36. **Goh BT & van Voorst Vader PC.** European guidelines for the management of syphilis. *Int J STD AIDS* 2001; 12 (Suppl 3): 14-26
37. **Kiddugavu MG, Kivanuka N, Wawer MG. et al.** Effectiveness of syphilis treatment using azithromycin and/or benzathine penicillin in Rakai Uganda. *Sex Transm Dis* 2005; 32:1-6
38. **Bernard HU.** The clinical importance of the nomenclature, evolution and taxonomy of human papillomaviruses. *J Clin Virol* 2005; 32 (Suppl 1):1-6
39. **Trottier F, Franco EL.** Human papillomaviruses and cervical cancer: burden of illness and basis for prevention. *Am J Manag Care* 2006; 12 (17Suppl):462-472
40. **Baseman JG, Koutsky LA.** The epidemiology of human papillomavirus infections. *J Clin Virol* 2005; 32 (Suppl 1):16-24
41. **Dunne EF, Nielson CM, Stone KM, Markowitz LE, Giuliano AR.** Prevalence of HPV infection among men: A systematic review of the literature. *J Infect Dis* 2006; 194(8):1044-1057
42. **Ozturk S, Kaleli I, Kaleli B, Kaleli F.** Investigation of human papillomavirus DNA in cervical specimens by hybrid capture assay. *Mikrobiyol Bul* 2004;38(3):223-232
43. **Ozcelik B, Serin IS, Gokahmetoğlu S, Başbug M, Erez R.** Human papillomavirus frequency of women at low risk of developing cervical cancer: a preliminary study from a Turkish university hospital. *Eur J Gynaecol Oncol* 2003; 24(2):157-159
44. **Ünsal A, Çimentepe E, Sağlam R.** Human papilloma virus ile enfekte kadınlarda partner çalışması: enfeksiyonun sıklığı ve tedavisi. *Türk Üroloji Dergisi* 2001; 27(2):197-201
45. **Lacey CJ.** Therapy for genital human papilloma virus-related disease. *J Clin Virol* 2005; 32(Suppl 1):82-90
46. **Rinker MH, Fenske NA, Scalf LA, Glass LF.** Histologic variants of squamous cell carcinoma of the skin. *Cancer Control* 2001; 8(4):354-363
47. **Gunter J.** Genital and perianal warts: new treatment opportunities for human papillomavirus infection. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(Suppl 3):3-11
48. **Bonnez W, Reichman RC.** Papillomavirus. In: Principles and Practice of Infectious Diseases, 6 th ed, Mandell GL, Bennet JE, Dolin R (eds). Philadelphia, Churchill Livingstone; 2005;1841,1856
49. *Human papillomavirus: HPV information for clinicians.* Centers for Disease Control and Prevention: 1-36, April 2007
50. Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM. *Sexually transmitted diseases treatment guidelines*, MMWR Recomm Rep55(RR-11) 2006;1-94
51. **Garland SM, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, Perez G, Harper DM, Leodolter S, Tang GW, Ferris DG, Steben M, Bryan J, Taddeo FJ, Railkar R, Esser MT, Sings HL, Nelson M, Boslego J, Sattler C, Barr E, Koutsky LA.** Females United to Unilaterally Reduce endo/ectocervical Disease (FUTURE) investigators: Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. *N Engl J Med* 2007;356(19):1928-1943.

