



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

**AĞRI PATNOS İLÇESİNDEKİ ASKERİ BİRLİKTEKİ ERBAŞ VE
ERLERİN AIDS HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE BU
HASTALIĞA YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİ**

**EBRU ŞAHAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK

**DANIŞMAN
Doç. Dr. ELMAS ORAK**

İSTANBUL - 2010

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Ebru ŞAHAN tarafından hazırlanan *“Ağrı Patnos İlçesindeki Askeri Birlikteki Erbaş ve Erlerin AIDS Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin ve Bu Hastalığa Yönelik Tutumların Belirlenmesi”* konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :27.10.2010

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Doç.Dr.Elmas ORAK
: Haliç Üni. / Sağ. Bil. YO.
(Danışmanı)

.....


Jüri Üyesi : Prof.Dr.Necmiye SABUNCU
: Haliç Üni./ HYO.

.....


Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
: Haliç Üni./ Sağ. Bil. YO.

.....


Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
KISALTMALAR LİSTESİ	V
ŞEKİLLER LİSTESİ	VI
TABLolar LİSTESİ	VII
ÖZET	1
SUMMARY	3
1. GİRİŞ ve AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1 AIDS KAVRAMI	7
2.2 AIDS HASTALIĞININ İNSİDANS VE PREVALANSI	9
2.3 HIV VİRÜSÜNÜN BULAŞMA YOLLARI	11
2.3.1 Cinsel İlişki Yoluyla Bulaşma	13
2.3.2 Kan ve Kan Ürünleri Yoluyla Bulaşma	15
2.3.3 Perinatal Bulaşma	17
2.4 AIDS HASTALIĞININ TANI YÖNTEMLERİ	19
2.5 AIDS HASTALIĞININ KLİNİK YÖNÜ	21
2.5.1 AIDS Hastalığının Belirtisi Olan Fırsatçı Enfeksiyonlar (Opportunistik Enfeksiyonlar)	21
2.5.2 AIDS Hastalığında Gelişen Fırsatçı Tümörler	22
2.6 AIDS HASTALIĞININ TEDAVİSİ	23

	Sayfa No
2.7 AIDS HASTASININ BAKIMI	25
2.7.1 Beslenme	25
2.7.2 Kas İskelet Bozuklukları ve Yorgunluk	25
2.7.3 Gastrointestinal Sisteme Ait Komplikasyonlar	26
2.7.4 Deri Bütünlüğü	26
2.7.5 Ağrı	26
2.7.6 Nörolojik Semptomlar	27
2.7.7 Psikososyal Bakım	27
3. SAĞLIK PERSONELİNDE HIV ENFEKSİYON RİSKİ VE ENFEKSİYON KONTROLÜ	29
3.1 HIV ENFEKSİYON RİSKİ	29
3.2 HIV VİRÜSÜNÜN BULAŞMASINI ÖNLEMEK İÇİN ALINMASI GEREKEN GENEL ÖNLEMLER	30
3.2.1 İnvazif Girişimler Esnasında Alınması Gereken Önlemler	32
3.2.2 Diyaliz Sırasında Alınması Gereken Önlemler	33
3.3 LABORATUARDA ALINMASI GEREKEN ÖNLEMLER	33
3.3.1 HIV Serolojik Laboratuvarlarında Alınması Gereken Ek Önlemler	35
3.3.2 HIV İzolasyon Laboratuvarlarında Alınması Gereken Ek Önlemler	36
3.3.3 HIV Araştırma ve Üretme Laboratuvarlarında Alınması Gereken Ek Önlemler	37

	Sayfa No
3.4 HIV VİRÜSÜ ÖLDÜREN MADDELER	39
3.4.1 Hasta Bakım Gereçlerinin Sterilizasyonu ve Dezenfeksiyonu	40
3.4.2 Çevre Temizliği	40
3.4.3 Çamaşırlar	41
3.4.4 Atıkların İmhası	41
3.5 AIDS EĞİTİMİ	42
4. GEREÇ ve YÖNTEMLER	43
4.1. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER	43
4.2. ARAŞTIRMANIN TARİHİ	43
4.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ	43
4.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	43
4.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMLERİ	43
4.5.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması	43
4.5.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması	44
4.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	44
4.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	44
5. BULGULAR	45
5.1. Demografik Özelliklere Göre Dağılımlar	45
5.2. Demografik Özelliklerle Sorulara Verilen Yanıtlar Arasındaki İlişkinin Araştırılması	57

	Sayfa No
6. TARTIŞMA	74
7. SONUÇ ve ÖNERİLER	80
8. KAYNAKLAR	81
9. EKLER	86
10.ÖZGEÇMİŞ	91

KISALTMALAR

AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome

CDC : Centers for Disease Control

CMV : Cytomegalovirüs

HIV : Human Immuno Deficiency Virus

HTLV : Human – T Lenfotropik Virüs

LAP : Lenfadenopati

P : İstatistiksel Karar

SS : Standart Sapma

WHO : World Health Organization

χ^2 : Ki Kare

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 1 : Çalışma Grubunun Yaş Dağılımı	45
Şekil 2 : AIDS'in Nasıl Bulaştığını Sorgulayan Çoklu Sorulara Verilen Doğru Yanıtların Bireysel Dağılımı	52
Şekil 3 : AIDS'e Yakalanma Riski Olanları Sorgulayan Sorulara Verilen Doğru Yanıtların Bireysel Dağılımı	53
Şekil 4 : Bireyin Öğrenim Durumu İle AIDS'in Nasıl Bulaştığını Sorgulayan Sorulara Verilen Yanıt Sayısı Arasındaki İlişki	70
Şekil 5 : Bireyin Yaşadığı Yerleşim Yeri İle AIDS'in Nasıl Bulaştığını Sorgulayan Sorulara Verilen Yanıt Sayısı Arasındaki İlişki	71
Şekil 6 : Yaş Grupları İle AIDS' ten Korunmada Etkili Yöntemlerin Sorgulandığı Sorulara Verilen Yanıtların Arasındaki ilişki	72
Şekil 7 : Öğrenim Durumu İle AIDS' ten Korunmada Etkili Yöntemlerin Sorgulandığı Sorulara Verilen Yanıtlar Arasındaki İlişki	73

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1 : Çalışma Grubunun Yaş Dağılımı	45
Tablo 2 : Çalışma Grubunun Medeni Duruma Göre Dağılımı	46
Tablo 3 : Bireylerin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı	46
Tablo 4 : Bireylerin Yaşadıkları Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı	47
Tablo 5 : Bireylerin Yaşadıkları Coğrafi Bölgeye Göre Dağılımı	47
Tablo 6 : Bireylerin Cinsel Birliktelik Dağılımı	48
Tablo 7 : Bireylerin Aldıkları Korunma Önlemi Dağılımı	48
Tablo 8 : “AIDS Hakkında Bilginiz Var mı” ve “Düzeyi” Nedir Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı	49
Tablo 9 : AIDS’in Ciddiyeti ve Taşıyıcılığının Anlamı Konusunda Yanıtların Dağılımı	50
Tablo 10 : AIDS’ in Nasıl Bulaştığını Sorgulayan Çoklu Sorulara Verilen Doğru Yanıtların Dağılımı	51
Tablo 11 : AIDS’ e Yakalanma Riski Olanları Sorgulayan Çoklu Sorulara Verilen Doğru Yanıtların Dağılımı	53
Tablo 12 : AIDS Virüsünün Bulunabileceği Vücut Sıvılarını Sorgulayan Soruya Verilen Yanıtlar	54
Tablo 13 : AIDS ‘ten Korunmada Etkili Yöntemler	55