52. **Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Lawson HW, Chesson H, Unger ER.** *Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP); Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).* MMWR Recomm Rep **2007**;56(RR-2):1-24
53. **Corey L.** Herpes simplex virus. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds): *Principles and Practice of Infectious Diseases.* Churchill Livingstone, Philadelphia, **2000**; 1564-15-80
54. **Çolak D, Mutlu D.** Herpesviruslar. Ustaçelebi Ş, Abacıoğlu H, Badur S (eds) : *Moleküler, Klinik ve Tanısal Viroloji.* Güneş Kitabevi, Ankara, **2004**; 113-144
55. **Gentry GA, Lowe M, Alford G, Nevins R.** Sequence analyses of herpes viral enzymes suggest an ancient origin for human sexual behavior. *Proc Natl Acad Sci USA* **1998**; 85:2658
56. **Lawrence Drew W.** (çeviri: Arman D). Herpesviruslar. Wilson WR, Sande MA (çeviri editörü: Dündar İH) (eds) *Current Enfeksiyon hastalıkları Tanı ve Tedavi,* Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul **2002**; 400-412
57. **Corey L.** Prevention of herpes simplex virus type2 transmission with antiviral therapy. *Herpes* **2004**; 11(S3):170-174
58. **Serter D.** Herpes simplex viruslar. Willke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M (eds): *Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi.* Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, **2002**; 1176-1186
59. **Freedman E, Mindel A.** Epidemiological, clinical and laboratory aids for the diagnosis of neonatal herpes-an australian perspective. *Herpes* **2004**; 11(2):38-40
60. **Kimberlin D.** Herpes simplex virus, meningitis and encephalitis in neonates. *Herpes* **2004**; 11(S2):65-76
61. **Bilgiç A, Özacar T.** *Hepatit B Virusu.* Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. Enfeksiyon hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul, **2002**; 1350-1370
62. **Ustaçelebi Ş, Ergunay K.** *Hepatit B virusunun moleküler virolojisi.* Tabak F, Balık İ. Viral Hepatitler. Viral Hepatitle Savaşım Derneği, **2007**; 96-107
63. **Curry. MP, Chopra S.** *Acute Viral Hepatitis.* Mandel GL. Principles and Practice of Infectious Diseases. 6th ed. Philadelphia, **2005**; 1426-1441
64. **Taşyaran MA.** HBV Enfeksiyonu Epidemiyolojisi. Tekeli E, Balık İ. *Viral Hepatit*, **2003**; 39:64-69
65. **Tosun S.** Viral hepatitlerin ülkemizde değişen epidemiyolojisi *ANKEM Derg* **2013**; 27(Ek 2):128-134
66. **Badur S.** Cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında viral hepatitlerin önemi. Ağaçfıdan A, Anğ Ö. *Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar*, **1999**; 42:349-357
67. **Taşyaran M. Hepatit B.** Virüs enfeksiyonunda klinik. Tabak F, Balık İ. *Viral Hepatitler*, Viral Hepatitle Savaşım Derneği, **2007**; 118-122
68. **Özsan M.** HBV enfeksiyonunda mikrobiyolojik tanı. Tabak F, Balık İ. *Viral Hepatitler*. Viral Hepatitle Savaşım Derneği, **2007**; 124-134
69. **Hadzakis A, Magiorkinis E.** HBV virological assesment, *J Hepatol*, **2006**; 44:71-76
70. **Nunez M, Soriano V.** Management of patients co-infected whith hepatitis B virüs and HIV. *Lancet Infect Dis* **2005**; 5:374-382

71. Recommended adult immunization Schedule-United States, October 2006 - September 2007. MMWR October 13;2006/55(40);Q1-Q4.
72. **Yenen OŞ.** Hepatit C virusu. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, **2002**; 1377-1397
73. **Quer J, Esteban J.** *Epidemiology*. In: Thomas HC, Lemon S. Viral Hepatitis. USA. Blackwell Publishing, **2005**; 407-425
74. **Armstrong GL, Wasley A.** The prevalance of hepatitis C virus infection in the United States, 1999 through 2002. National Center for Infectious Diseases. *Ann Intern Med.* **2006**; 16;144(10):705-714
75. **Alter MJ.** Epidemiology of hepatitis C virus infection. *World J Gastroenterol.* **2007**; 13(17): 2436-2441.
76. **Shepard CW, Finelli L, Alter MJ.** Global epidemiology of hepatitis C virus infection. *Lancet Infect Dis.* **2005**; 5(9): 558-567.
77. **Abacıoğlu H.** Hepatit C virüsü. Ustaçelebi Ş. *Temel ve Klinik Mikrobiyoloji*, Güneş Kitabevi, Ankara,1999;19:881-888
78. **Türkoğlu S.** Hepatit C virüsü viroloji ve seroloji. Tabak F, Balık İ. *Viral Hepatitler*, Viral Hepatitlerle Savaş Derneği **2007**;228-243
79. **Greenblatt R.** **Hepatitis C.** Progress and challenges. *Clin Microbiol News* **2006**; 28:113-118
80. **Ustaçelebi Ş.** İnsan immünyetmezlik virusları. Ustaçelebi Ş. *Temel ve Klinik Mikrobiyoloji*. Güneş Kitabevi, Ankara, **1999**; 987-101
81. **Ünal S, Sain G.** Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. *İnfeksiyon Hastalıklar ve Mikrobiyolojisi-1*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, **2002**; 441-464
82. **Yılmaz G.** Human Immunodeficiency Virus'lar. Ağaçfıdan A, Anğ Ö. *Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar*. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti, İstanbul, **1999**; (28):255-273
83. HIV/AIDS;data and statistcks.www.who.int/entity/hiv/data/en/_32k. Erişim tarihi: **20.11.2014**
84. Klinik HIV/AIDS 2013 İstanbul –sunumlar.www.hatam.hacettepe.edu.tr/veriler_haziran_2013.pdf. Erişim tarihi:**20.11.2014**
85. **Michael H.** *Genital Skin and Mucous Membrane Lesions*. Mandel GL, **2005**; 101;1338-1346
86. **Yılmaz G, Özkan E.** Retroviruslar. Topçu AW, Söyletir G. *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi-2*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, **2002**; 1322-1339
87. **Tümer A.** *HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma*. Hacettepe Üniversitesi AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi, Ankara **2006**
88. **Yılmaz G, Özkan E.** Retroviruslar. Topçu AW, Söyletir G. *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi-2*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, **2002**;1322-1339
89. AIDS ve tedavide kullanılan ilaçlar. *Ankara ecz.fak. dergisi* **2009**; 38(1) 47-78
90. **Babayiğit M, Bakır B.** HIV Enfeksiyonu ve AIDS, *Epidemiyoloji ve korunma TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2004**;3(11):280-290
91. **Çetin E.T.** *İnfeksiyon Hastalıkları*. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Ders Kitapları. Hekimler Yayın Birliği, **2002**

92. Seks işçileri ve yasalar. Türkiye’de yasaların seks işçilerine etkileri ve öneriler. İnsan kaynağını geliştirme vakfı; İstanbul, **2011**
93. **Çevik A, Volkan V.** *Depresyonun psikomatik etyolojisi.* Depresyon Monografaları Serisi 3. **1993;** 109-122
94. **Alper Y.** Bütün Yönleriyle Depresyon, İstanbul, Gendaş A.Ş; **1999;** 19-20
95. **Işık E.** Duygulanım Bozuklukları, Depresyon ve Mani, İstanbul, Boğaziçi Matbaası, **1991;**36-37
96. **Aşkın R.** *Depresyon El Kitabı*, Konya, **1999;** 9-25; 158-159
97. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı.* Dördüncü baskı (1994). Çev. Köroğlu E.Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **1994.**
98. **Angst J.** Epidemiology of depression. *Psychopharmacology (Berl)* **1992;** 106 Suppl):71-74
99. **Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS.** Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* **1994;** 51(1):8-19.
100. **Köroğlu E.** *Psikiyatri Temel Kitabı I. cilt.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği **1997:** 389-428.
101. **Güleç C.** Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler.* Ed: Bertan M, Güler Ç. 2.baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, **1997;** 442-454.
102. **Isık E.** *Duygu Durumu Bozuklukları/Depresyon ve Bipolar Bozukluklar.* Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, **2003.**
103. **Kaplan Harold I, Sadock BJ.** *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 7th. Ed., Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins, **2000.**
104. **Çevik A, Volkan VD.** Depresyonun psikodinamik etyolojisi, *Galenos Tıp Dergisi* **2001;** 5:44-46
105. **Beck AT, Rush AJ, Shaw B, Emery G.** *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford, pres, **1979**
106. **Seligman MEP.** *Helplessness*, Freman. San Fransisco, **1975.**
107. **Ünal S., Küey L., Güleç C., Bekaro_lu M.** Depresif bozukluklarda risk etmenleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* **2002;** 8: 5 -15
108. **Amerikan Psikiyatri Birliği.** *Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş 4. baskı (DSM-IV-TR),* APA Washington DC, 2000’den çeviren Köroğlu E. **2001.**
109. **Örsel S.** Depresyonda tedavi: genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri*, **2004;** Ek 4:17-24.
110. **Aydemir Ö, Köroğlu E.** Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, **2000;** 109-110
111. **Savaşır I, Şahin NH.** Bilişsel-Davranışçı Terapilerde değerlendirme; Sık Kullanılan Ölçekler, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2-3; **1997;**23-33
112. **Hisli N.** Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* **1988;** 6:118-126