	Sayfa No.
Tablo 14 : AIDS Hakkında Sahip Olunan Bilgi Kaynağının Dağılımı	55
Tablo 15 : AIDS İle Ortak Yaşamda Bireylerin Davranışlarının Sorgulanması	56
Tablo 16 : Yaş Grupları İle AIDS Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu Arasındaki İlişki	57
Tablo 17 : Medeni Durum İle Bireylerin Cinsel İlişkilerinin Varlığı Arasındaki İlişki	58
Tablo 18 : Medeni Durum İle Korunma Önlemi Alma Arasındaki İlişki	58
Tablo 19 : Medeni Durum İle “AIDS’e Yakalanma Riski Olanlar Kimlerdir?” Sorusuna Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki	59
Tablo 20 : Medeni Durum ile Toplumsal Yaşamda HIV/AIDS’le Birlikte Olma Konusundaki Davranışlar Arasındaki İlişki	60
Tablo 21 : Öğrenim Durumu İle Korunma Önlemi Alma Arasındaki İlişki	61
Tablo 22 : Bireylerin Öğrenim Durumu İle AIDS Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu Arasındaki İlişki	62
Tablo 23 : Bireylerin Öğrenim Durumu İle “ AIDS’ ten Korunmada Etkili Yöntemler Nelerdir” Sorusuna Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki	63

Tablo 24 : Bireylerin Yaşadıkları Yerleşim Yeri İle “AIDS Nasıl Bulaşır” Sorusuna Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki	65
Tablo 25 : Bireylerin Yaşadıkları Bölge İle AIDS Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu Arasındaki İlişki	66
Tablo 26 : “AIDS Hakkında Bilginiz Var mı?” Sorularına Verilen Yanıtlarla “AIDS Nasıl Bulaşır?” ve “AIDS ‘e Yakalanma Riski Olanlar Kimlerdir” Sorularına Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki	68
Tablo 27 : “AIDS Hakkında Bilginiz Var mı? Sorusuna Verilen Yanıtlarla Toplumsal Yaşamda HIV/AIDS’le Yaşanan Sorunlara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki	69

ÖZET

AIDS/HIV'le mücadelede en etkin yöntemlerden biri topluma riskli davranışları önlemeye yönelik önlemler alınmasını sağlayacak eğitim vermektir. Bunu sağlamak için önce toplumun eğitim gereksinimleri belirlenmelidir. Bu çalışmanın amacı genç erişkin erkeklerden oluşan askerlere verilecek eğitimde gereksinimleri belirlemek için bilgi düzeylerini değerlendirmektir. Araştırma, Ağrı İlinin Patnos ilçesindeki bir askeri birlikte Ocak-Mart 1010 tarihleri arasında yapıldı. Askeri birlik farklı sosyo-kültürel düzeye sahip bireylerden oluşmaktadır. Çalışmanın örneklemini 350 er ve erbaş oluşturdu. Veri toplanmasında iki bölümden oluşan anket kullanıldı. Birinci bölüm bireylerin tanımlayıcı bilgilerini ve demografik özelliklerini, ikinci bölüm ise AIDS hakkındaki bilgi düzeylerini, düşüncelerini ve aldıkları önlemleri sorgulamaktaydı. İstatistiksel değerlendirme SPSS istatistik programı kullanılarak ve yüzdelik ki-kare testi, Student t testi ve Anova testi uygulanarak yapıldı.

Çalışma grubunun eğitim düzeyi iyiydi. Bireylerin % 28,6'sının cinsel ilişkisi yoktu. İlişkisi olanların % 59,8'i birden fazla eşle cinsel birliktelik yaşamışlardı ve % 77,2'si ilişkilerinde korunma önlemi almaktaydı. Bireylerin % 83,4'ünü AIDS hakkında bilgisi vardı ancak bunlardan %36,4'ü bilgisinin yeterli düzeyde olduğunu ifade etti. Bulaşma yollarının iyi bilinmesine rağmen günlük yaşam koşulları içerisinde bulaşmanın zor olduğu orta-iyi düzeyde bilinmekteydi. Risk altındaki gruplar genel olarak yüksek oranda biliniyorken sağlık çalışanları ve uyuşturucu kullananlar risk grubu olarak düşük düzeyde bilindi. Korunma yöntemleri orta düzeyde biliniyordu.

Virüs taşıyabilecek vücut sıvılarından kan, vajinal sıvı ve sperm yüksek oranda, anne sütü düşük seviyede bilinirken diğer vücut sıvıları hiç bilinmiyordu. AIDS-HIV(+)’li ortamda ortak yaşam konusunda bireylerin çoğunluğu tereddütlüydü. Eğitim düzeyi yüksek olanlar, il veya ilçe merkezinde yaşayanlar ve batı, orta ve kuzey bölgelerde yaşayanlar AIDS hakkında daha çok bilgi sahibiydiler, davranışları daha olumluydu ve korunma tedbirlerini daha iyi biliyor ve önlem alıyorlardı. Bilgiler görsel, yazılı basın ve internet üzerinden sağlanmaktaydı ve yüzeyseldi. Bu da eksikliklere ve hatta yanlışlara neden oluyordu. Eğitim önerisine yüksek oranda sıcak bakılmaktaydı. Sonuç olarak bulaşma yolları, korunma yöntemleri ve aktif yaşamdaki durumu açısından AIDS çalışma grubu tarafından iyinin altında bir düzeyde bilinmektedir. Tüm ülkenin karışımının küçük bir örneğini oluşturan bu askeri birlikte alınan sonuçlar topluma genellenebilir karakterdedir. Bu da AIDS gibi bulaşıcı ve ağır bir hastalıkla ve bu arada diğer bazı sağlık sorunları ile ilgili eğitimlerin programlı uygulanmasının olumlu sonuçlar getireceği savını güçlendirmektedir.