113. **Hisli N.** Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* **1989**; 7:3-13.
114. **Gökengin D.** Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda Epidemiyolojik Durum. *ANKEM Dergisi*, **2012**; 26(2),186-188.
115. **Zarakolu P, Sakızlıgil B, Cakır B, Unal S.** The point prevalence of gonorrhoea among registered sex workers in Ankara, Turkey. *International Journal of STD and AIDS* **2002**; 13:52.3
116. **Ağaçfıdan A, Chow JM, Pashazade H, Ozarmagan G, Badur S.** Screening of sex workers in turkey for Chlamydia trachomatis. *Sex Transm Dis* **1997**; 24:573-575
117. **Odabaşı A.B.** Ankara İli Genelevlerinde Çalışan Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkları, Mesleki Riskleri, Uğradıkları Şiddet ve İstismar Bağlamında Bir Araştırma, *Basılmamış Doktora Tezi*, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **2009**
118. **Tokuç B, Gül H, Eskiocak M, Ekuklu G.** Edirne Genelevinde Çalışan Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları, *Toplum Hekimliği Dergisi*, **2006**; 25(1)
119. **Öcal B.Ç, Börekçi G.** Genelev kadınlarının Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg.* **2008**; 1(2)
120. **Altan P.** Ankara genelevinde çalışan seks işçilerinin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV/AIDS korunma yolları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Yüksek lisans tezi*, Gazi Üniversitesi, **2008**.
121. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Kasım **2014**.
122. **Pyett P, Haste BR, Snow J.** Risk practices for HIV infection and other STD's among female prostitutes working in legalized brothels. *AIDS Care* **1996**; 8(1): 85-94.
123. **Ford K, Wirawan DN, Reed BD, Muliawan P, Sutarga M.** AIDS and STD knowledge, condom use and HIV/STD infection among female sex workers in Bali, Indenesia. *AIDS Care*, **2000**; 12(5): 523-534 .
124. **Rogers SJ, Ying L, Xin TY, Fung K, Kaufman J.** Reaching and identifying the STD/HIV risk of sex workers in Beijing. *AIDS Educ Prev* **2002**; 14 (3): 217-227.
125. **Oğultürk, N.** Psiko-Sosyal Özellikleriyle Genelev Kadınları. *Yüksek Lisans Tezi*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu. **1991**
126. **Dalla, R.** Exposing the “Pretty Woman” myth: a qualitative examination of the lives of female streetwalking prostitutes. *J. Sex Res.*, **2000**; 37(4), 344–353.
127. **Do Espirito S, M.E., Etheredge, G.D.** And then I became a prostitute... Some aspects of prostitutes in Dakar, Senegal. *Soc. Sci. J.* **2004**; 41 (1):137-146
128. **Wong, W., Holroyd, E., Gray, A., Ling, D.** Female Street Sex Workers in Hong Kong: Moving beyond Sexual Health. *Journal of Women's Health*, **2006**; 15(4), 390–399.
129. Seks İşçileri (Si) Biyo-Davranış Araştırması İnsan Kaynakları Geliştirme Vakfı (İKGV) **2010**
130. **Açıklan N.** Toplumda Fahişelik Kurumunun Vazgeçilmezliği Üzerine Mitler: Mersin Örneği, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt 1/4 Yaz **2008**.