Anahtar Kelimeler : Askerler, bilgi düzeyi, HIV/AIDS

SUMMARY

DETERMINATION OF KNOWLEDGE LEVEL ABOUT AIDS, AND ATTITUDES INTENDED FOR THIS DISEASE OF SOLDIERS OF A TROOP IN PATNOS – AĞRI DISTRICT

One of the most effective methods in the fight with AIDS/HIV is to provide training to people about measures of prevention of risky behaviors. To achieve this, education needs of a given society should be determined. The aim of this study is to evaluate the knowledge level of soldiers who are young adult males, in order to determine their needs of training. Research was performed in a troop at a district of Agri province, Patnos between January and March 2010. The troop consists of individuals coming from different socio-cultural backgrounds. Study sample consists of 350 soldiers and officers. A questionnaire consisted of two parts was used for data collection. The first part was for interrogation of individual identity info and demographic characteristics, and the second part for interrogation of the knowledge level of individuals about, their opinions on, and the measures they take to prevent AIDS. Statistical analysis were made by using SPSS statistical software and applying the percentage, chi-square, Student t and Anova tests. Study group was well educated. 28.6% of the individuals had experienced no sexual relations. 59.8% of those who have had a sexual relation has experienced intercourse with more than one partner, and 77.2% of them were taking preventive measures. 83.4% percent of the individuals had a knowledge on AIDS, but only 36.4% of them are expressed their knowledge at a sufficient level. Although the sources of contamination were known well, it was known at moderate-well level that it is hard to contaminate in daily living conditions. While high-risk groups are known at high level, health workers and drug users were known at low level as a risk group. Preventive measures were known moderately. Concerning the body fluids that can carry the viruses, only blood, vaginal fluids and semen of were known at high level, whereas

breast milk was known at low level, and no other body fluids were known. The majority of individuals were hesitant about being together in public life with those carrying AIDS-HIV (+). Individuals who are highly educated, residing at provincial or district centers, living in the western, central and northern regions have had more knowledge about AIDS, their behaviors were more positive and they had better knowledge on protective measures and taking better precautions. The information was obtained via visual and written press and internet, which was spurious/superficial. This group was welcoming training proposals. As a result, contamination routes, prevention methods and the status in active life of AIDS are known at a level well below by the study group. The results obtained from this troop, which was a sample group representing the social mixture of the entire country at a small scale, can be generalized to the entire public. This supports the argument that programmed execution of training about a serious and contagious illness such as AIDS, and other health problems will bring positive results of the implementation.

Key Words : Soldiers, knowledge level, HIV/AIDS,

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Enfeksiyon hastalıkları, insanlık tarihi boyunca yaşamı tehdit eden en önemli sağlık problemlerinden birini oluşturmuştur. Dünya üzerinde ölümlerin en sık üç nedeninden biri olan enfeksiyon hastalıkları, aynı zamanda çok büyük ekonomik kayıplara da neden olmaktadır. Enfeksiyon hastalıkları ile yapılan ciddi mücadelelerle zaman zaman enfeksiyonların kontrolü sağlanmış gibi görünse de eski problemlerin yerini yenileri almıştır. Tarih boyunca veba, kolera, tüberküloz gibi enfeksiyon hastalıkları ile mücadele edilmiştir. Günümüzde kuş gribi, Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) ve Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) salgınları önemli hale gelmiş ve mücadele bunlarla devam etmektedir.

Eski çağlarda bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölümler kaçınılmaz bir sonuçtu; günümüzde ise tıp, bu hastalıklardan olan ölümleri büyük oranda önlemeyi başarmıştır. Fakat son otuz yılda karşısında çok zorlu yeni bir hastalık bulmuştur. 1981 yılında ilk kez tanımlanan AIDS hastalığı, coğrafik sınırlar tanımayarak, günümüzde pandemik özelliği ile tüm dünya ülkelerine yayılmıştır. Bu hastalık, HIV (Human Immuno Deficiency Virus; İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü) adı verilen virüsün vücuda girerek çoğalması sonucunda, vücudun bağışıklık sisteminin bozulması ile oluşur. Böylece AIDS, savunma mekanizmaları bozulmuş organizmada ağır seyirli enfeksiyonlar ve malignitelerin gelişmesine yol açan ve ölümlerle sonuçlanan bir hastalıktır. HIV virüsünün cinsel ilişki ve kan yolu ile bulaşması, 20-29 yaş grubu bireyleri en verimli olabildikleri dönemlerinde yakalaması, henüz korumaya yönelik aşısının geliştirilememesi ve kesin sağaltım yönteminin olmaması, tedavi maliyetinin yüksek olması, bulaşıcı ve “mutlak ölümcül” olması gibi nedenlerle tüm toplumu tehdit etmektedir.

Sağlığın korunması, hastalıklara karşı savaşla ve bu savaşta hastalıklar ortaya çıkmadan önce başlatmakla mümkündür. Herhangi bir hastalığa karşı yapılacak bir mücadelede her şeyden önce, hastalıklardan nasıl korunulacağını öğretilmesi gerekmektedir. Sonraki etaplarda ise hastalıkların belirlenmesi ve ortaya çıkarılması gerekir. Konu AIDS açısından ele alınacak olursa mücadelede ilk adım, HIV virüsünün bulaşma şekillerinin, risk faktörlerinin, belirtilerinin, bu hastalıktan korunma

yöntemlerinin belirlenmesi ve AIDS'e yakalanmış hastalara karşı yaklaşım konusunda ayrıntılı bilgilerin verilmesidir.

AIDS'e karşı alınması gereken önlemler ve bu hastalıktan korunma konusundaki araştırmalar, buna yönelik eğitim programlarındaki artış ve bu araştırma sonuçlarının tüm dünyadaki sağlık uzmanlarına ulaştırılmasıyla, ölüm oranında düşme gözleneceği tahmin edilmektedir. AIDS'in kişiden kişiye bulaşmasını ve toplumda yayılmasını önlemek amacıyla toplumun bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi çok önemli bir konudur. Halk sağlığı eğitiminde önemli rolleri olan tüm sağlık personelinin bu konuda halkın eğitime katkıda bulunabilmesi için özellikle kendisinin de yeterli bilgi birikimine sahip olması gerekmektedir (Kılıç ve ark., 2004; Kır ve ark., 2004; Bulduk ve ark., 2006).

Erkek nüfusunun askerlik yükümlüğünün olması, en azından toplumun yarısına böyle bir eğitimin verilebileceği fikrini doğurmaktadır. Bu amaçla hazırlanacak hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması için asker popülasyonunun bilgi düzeyinin saptanması, eksiklerin ve yanlışların belirlenmesi ile mümkündür. Bu çalışma er ve erbaşların bilgi düzeyinin saptanması, eksiklerin ve yanlışların belirlenmesi amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AIDS KAVRAMI

AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome; Edinsel Bağışıklık Eksikliği Sendromu), tanımlandığı 1981 yılından beri milyonlarca insanın mücadele ettiği, çağımızın salgını olarak kabul edilen kronik bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu hastalık ilk defa Haiti'den ABD'ye gelen göçmenlerde tanımlanmış ve Akkiz (Edinsel) İmmün Yetmezlik Sendromu adı verilmiştir (Ustaçelebi, 1999; Piot, 2008; Fauci and Lane, 2005).

Hastalardan izole edilen virusun bir retrovirus olduğu tespit edilmiş ve Human T-Lymphotropic Virus (HTLV) olarak adlandırılmış, daha sonraları kullanım kolaylığı nedeniyle İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (Human Immuno Deficiency Virus, HIV) ismi verilmiştir. HIV, enfekte olmuş kişilerin seksüel sıvılarında ve kanda bulunur. Hastalık belirtilerinin ortaya çıkış süresi kişiden kişiye değişir, uzun süre kendini göstermeyebilir (Aksoy, 2008, Fauci and Lane, 2005).

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome; Edinsel Bağışıklık Eksikliği Sendromu), ilk kez 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde tanımlanmış bir hastalıktır. CDC (Centers for Disease Control; Hastalıklar Kontrol Merkezi) bu hastalığı; "60 yaşın altında, bilinen immün yetmezliğe neden olacak bir ilaç alınmadığı halde, hayatı tehdit eden fırsatçı enfeksiyonlar (sıklıkla pneumocystis carinii pnömonisi) ve Kaposi Sarkomu ile seyreden bir immün yetersizlik tablosu" olarak tanımlamıştır (Bilir, 1991).

İlk olarak 1978-1979 yıllarında Amerika'da daha önce sağlıklı olan homoseksüellerde "Gay Compramise Syndrome - Gay-Related Immunodeficiency" adıyla ağır bir enfeksiyon olarak tanımlanan Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS), Edinsel Bağışıklık Eksikliği Sendromu'na (EBES) bağlı ölümcül enfeksiyonlar 1981 yılında bildirilmiştir. Bu ilk vakalarda immünite bozukluğunun tek sebebi olarak Cytomegalo virüs enfeksiyonu kabul edilmiştir (Fridman and Downey, 1994).

1981’de ilk vakanın bildirilmesinden sonra vaka sayısı giderek artmış ve günümüzde tüm dünyayı etkileyen bir pandemi haline gelmiştir. 2004 yılında tüm dünyada hasta ve taşıyıcı sayısı 39.4 milyona ulaşmıştır. Bunun 2.2 milyonunu çocuklar oluşturmaktadır (Okay, 2006). Başlangıçta homoseksüel, biseksüel erkekler ve intravenöz ilaç alışkanlığı olanlar vakaların çoğunu teşkil ederken günümüzde heteroseksüel cinsel temasla bulaşma oranı giderek artmıştır. Epideminin başlarında HIV enfeksiyonu az sayıda ve homoseksüel erkek grubunda görülmesi nedeni ile fazla ilgi çekmemiştir. Biseksüel erkekler aracılığı ile kadınlara ve enfekte hamile kadınlardan da bebeklere geçmesi ile bu hastalık tüm dünyanın odak noktası haline gelmiştir (Tümer ve Ünal, 2001).

Immünite bozulunca fırsatçı enfeksiyonlar hastalığın kliniğini oluşturmaktadır. 1981 yılının ikinci yarısında AIDS yalnız homoseksüellerde değil, intravenöz yoldan uyuşturucu madde kullananlarda da görülmüştür. 1982’nin ikinci yarısında Haitililerde, hemofili hastalığı olanlarda, 1983’ün ilk yarısında hapisanelerdeki hükümlülerde ve 1983’ün ikinci yarısında çocuklarda tespit edilmiştir. Amerika, Avrupa, Avustralya, Karaip Adaları, Doğu ve Orta Afrika’da yaygın şekilde görülen AIDS olguları giderek artmış ve tüm dünya ülkelerini tehdit eder duruma gelmiştir.

AIDS tek başına bir hastalık değildir. Birçok hastalığın bir arada seyrettiği bir hastalık grubudur. Ancak AIDS vakalarının büyük çoğunluğunda gözlenen tipik hastalıklar vardır, bu nedenle de AIDS için bir sendromdur demek yanlış olmaz (Beköz ve Songül, 1994: 1). 1983 yılında bu sendroma neden olabileceği düşünülen bir virüs Barre-Sinoussi tarafından izole edilmiş ve LAV (Lenfadenopati-Associated Virüs) adı verilmiştir (Özgüneş, 1992; Piot, 2008; Beköz ve Sarıgül, 1994).

Gailo ve arkadaşları da aynı virüsü izole ederek HTLV-III (Human-T Lenfotropik Virüs) olarak adlandırmışlardır. Bu ilk tanımlanan AIDS etkeni virüse, 1986’da bir komite tarafından HIV-I (Human Immunodeficiency Virüs) adı verilmiştir (Özgüneş, 1992). Bu virüs temel anlamda vücudun dirençli olduğu bazı enfeksiyonlara ve kanserlere karşı savunmasını düşürerek vücudu, bu hastalıkların fırsatçı yaklaşımlarına karşı savunmasız bırakır. HIV virüsü taşıyan bireylerin hangi oranlarda

AIDS hastalığını geliştireceklerine yönelik yapılan çalışmalardan elde edilen bilgiler, farklı sonuçlar vermektedir. Çeşitli kaynaklara dayanarak yapılan araştırmalara göre; enfeksiyonu takip eden ilk beş yıl içinde AIDS hastalığının meydana gelme oranı %6 ile %45 arasında değişmektedir. Aynı istatistikler bu beş yıl içinde %25-%100 arasında gelişecek genel lenfadenopatiden (LAP) söz etmektedir. HIV virüsü ile enfekte olmuş bireylerin her geçen yılla birlikte %12 oranında LAP geliştirecekleri ve bu kişilerin %7'sinin AIDS hastalığına yakalanacakları sonucunu vermektedir (Beköz ve Songül, 1994). Bu oranların yıllara göre yapılan değerlendirmesinde; HIV virüsü ile enfekte bireylerin 50 yıl yaşayabilecekleri sonucu çıkarılırken, sürekli gelişme gösteren bu hastalıkta yaşam süresinin doğruluğunu ispat etmek için henüz yeterli zaman geçmemiştir (Beköz ve Sarıgül, 1994 ; Fauci and Lane, 2005).

2.2. AIDS HASTALIĞININ İNSİDANS VE PREVALANSI

1980' li yılların başında tanımlanan HIV virüsü ve yol açtığı sorunlarla ilgili bilgilerin büyük bir kısmı 1985 yılına gelinceye kadar öne sürülen yaklaşımları doğrulamaktaydı. Ancak virüsün, bulaşma mekanizmasının ve epidemiyolojisinin iyi anlaşılmasına karşın tedavi edici ve aşılama çarelerinin henüz geliştirilememiş olması bazı soruların cevapsız kalmasına ve yeni bir korkutucu hastalığın toplum içinde abartılarak düşünülmesine yol açmıştır (Beköz ve Sarıgül, 1994, Çetin, 1999).

İlk AIDS olgusunun saptanmasından bugüne kadar henüz kısa bir süre geçmiş olmasına rağmen, hastalık bütün dünya ülkelerinde çok hızlı bir artma göstermiş, pek çok ülkeden hızla artan sayıda olgular bildirilmeye başlanmıştır. Enfeksiyon riski, global boyutta dalga şeklinde yayılım göstermektedir. Batı dünyasındaki patlayıcı başlangıcın ardından bir durgunluk hatta gerileme bildirilirken, 3. dünya; Asya ve Afrika çok daha kötü duruma sürüklenmektedir (Erbaydar, 1993).

Dünya Sağlık Örgütü'ne bildirilen AIDS vakalarının zaman içindeki seyri incelendiğinde; Ekim 1987'de 126 ülkeden 62.445 AIDS olgusu bildirilmiştir (Çelebi, 1989). 31 Aralık 1993 tarihli Dünya Sağlık Örgütü raporu, AIDS hastalığı gelişmiş vaka sayısını dünya genelinde 815628 olarak açıklamaktadır, ancak bu sayı sadece rapor edilmiş vakaların sayısıdır (Beköz ve Sarıgül, 1994).