131. Pembe Hayat LGBTT Dayanışma Derneği, *Seks İşçilerinde HIV/AIDS Araştırması ve HIV Testi Projesi Değerlendirme Raporu*, Ankara **2009**.
132. Çingir A. Yaşamlarını Fuhuş Yapararak Kazanan Kadınların PsikoSosyal Nitelikleri, Sorunları ve Çeşitli Kişi ve Kuruluşlardan Beklentilerinin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. **2005**
133. Needle R, Kroeger K, Belani H, Achrekar A, Parry, C.D, Dewing, S. Sex, Drugs, and HIV: Rapid Assessment of HIV Risk Behaviors Among StreetBased Drug Using Sex Workers in Durban, South Africa. *Social Science & Medicine*, **2008**; 67 (9):1447-1455.
134. Simsek S, Kisa A, Dziegielewski S. Sex Workers and the Issues Surrounding Registration in Turkey, *Journal of Health & Social Policy*, **2003**; 17(3):55-69
135. Trani F, Carlo Altomare C, Carmelo G.A. Nobile C. Female sex street workers and sexually transmitted infections: Their knowledge and behaviour in Italy. *Journal of infection* **2006**; 52: 269-275
136. Akın L. Türkiye’de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J. Med. Sci.* **2006**; 26: 655-665.
137. Linhart Y, Shohat T, Amitai Z, Gefen D, Srugo, I, Blumstein G, Dan M. Sexually Transmitted Infections Among BrothelBased Sex Workers in TelAviv Area, Israel: High Prevalence of Pharyngeal Gonorrhoea. *Int. J. STD.AIDS*, **2008**; 19(10):656-659.
138. Behets F, Rasolofomanana RJ, Van Damme K, Vaovoola C. Mad-STI Working group. Evidence based treatment guidelines for sexually transmitted infections, developed with and for female sex workers. *Trop Med Int Health* **2003**; 8(3):251-258.
139. Center for Disease Control and Prevention. Barrier protection against HIV infection and other STDs. Morbidity and Mortality Weekly Report, **1993**; 42 (30): 589-591.
140. Pyett P, Haste BR, Snow J. Risk practices for HIV infection and other STD’s among female prostitutes working in legalized brothels. *AIDS Care* **1996**; 8(1): 85-94.
141. Ford K, Wirawan DN, Reed BD, Muliawan P, Sutarga M. AIDS and STD knowledge, condom use and HIV/STD infection among female sex workers in Bali, Indenosia. *AIDS Care*, **2000**;12(5): 523-534 .
142. Rogers SJ, Ying L, Xin TY, Fung K, Kaufman J. Reaching and identifying the STD/HIV risk of sex workers in Beijing. *AIDS Educ Prev* **2002**;14 (3): 217-227.
143. Basuki E, Wolfrers I, Deville W, Erlaini N, Luhpuri D, Hergono R, Maskuri N, Suesen N, Van Beelen N. Reasons for not using condoms among female sex workers in Indonesia. *AIDS Educ Prev* **2002**; 14 (2):102-116.
144. Özgülnar N, Kayatürk F. HIV/AIDS 2. Nesil Sentinel Sürveyansı Risk Gruplarının Değerlendirilmesi Raporu. Ankara Sağlık Bakanlığı, **2005**
145. Pyett P, Haste BR, Snow J. Risk practices for HIV infection and other STD’s among female prostitutes working in legalized brothels. *AIDS Care* **1996**; 8(1): 85-94.
146. Boyd C. Customer Violence and Employee Health and Safety. *Work, Employment & Society*, **2002**; 16(1), 151–169.
147. Lindblom, K., Linton, S., Fedeli, C., Bryngelsson N, I. Burnout in the Working Population: Relations to Psychosocial Work Factors. *Int. J. Behav. Med.*, **2006**; 13(1), 51–59.

148. **Biswas-Diener R, Diener E.** Making the Best of a Bad Situation:Satisfaction in the Slums of Calcutta. *Soc. Indic. Res.* **2001**; 55, 329–352.
149. **Seib C, Fischer J, Najman J.** The Health of Female Sex Workers from Three Industry Sectors in Queensland, Australia *Social Science & Medicine.* **2008**;1-6.
150. **Church, S., Henderson M., Barnard M., Hart G.** Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *Br. Med.J.* **2001**; 322(7285), 524–525.
151. **Bruntland GH.** *Mental Health in the 21st century.* Bull World Health Organ, **2000**;78(4):411.
152. **Angst J, Gamma A, Gastpar M. ve ark.** Depression prevalence and associated factors among Alaska Native people:The Alaska education and research toword health(EARTH) study. *J.Affect Disord* **2011**.
153. **Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S ve ark.** On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2003**; 4:208-218.
154. **Çetin İ, Bilici M, Bekaroğlu M ve ark.** Sağlık ocaklarına başvuran hastalarda depresyon yaygınlığı ve depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar Arası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, Trabzon. **1999**
155. **Ward H., Day S.** What Happens to Women Who Sell Sex? Report of a Unique Occupational Cohort. *Sex. Transm. Infect.*, **2006 Oct**; 82(5):4137.
156. **Eskin M, Akoğlu A, Uygur B.** Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: intihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2006**; 17(4):266-175.
157. **Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg ve ark.** Major and minor depression in laater life:a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord*,**1995**; 36(1-2):65-75
158. **Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ et al.** Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatry*, **1997**; 154(10):1384-1390.
159. **Küey L, Güleç C.** *Depresyonun Epidemiyolojisi, depresyon monografıları serisi,(2)* 53-68 hekimler yayın birliği, Ankara **1993**
160. **Parker G.,Hadzi Pavlovic D, Greenwald S ve ark.** Low parental care as a risk factor to lifetime depression in a community sample. *J Affect Disord*, **1995**; 33(3):173-180
161. **Altınel T,** Edirne şehir merkezindeki 15-49 yaş kadınlarda ruhsal durum ve etkileyen faktörler, Uzmanlık tezi, Edirne,**2008**.
162. **Dixit A, Crum RM.** Prospective study of depression and the risk of heavy alchol use in women, *American Journal of Psychiatry*, 157; **2000**; 751-758
- 163.**Karbilgin Ö.** Balatçık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş Kadınlarda Depresyon prevalansı ve Whopol-Bref Ölçeği ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Halk Sağlığı Doktora Tezi,**2001**.
164. **Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G.** Prevalence of psychiatric disorder in the general population: resolt of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatr Epidemiol* **1998**; 33:587-595.
165. **Warren LW, McEachren L.** Ppsychosocial correlates of depressive symptomatology, in adult women. *Journal of Abnormal Psychology*, **1983**;92(2) 151-160.

- 166. Çetin İ., Bilici M., Bekaroğlu M.** ve ark. Sağlık ocaklarına başvuran hastalarda depresyon yaygınlığı ve depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi, 35. *Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar arası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu*, Trabzon, **1999**.

EKLER

Ek 1: Aydınlatılmış Onam Formu

Adana Genelevinde Çalışan Seks İşçilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Konusunda Bilgi, Tutum Davranış ve Depresyon Durumlarının Araştırılması.

Merhaba ben Nazan Akçalı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığında doktor olarak çalışmaktayım. “Genelevde çalışan seks işçilerinin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda, bilgi, tutum davranış ve depresyon durumlarının araştırılması” konulu bir çalışma yapıyorum. Sizinle konuşmak ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda bilgi, tutum davranışlarınızı tespit etmeye yönelik bir anket ile depresyon durumunuzu tespit etmeye yönelik beck depresyon ölçeği anketini uygulamak istiyorum.

Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

Dr. Nazan AKÇALI

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

TARİH
AD-SOYADI

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

Ek 2: Anket Formu

CYBE BİLGİ DÜZEYİ BELİRLEME ANKET FORMU

ANKET NO:.....

Bölüm I :genel özellikler

1.yaşınız

2.cinseyniz ()kadın ()erkek diğer()

3.eğitim düzeyiniz

a-okur-yazar değil b-okur yazar c-ilkokul mezunu d-ortaokul mezunu
e-lise mezunu f-üniversite mezunu

4.annenizin eğitim durumu

a-okur-yazar değil b-okur yazar c-ilkokul mezunu d-ortaokul mezunu
e-lise mezunu f-üniversite mezunu

5.babanızın eğitim durumu

a-okur-yazar değil b-okur yazar c-ilkokul mezunu d-ortaokul mezunu
e-lise mezunu f-üniversite mezunu

6.medeni haliniz

()evliyim ()bekarım ()boşandım ()dulum ()diğer

7.kaç yıldır bu şehirde yaşıyorsunuz.....

8.kaç yıldır bu işi yapıyorsunuz.....

9.aylık geliriniz ne kadar?

a-500 YTL'den az b -501-1000YTL c-1001-1500 YTL d-1501-2000 YTL

e-2001YTL ve üstü

10.sigara kullanıyor musunuz

a-evetadet/gün b-hayır c-bıraktım.....'dır içmiyorum

11.alkol alıyor musunuz

a-hiç kullanmadım b-ayda bir ya da az c-ayda 2-4 kez d-haftada 2-3 kez

e-haftada 4 ya da daha fazla f-kullandım.....yıl önce bıraktım

12.bağımlılık yapıcı başka bir madde/ilaç kullanıyor musunuz

a.evett b.hayır c.bıraktım.....yıl kullandım

13.CYBE /HIV/AIDS'den korunma konusunda hiç eğitim ya da danışmanlık hizmeti aldınız mı

a-evet b-hayır

14.cevabınız evet ise kimden ve nereden aldınız

a-hastane b-ASM c-özel klinik d.arkadaş

e-TV f-internet g.diğer....

17. CYBE yakalanmada sizce kimler risk altında olabilir

a-birden çok cinsel eş değiştirmek b-daha önce CYBE öyküsü olanlar

c-seks işçileri d-kan ve kan ürünleri transfüzyonu e-vücuda dövme/piercing yaptırma

f-korunmasız cinsel ilişki e-diğer.....