UNAIDS 2009 AIDS Epidemisi Güncelleme ölçümlerine göre 2008 yılı sonu itibarıyla 31.3 milyon erişkin ve 2,1 milyon çocuk HIV'li olarak yaşamlarını sürdürecektir. 2008 içerisinde 2.7 milyon insan AIDS'e neden olan HIV virüsü ile enfekte olacaktır (<http://www.avert.org/worldstatinfo.htm>., Erişim tarihi. 24.08.2010).

Türkiye'de de HIV enfeksiyonlu ve AIDS'li insan sayısı giderek artmaktadır. Diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de HIV enfeksiyonlu kişilerin kesin sayısını tahmin etmek güçtür. Sağlık Bakanlığı'nın bildirdiği HIV enfeksiyonlu kişi sayısının, yalnızca test sonuçlarına göre Bakanlığa bildirilmiş sayılar olduğu bilinmelidir. (Akalin ve Kansu, 1989). Dünya Sağlık Örgütü'nün organize ettiği Global Programme on AIDS, 2000 yılına varıldığında HIV enfeksiyonu bulunan kişi sayısının global olarak 40 milyona ulaşacağını bildirmektedir. Bu artışın nedeni gelişmiş ülkelerin AIDS sorununa yönelik önlemleri almadaki başarısı karşısında, gelişmekte olan ülkelerde soruna gereken önemin verilmemesi ve alınan önlemlerin yetersizliğidir (Ergör, 1993, Başer 1998). HIV taşıyıcı sayısı 2002 yılında 24.4 milyon iken 2004 yılı sonu itibarıyla 25.4 milyona ulaşmıştır. Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Tema Grubu'nun 2002 yılında yayınladığı Türkiye'de HIV/AIDS Durum Analizi raporunda yer alan tahminlere göre, hastalığın ortaya çıkışından itibaren Türkiye'de en az 7 000 ile 14 000 arasında insan AIDS hastalığına yakalanmıştır (<http://www.unicef.org/turkey/sy5/ah10.html>., Erişim tarihi 15.07. 2010). Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan resmi rakamlara göre 1985-2003 yılları arasında HIV/AIDS toplam vaka sayısı 1 712'dir. AIDS'li çocuk sayısı kesin olarak bilinmemekle birlikte, 1985-2003 yılları arasında 18 yaş altı resmen bildirilmiş 78 vaka bulunmaktadır (<http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/2003istatistik>., Erişim tarihi: 18.03.2010).

Kayıt ve bildirim sistemindeki problemler nedeniyle AIDS vakaları hakkında güvenilir sayısal bilgi edinmek Türkiye'de oldukça zordur.

Sağlık Bakanlığı'nın bildirimlerine göre Türkiye'de ilk günden 2006 yılı aralık ayı sonuna kadar bildirilen toplam vaka sayısı 523, taşıyıcı sayısı ise 1921'dir. Toplamda bunların 1 755'i erkek 789'u da kadındır

(<http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/2007istatistik>., Erişim tarihi: 18.03.2010).

TC Sağlık Bakanlığının haziran 2009 verilerine göre; ülkemizde 20-24 yaş aralığında toplam 415, 25-29 yaş aralığında toplam 574, 30-34 yaş grubu aralığında da toplam 598 HIV/AIDS vakasına rastlanmıştır(http://pozitifyasam.org.tr/turkiyede_hiv-aids/tc_saglikbakanligi_hiv-aidsveritabloları., Erişim tarihi: 18.03.2010)

2.3. HIV VİRÜSÜNÜN BULAŞMA YOLLARI

HIV Enfeksiyonu; konak hücre DNA'sına yerleşen retroviruslerin neden olduğu asemptomatik taşıyıcılık durumundan ağır düşünlük ve ölümcül hastalıklara kadar değişen geniş bir klinik tablo ile sonlanabilen bir enfeksiyondur. Bu enfeksiyona bağlı olarak meydana gelen sekonder bir bağışıklık eksikliği sendromu olan AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) ise fırsatçı enfeksiyonlar, malignite, nörolojik işlev bozukluğu gibi durumlarla kendini belli eder (Keklioğlu ve Çelebi, 1995).

HIV virüsünün bulaşma mekanizmasının ana modunu, cinsel ilişki oluşturmaktadır. Diğer bir bulaşma yolu da kan ve kan ürünlerinin kullanılması, uyuşturucu madde bağımlılarının aynı enjektörleri kullanmaları ve kan transfüzyonudur. Vertikal bulaşma ise anneden fetüse olmaktadır. Emzirme yoluyla bulaşma da vertikal bulaşmanın bir uzantısıdır. Bu bulaşma yolları dışında bulaşması ihtimali çok azdır. Friedland ve arkadaşları, 39 AIDS vakasından 68 çocuk ve 33 erişkinin birlikte yaşadıkları aile

bireylerinden ancak bir kişiye AIDS'in bulaştığını saptadıklarını bildirmişlerdir (Sipahioğlu, 1993; Quinn, 2008; Fauci and Lane, 2005).

HIV enfeksiyonu raporlarında yer alan kişilerin %3'ünün bilinen risk davranışlarını göstermemesi, diğer teorik açıklamaların yapılması gereğini doğurmaktadır (Sarigöl ve Beköz, 1994.; Shaww, 1993).

HIV virüsü; beden sıvılarının bazılarında izole edilmiştir. Virüsün yoğun olarak kan, semen, beyin omurilik sıvısında yoğun olarak saptanmasına karşın, gözyaşı, anne sütü, tükürük, idrar ve genital sekresyonlarda daha düşük yoğunlukta bulunduğu saptanmıştır. Vogt, Craven, Witt ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada menstrual siklusun 7 ve 21'inci günlerinde muayene ettikleri HIV antikoru pozitif (+) olan 14 kadının 4'ünde servikal sekresyondan HIV virüsünü izole ettiklerini açıklamışlardır (Sipahioğlu, 1993).

Öpüşme ya da ısırma sonucu HIV virüsünün bulaşıp bulaşmadığının kontrolünde, yapılan testler negatif (-) sonuç vermiştir. Açık yaralara veya mukoz membrana HIV virüsü pozitif (+) olan kişinin tükürüğünün bulaşması sonucu yapılan incelemelerden de bu kişilerin enfeksiyon belirtisi göstermediği anlaşılmıştır. Tropikal ülkelerde sivrisinek ve kan emen böceklerin ağızındaki taze kandan azami olarak AIDS'in bulaşabileceği ileri sürülmüşse de sivrisinek, kene gibi kan emen haşerenin kanında ve organlarında HIV virüsü tespit edilememiştir (Sipahioğlu, 1993).

Halk arasında en çok tedirginlik yaratan konu, AIDS hastalığının yeterince bilinmiyor olmasından dolayı ortaya çıkan ve AIDS hastası ya da HIV virüsü taşıyıcısı kişilerin toplumdan izole edilmesine neden olan doğal ilişki sonucu bulaşma riskinin varlığıdır. Doğal ilişki sonucu bulaşma riskinin var olup olmadığı sorusunu yanıtlama çabaları AIDS olayının ilk açıklandığı zamanlarda başlamıştır ve varılan sonuç; HIV virüsü pozitif (+) ve AIDS hastası kişilerin toplumda var olmasının, günlük yaşantıya katılmalarının, doğal ilişkilerini sürdürmelerinin herhangi bir risk ortamı yaratmadığı şeklindedir (Sarigöl ve Beköz, 1994).