18.daha önce cinsel yolla bulaşan hastalık geçirdiniz mi

a-evet b-hayır

19.cevabınız evet ise tedavi aldınız mı

a-evet b-hayır

20.son bir yıl içinde hazneden akıntınız oldu mu

a.evet b.hayır c.bilmiyorum/hatırlamıyorum

21.son bir yıl içinde cinsel bölgede ülser/yaranız oldu mu

a.evet b.hayır c.bilmiyorum /hatırlamıyorum

bölüm II :cinsel özgeçmiş

1.bu işe kaç yaşında başladınız

2-günde ortalama kaç kişiyle beraber oluyorsunuz

a-müşteri sayısı... b-bilmiyorum/hatırlamıyorum

3-en son müşterinizle seks yaptığınızda siz ve müşteriniz erkek kondomu(kaput)kullandınız mı

a-evet b-hayır c-bilmiyorum/hatırlamıyorum

4-kondom kullanmayı kim önerdi

a-ben b-partnerim c-ortak karar

5-kondom kullanmadıysanız siz ve müşteriniz neden kullanmadınız

a-kondom yoktu b-kondom çok pahalı c-partnerim istemedi d-başka yöntem kullandım

6-son 30 gün içinde siz ve müşterileriniz ne sıklıkla kondom kullandınız?

a-her seferinde b-bazen c-hiçbir zaman

7.kondomu kimden ya da nereden elde edebilirsiniz

a-hastane b.eczane c-market/bakkal d-ASM/AÇSAM e-arkadaş

f-diğer...

8. cinsel yolla bulaşan hastalıklar olduğunu duydunuz mu

a-evet b-hayır

9.gonore CYBH'dır

a-evet b-hayır c-bilmiyorum

10.sifiliz CYBH'dır

a-evet b-hayır c-bilmiyorum

11.hepatit B CYBH'dır

a-evet b-hayır c-bilmiyorum

12.hepatit C CYBH'dır

a-evet b-hayır c-bilmiyorum

13.genital herpes

a-evet b-hayır c-bilmiyorum

14.şankroid

a-evet b-hayır c-bilmiyorum

15.HPV(genital siğil)

a-evet b-hayır c-bilmiyorum

16.candida(mantar) CYBH'dır

a-evet b-hayır c-bilmiyorum

17.clamidya CYBH'dır

a-evet b-hayır c-bilmiyorum

18.HIV/AIDS CYBH'dır.

a-evet b-hayır c-bilmiyorum

19.Cinsel yolla bulaşan hastalıkların sizin için bir tehlike oluşturduğunu düşünüyor musunuz?

a-evet b-hayır c.kararsızım

20.kadınlarda CYBE belirtileri nelerdir(birden fazla cevap verilebilir)

a-karın ağrısı

b-hazneden akıntı

c-kötü kokulu akıntı
d-idrar yaparken yanma
e-cinsel bölgede ülser/yara
f-cinsel bölgede kaşıntı
g-kasık bölgesinde şişlikler
h-diğer....

21.erkeklerde CYBE belirtileri nelerdir(birden fazla cevap verilebilir)

a-karın ağrısı
b-hazneden akıntı
c-kötü kokulu akıntı
d-idrar yaparken yanma
e-cinsel bölgede ülser/yara
f-cinsel bölgede kaşıntı
g-kasık bölgesinde şişlikler
h-diğer....

22.CYBH hiçbir belirti vermeden de bulunabilir mi

a.evet b.hayır c.bilmiyorum

23. CYBH bulaşmasında tek yol cinsel ilişkimidir

a.evet b.hayır c.bilmiyorum

24.hepatit B kan ile bulaşır

a.evet b.hayır c.bilmiyorum

25.hepatit b'nin tedavisi var mıdır

a-evet b-hayır c-bilmiyorum

26.hepatit B'den korunmak için aşı olmalı mıyız

a-evet b-hayır c.bilmiyorum

27.hepatit c kan ile bulaşır mı

a-evet b-hayır c.bilmiyorum

28.hepatit c'nin aşısı var mı

a-evet b-hayır c.bilmiyorum

29.hepatit c tedavi edilebilir mi

a-evet b-hayır c.bilmiyorum

30.sifiliz(frengi) kan nakli ile bulaşır mı

a-evet b-hayır c.bilmiyorum

31.sifiliz(frengi) tedavi edilebilir mi

a-evet b-hayır c.bilmiyorum

32.HPV(genital siğil) aşısı duydunuz mu

a-evet b-hayır c.bilmiyorum

33.Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için alınması gereken önlemlerle

ilgili sizce doğru olan seçeneği işaretleyiniz. Bilmiyorsanız "bilmiyorum" kutusunu işaretleyiniz.

a- Hastalık şüphesi olan kişilerle ilişkiye girerken kondom (prezervatif, kılıf) kullanılmalı.