HIV virüsünün ev içi, okul ve gündüz bakım merkezlerinde çocuklar arası bulaşıp bulaşmadığına yönelik çalışmalar yapan Dr Rogers, bu tür bulaşma olasılığının son derece düşük olduğunu ve seropozitif çocuklarla ilişkisi olanlarda pozitif (+) sonuç elde etmediklerini açıklamışlardır. Aynı konuda yetişkinler için 1990 yılında Dr Friedland ve arkadaşları AIDS'li kişilerle günlük ilişkileri olanlarda yapılan araştırmaların negatif (-) sonuç verdiğini belirtmişlerdir (Sarigül ve Beköz, 1994; Quinn, 2008).

HIV virüsünün solunum ve sindirim sistemi yoluyla, aynı ortamda yaşamakla, aynı restoranda yemek yemekle, aynı tualeti ve yüzme havuzunu kullanmakla bulaştığına ilişkin herhangi bir kanıt da bulunmamaktadır (Sax and Walker, 2008). Sandie ve arkadaşları AIDS hastası ile el sıkışmak, yediği gıdaları paylaşmak, okul sıralarında birlikte oturmak, aynı otobüste seyahat etmek gibi yakın temas durumlarında bile bulaşmanın çok az ve çok zayıf bir ihtimal olduğunu belirtmişlerdir (Sipahioğlu, 1993).

HIV virüsünün bulaşma yollarını genel başlıklar altında inceleyecek olursak, bunların 3 ana gruba ayrıldığını görürüz:

2.3.1. Cinsel İlişki Yoluyla Bulaşma

Enfekte semen veya servikal ve vajinal sıvılarla temas sonucunda HIV bulaşabilir. Bu bulaşma yolu HIV virüsünün dünyadaki en yaygın bulaşma şeklidir. HIV herhangi bir enfekte kişiden kolaylıkla cinsel eşine bulaşabilir (erkekten kadına, kadından erkeğe, erkekten erkeğe ve daha az görülmekle beraber kadından kadına). Cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyon hastalıklarının, özellikle de genital bölgede ülserlerin bulunması HIV'in bulaşma şansını arttırır. Bunun sebebi, söz konusu durumlarda daha fazla müköz membranın HIV ile karşılaşması ve bu membranlardan geçişin çok kolaylaşmasıdır (Lindsey, 2003).

Cinsel ilişki yoluyla bulaşma, HIV virüsünün en sık bulaşma şeklidir. Geçtiğimiz yıllara kadar HIV virüsünün cinsel yolla bulaşması denilince ilk akla gelen ilişki, homoseksüel ilişki olmuştur. 1993 Aralık ayında ABD'de AIDS tanısı konmuş adölesan ve erişkin erkek sayısı toplam 355 936 olarak bildirilmiştir. 311 578 AIDS hastası

erkeklerin %62'sinin primer risk faktörü, homoseksüel ilişki olarak açıklanmıştır, buna karşılık HIV virüsünün heteroseksüel ilişkiyle bulaştığı tespit edilen erkek hasta oranı yalnızca %2'dir (Fridman and Downey, 1994). Schwartz ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada semptomu olmayan 177 homoseksüelin %34'ünde HIV antikoru bulunmuş ve bunlardan takibe alınan 38'inin 5'inde iki yıl içerisinde AIDS hastalığının geliştiği görülmüştür. Bu çalışma riskli gruptaki taşıyıcıların %13'ünün iki yıl içerisinde AIDS'e yakalandıklarını göstermektedir (Sipahioğlu, 1993).

Seksüel aktiviteye bağlı olarak kadınların AIDS'e yakalanma oranındaki artıştan, HIV virüsü taşıyan erkeklerle cinsel ilişkiye girmeleri sorumlu tutulmaktadır. Ancak daha sonra diğer etkenlerin araştırılmaya başlanmasıyla heteroseksüel ilişkilerin ve başka unsurların homoseksüel ilişkiye nazaran daha yüksek bulgular taşıdığı açıklık kazanmıştır (Kocaman, 1993). Ayrıca cinsel eş sayısının fazla olması, cinsel eş sayısı fazla olan kişilerle cinsel ilişki kurulması, vaginal, oral veya anal cinsel birleşmede bulunulması, cinsel ilişki sırasında bulaşma riskini arttıran durumlar olarak belirtilmiştir (Erbaydar, 1993; Akalın ve Aksu, 1989).

HIV virüsünün cinsel ilişki yoluyla bulaşmasında davranışsal değişkenlerin yanı sıra, olasılıkla biyolojik faktörlerin de etkisi bulunmaktadır. Genital ülserasyonun ve cinsel ilişkiyle bulaşan diğer hastalıkların, HIV enfeksiyonunun cinsel ilişki yoluyla bulaşması riskini arttırdığı yolunda veriler bulunmaktadır. ABD'de yürütülmüş olan iki çalışmada homoseksüel erkeklerde genital herpesin görüldüğü bildirilmiştir. Plummer ve arkadaşları tarafından 1988 yılında Nairobi'de gerçekleştirilen bir çalışmada, genital ülserasyonların hayat kadınlarında HIV enfeksiyonu için bağımsız bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Day et al., 1994).

HIV virüsünün en yüksek konsantrasyonda bulunduğu beden sıvısı, erkek menisidir. Bu nedenle cinsel ilişkide erkekte erkeğe ve erkekte kadına bulaşma oranı, kadından erkeğe bulaşma oranından çok daha yüksektir. Ayrıca korunmasız ilişki sayısı, genital ülserasyonun veya diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulunup bulunmaması, menstrasyon dönemindeki ilişki gibi faktörler bulaşma oranlarını etkilemektedir. Anal yolla kurulan cinsel ilişki ise bulaşma riskini en çok arttıran

etmemidir. Anal yollu cinsel ilişkide bulunanlarda bulaşmanın, diğerlerine göre 3 kat daha fazla olduğu rapor edilmiştir. Global düzeyde HIV virüsünün bulaşma yollarına dair oranlar incelendiğinde, AIDS vakalarının %75'inden cinsel ilişkinin sorumlu olduğu sonucu elde edilmiştir (Aras, 1994).

2.3.2. Kan ve Kan Ürünleri Yoluyla Bulaşma

HIV ile enfekte kan vericilerinden alınan kan ve kan ürünleriyle HIV bulaşabilir. Ayrıca HIV ile enfekte kişilerden yapılan doku veya organ nakillerinden de HIV bulaşabilmektedir. İğne ve enjektörler gibi çeşitli enjeksiyon ekipmanları ile veya HIV ile enfekte cilt işleme araçları ile de HIV bulaşma söz konusu olmaktadır(Lindsey, 2003). Daha açık bir dille HIV virüsü; cinsel ilişki dışında, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu, organ ya da doku transplantasyonu ve intravenöz yoldan uyuşturucu madde alanların aynı enjektörleri kullanmaları yoluyla bulaşır(Akalın ve Aksu, 1989; Birol ve ark., 1995).

Transfüzyon alıcıları ve hemofililerde gelişen HIV enfeksiyonlarının hemen hemen bütün yüzdesini, parenteral girişimle verilen kan ve kan ürünleri ile olan bulaşmalar oluşturmaktadır. Sağlık personeli arasında da parenteral uygulamalar sonucunda kan yoluyla bulaşma söz konusu olabilmektedir. CDC (Centers for Disease Control) 'nin yaptığı çalışmalardan elde edilen verilere göre iğne yaralanmalarına bağlı olarak HIV pozitif (+) kişilerin kanlarına temas yoluyla 351 vakanın 3'ünde enfeksiyon gelişimi gözlenmiştir.

Transfüzyon amacı ile kullanılan kanların HIV virüsü yönünden kontrol edilmediği koşullarda kan nakli ile bulaşma çok önemli bir sorundur. Transfüzyon alıcılarında, HIV seropozitif bir donörün kanının kullanıldığı vakalarda enfeksiyon mutlaka olmaktadır. Pediatrik hastalar, tüm AIDS'li olguların %1.5-2 sini oluşturmaktadır. Bu vakaların, %10-15'i kan transfüzyonundan çocuk yaşta HIV virüsü ile enfekte olmaktadır (Sarigül ve Beköz, 1994a).

Fincher ve arkadaşları, risk faktörü olmayan heteroseksüel bir erkekte, geçirdiği cilt operasyonu sonucu aldığı iki ünite kandan 7 hafta sonra AIDS hastalığının belirtilerinden bir kısmını saptadıklarını ve hem ELISA hem de Westem Blot yöntemini uygulayarak HIV antikorunun pozitif (+) bulunduğu sonucunu bildirmişlerdir. Bu hastaya kan veren donörlerden birinde de HIV virüsünün pozitif (+) olduğu görülmüştür (Sipahioğlu, 1993).

Curran ve arkadaşları, transfüzyon yapılan 18 kişide, kan alımından 15-57 ay sonra HIV antikoru pozitifliğini (+) ve bunu takiben hastalığın ortaya çıktığını açıklamışlardır (Sipahioğlu, 1993).

Bu iki araştırma; hem transfüzyonla AIDS'in geçtiğini hem de hastalığın ortaya çıkış süresinin 1-5 yıl arasında değiştiğini, buna karşın kanda HIV antikoru teşekkülünün 4-6 hafta gibi çok daha kısa süre içerisinde oluşabileceğini göstermektedir (Sipahioğlu, 1993). Bu nedenle kan alınması ya da kan verilmesi gerekiyorsa, tüm kanların ve kan ürünlerinin kontrolleri yapılmalı ve kontrol edilmeden kanlar kullanılmamalıdır. Kan şişelerinin üzerinde, kan grubunun yanında "AIDS antikoru (-)" kaydı da bulunmalıdır (Biol ve ark., 1995).

Enfekte kişilerden yapılan organ ve doku nakilleriyle de bulaşma olabilmektedir. Steher ve arkadaşları Batı Berlin'de yaptıkları bir çalışmada; 5 uyuşturucu madde kullanan donörden alınan böbreklerin yapılan transplantasyonundan sonra alıcılarda 2-7 hafta sonra ateş ve dalak büyümesi tespit ettiklerini ve 8 ay sonra da HIV antikoru pozitifliği (+) saptadıklarını bildirmişlerdir (Sipahioğlu, 1993).

HIV enfeksiyonu için önemli risk gruplarından biri de intravenöz yoldan uyuşturucu madde kullananlardır. Madde kullanım boyutlarının yüksek rakamlara ulaştığı ülkelerde, damar içi madde kullananlar, AIDS hastalığının gelecekteki insidansını tespit etmek için önemli bir grup olarak kabul edilmektedir (Beyazyürek, 1993).

23 Mayıs 1990 yılında bildirilen 35.159 AIDS vakasından, madde kullananların oranı 1986 yılında %20.5 iken 1989'da bu oran %36 ya çıkmıştır. Tüm vakalar ele

alındığında, erkek-kadın oranı 6.5/1 iken uyuşturucu madde kullananlarda bu oran 3.3/1 gibi bir farklılık göstermektedir (Beyazyürek, 1993).

İntravenöz yoldan uyuşturucu madde kullananların enjektörlerini paylaşmaları nedeniyle meydana gelen HIV virüsünün bulaşması, çoğu kez cinsel ilişki ile birlikte seyrediyor olmasına karşın, son zamanlarda yüksek veriler göstermiştir. İntravenöz yoldan uyuşturucu madde kullananlar, aynı zamanda homoseksüel, biseksüel ya da hayat kadınları ile cinsel ilişkide bulunmaları, bu gruptaki olguların bulaşma riskini arttırmaktadır. (Sipahioğlu, 1993).

HIV virüsünün, organizma dışında canlılığını koruma şansı çok düşüktür, ancak enjektör ya da enjektör iğnesinde kan artıklarının bulunması, bu olasılığı azaltmaktadır. Çıplak gözle görülemeyecek kadar küçük kan artıklarında bile, virüsün canlılığını koruyabildiği bildirilmiştir. HIV virüsü taşıyan intravenöz yoldan uyuşturucu madde kullanan kişilerin kullandıkları enjektörler bir hafta sonra incelendiğinde de, her birinde virüs tespit edilmiştir (Beyazyürek, 1993).

2.3.3. Perinatal Bulaşma

HIV virüsünün vertikal bulaşma yolu olan, hamilelik sırasında anneden bebeğe bulaşma oldukça iyi bilinmekteyse de bu yola ait istatistiksel bilgiler; örneğin risk faktörlerinin açıklanmasında veya oranların belirtilmesinde geniş yüzde aralıkları bildirmektedir. Perinatal bulaşma 1980 yılına kadar %65-70'lere varan yüzdelerle ifade ediliyordu. Ancak son zamanlarda bu yüksek oranlar kabul edilmese de, bu oranın %20 ile %50 arasında olduğu bildirilmektedir (Sarigül ve Berköz, 1994a).

HIV virüsünün anneden fetüse geçişi; gebelik sırasında (inutero/ transplasental), doğum sırasında (kan veya vaginal sekresyonlarla) ya da doğum sonrası emzirme yolu ile olabilmektedir. HIV virüsünün anneden fetüse geçişinin en fazla transplasental yolla olduğu belirtilmektedir. Enfekte anneden fetüse HIV virüsünün geçiş hızı %13-43 arasında değişmekte ve ortalama %50 kabul edilmektedir (Bayık, 1994).

Ragni ve arkadaşları hemofilili bir hastanın 5 aylık çocuğunda ağızda mantar enfeksiyonu, pnömonitis, lenfadenopati, hepatosplenomegali ve sellüler immün yetmezlik bulguları ile AIDS hastalığının geliştiğini, çocuğun anne ve babasında Pre-AIDS (fırsatçı enfeksiyonu bulunmayan, Kaposi sarkomu olmayan, AIDS'in bekleyen durgun formu) belirtileri bulunduğunu, hastalığın babadan anneye bulaştığını ve anneden vertikal bir geçişle çocuğun hastalandığını bildirmişlerdir (Sipahioğlu, 1993).

HIV virüsü ile enfekte bebeklerin %80'inde anneden geçiş gösterilmiştir, ilk pediatrik olgu 1982 yılında saptanmış olup, Ocak 1993 yılına kadar dünyada 1 milyon çocuğun HIV virüsü ile enfekte olduğu ve 10 yıl içinde bu sayının 10 milyona ulaşacağı bildirilmektedir (Bayık, 1994).