() Doğru () Yanlış () Bilmiyorum

b- Ömür boyu birden fazla kişiyle ilişkiye girmekten kaçınılmalı

() Doğru () Yanlış () Bilmiyorum

c-Baskalarının kullandığı esyaları (jilet, enjektör) kullanmamalı

() Dogru () Yanlıs () Bilmiyorum

d-Cinsel iliskiden sonra hemen banyo yapmalı

() Dogru () Yanlıs () Bilmiyorum

e- Dis çekirme, dövme, manikür yaptırma sırasında aletlerin mikroplardan temizlenmiş olmasına dikkat edilmeli

() Dogru () Yanlıs () Bilmiyorum

f- Herhangi bir önlem alınmamalı

() Dogru () Yanlıs () Bilmiyorum

34.CYBH ilgili bilgi edinme ihtiyacı duyuyor musunuz

a.evet b.hayır c.kararsızım

35.sağlıklı görünen kişilerden de CYBH bulaşabilir mi

a.evet b.hayır c.bilmiyorum

36.CYBH tedavi edilebilir mi

a.evet b.hayır c.bazıları d.bilmiyorum

37.CYBH ilgili şüphenez olursa doktora rahatlıkla başvurabilir misiniz

a.evet b.hayır c.kararsızım

38.hiç HIV adında bir hastalık etkeni duydunuz mu

a.evet b.hayır

39.hiç AIDS adında bir hastalık duydunuz mu

a.evet b.hayır

40- Kan nakli ile bulaşır mı

a.evet b.hayır c.bilmiyorum

41- Aynı enjektörü, tıras bıçağını kullanmakla bulaşır mı.

a.evet b.hayır c. bilmiyorum

42- Dövme yapmakla bulaşır mı

a.evet b.hayır c. bilmiyorum

43- Aynı tuvaleti, banyoyu kullanmakla bulaşır mı

a.evet b.hayır c. bilmiyorum

44- Dis çekirme, manikür, pedikür, kulak deldirme sırasında kullanılan aletlerle Bulaşır mı.

a.evet b.hayır c. bilmiyorum

45- Anneden çocuga gebelik sırasında bulaşır mı

a.evet b.hayır c. bilmiyorum

46-anneden çocuğa emzirme yoluyla bulaşır mı

a.evet b.hayır c. bilmiyorum

47-sizce sağlıklı görünen kişi HIV virüsü kapmış olabilir mi

a.evet b.hayır c. bilmiyorum

48.insanlar her ilişkide doğru biçimde kondom kullanırlarsa HIV’den korunabilirler mi

a.evet b.hayır c.bilmiyorum

49.tek eşlilik ile HIV’den korunabilirler mi

a.evet b.hayır c.bilmiyorum

50.HIV’in aşısı var mıdır

a.evet b.hayır c.bilmiyorum

51.HIV’in tedavisi varmıdır

a.evet b.hayır c.bilmiyorum

52.HIV/AIDS öldürücü bir hastalık mıdır

a.evet b.hayır c.bilmiyorum

Bölüm IV:beck depresyon ölçeği

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddeninkarşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

(1) Gelecek için karamsarım.

(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey

düzelmecekmış gibi geliyor.

3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4** (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5** (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum
- 6** (0) Kendimden memnunum.
- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum..

11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum

12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.

- (1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum..

14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum..

15 (0) Uykum her zamanki gibi.

- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Her şey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17 (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla seксе ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum..

21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Nazan AKÇALI

Doğum Tarihi ve Yeri : 1973-Adana

Medeni Durum : Evli, 2 çocuk annesi

Adres : Belediye evleri mah.84227 sok. Ataköy Sitesi
Kocatepe apt.kat 9/D 17

Telefon : 0505 258 66 01

E-mail : drnazanakcali@yahoo.com

Mezun olduğu tıp fakültesi : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev Yerleri : Gaziantep/Nurdağı İlk Yardım ve Acil İstasyonu
: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü,
: Sümer Sağlık Ocağı / Adana
: 80.yıl Sağlık Ocağı / Adana
: Doğumevi / Adana
: Deri ve Zührevi Hastalıklar Dispanseri/Adana

Yabancı Dil : İngilizce