HIV virüsünün gebelik sonucuna etkisi incelendiğinde; erken membran rüptürü, düşük doğum ağırlıklı prematüre bebek doğumlarına, prematür bebek ölümlerine yol açtığı, ancak spontan abortus ve ölü doğuma neden olmadığı gösterilmiştir (Bayık, 1994).

1990 yılına kadar yapılan çalışmalarla perinatal bulaşmanın gebeliğin ilk veya ikinci trimesterinde olduğu açıklanmıştır. Ancak çalışmaların ilerletilmesi ve araştırma boyutlarının genişletilmesi sonucunda perinatal bulaşmanın gebeliğin son zamanlarında veya doğum sırasında (enfekte kan veya sekresyonla teması ile) ve emzirme dönemi içinde olduğuna dair ısrarlı sonuçlar elde edilmiştir. Ancak milyonlarca bebek ölümlerine neden olan diyare, priömoni, malnütrüsyon gibi hastalık ölümlerinin önlenmesinde anne sütünün önemi göz önüne alınacak olursa, Dünya Sağlık örgütü özellikle bebek ölümlerinin yaygın olduğu toplumlarda HIV virüsü ile enfekte annelerin bile emzirmeyi sürdürmesini önermektedir (Bayık, 1994).

Anneden bebeğe HIV bulaşma riskini arttıran faktörler ileri dönem HIV enfeksiyonu, düşük CD₄+ T hücre sayısı, yüksek viremi, annede vitamin A eksikliği, koryoamniyonit ve funisit varlığı, doğum eyleminin uzaması, membran rüptürü ile doğum arasındaki sürenin uzun olması, fetal-kafa derisi elektrod uygulaması, epizyotomi ve servikal/vajinal laserasyondur. Gebelik sırasında geçirilen akut HIV enfeksiyonu da bulaşma riskini arttırır(WHO/UNAIDS, 1999).

Sonuç olarak;-dünyada, çoğu gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere, saptanmış olan 13 milyon civarındaki HIV pozitif (+) hastanın 1 milyonu çocuktur ve bunlar 5 yaşlarını tamamlayamadan öleceklerdir (Çevik, 1994).

2.4. AIDS HASTALIĞININ TANI YÖNTEMLERİ

AIDS hastalığının tanısını koyduracak kesin bir test 1983 yılına kadar bulunamamıştır. Bu durumda sadece klinik bulgular, immünolojik bozukluk, fırsatçı enfeksiyonlar ile AIDS hastalığının tanısı konulmaya çalışılmıştır. Gallo ve Montagnier'in yürüttüğü araştırmalar sonucunda virüsün izolasyonu sağlanmış ve serolojik antikor testleri geliştirilmiştir. Bu testler enfekte bireylerde virüs antijenlerine karşı oluşan antikor yanıtının belirlenmesine yardımcı olmaktadır (Sipahioğlu, 1993; Neyzi ve Yolsal, 1997).

AIDS hastalığının tanısında en yaygın kullanılan serolojik testler şunlardır (Sipahioğlu, 1993):

1. HIV-Antijen tayini için (EIA) Enzyme Immuno Assay.
2. ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbant Assay) ile serum antikorlarının taranması.
3. Immunoblotting-Western Blot Yöntemi (WB).
4. Indirekt Immunoflorescence (Immunofloresan Yöntemi) (IFA).
5. Radioimmunoprecipitation Assay Yöntemi (RIPA).

HIV virüsü ile karşılaşıldıktan sonra birinci-ikinci hafta arasında başlayan, gittikçe artan ve 7-8 hafta içinde gittikçe azalan bir antijenemi oluşmaktadır. Bu antijenemi sırasında hastalarda hafif ateşli viral sendrom veya gribal bir enfeksiyon tablosu izlenmektedir. Homoseksüel veya kan transfüzyonu yapılan kişilerde uygulanan çalışmalarda enfeksiyonun zamanı (virüsün girişi) ile serumda antikorların belirlenmesi

(serokonversiyon) arasında 6 ile 8 haftalık bir sürenin geçtiğini göstermektedir (Sarigül ve Berköz, 1994b). Bir kişinin HIV virüsü ile temas edip etmediğini ya da o kişide antikor gelişip gelişmediğini belirleyen testlerden en sık kullanılanları; EIA (Enzyme Immuno Assay) ve ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbant Assay)'dır (Ustaçelebi, 1999). ELISA testi sonucunun pozitif (+) olması, kişinin etken virüsle temas ettiğini, antikor geliştiğini, AIDS hastası ve/veya taşıyıcısı olduğunu göstermektedir. Ancak ELISA testinin %3-7 oranında yanlış sonuç verme ihtimali olduğundan, bu test sonucu bulunan pozitiflik (+) ikinci bir test ile doğrulanmadan hastada HIV virüsünün varlığı kabul edilmemektedir. ELISA testi ile serum antikor taranması gerçek sonucu vermedikçe de testin doğrulanmasında hastanın serumundaki antikorların hangi antijenik yapılara karşı geliştiği Western-Blot yöntemi ile daha güvenilir şekilde gösterilir. Dünya Sağlık Örgütü AIDS uzmanlar kurulu tarafından tavsiye edilen Western-Blot yöntemi, AIDS şüphesi olan hasta serumunda, plazmasında ve diğer beden sıvılarında (tükürük, serebrospinal sıvı, gözyaşı gibi) HIV antikorlarını tespit etmek için kullanılmaktadır. ELISA testi sonucunun negatif (-) olması ise kişinin etken virüs ile temas etmemiş olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra; HIV virüsü ile temas ettiği düşünülen vakalarda ELISA testi sonucunun negatifliği (-) antikorun gelişmediğini veya antikor gelişmesi için yeterli sürenin henüz geçmediğini de düşündürülebilir (Özinel, 1993; Okay, 2006).

İndirekt Immunofluorescence (IFA) testi de genellikle ELISA testi sonucunun doğrulanması için kullanılmaktadır. Ancak sonuçların değerlendirilebilmesinde floresan mikroskobu gerekmektedir (Sipahioğlu, 1993).

Radioimmunoprecipitation Assay (RIPA) testi için de radyoizotop madde kullanma zorunluluğu bulunmaktadır. Bu açıdan pahalı bir yöntemdir. Western Blot yönteminden alınan sonuçlar tam olarak anlaşılamadığı zaman, Western Blot'dan daha hassas olduğu için RIPA yöntemine başvurulmaktadır (Sipahioğlu, 1993; Erensoy; 1993; Okay, 2006).

2.5. AIDS HASTALIĞININ KLİNİK YÖNÜ

AIDS vakalarının çok yönlü tedaviler gerektiren bir takım hastalık grubunun komplike olduğu bir sendrom olduğu ve hastaların bazı hastalıklar nedeniyle pek çok kez hastane şartlarına ihtiyaç göstermeleri, bu hastalarla ilgilenecek ekibin de multidisipliner şekillenmesini gerektirmektedir (Sarigül ve Beköz, 1994c).

HIV virüsü ile enfekte hastalarda klinik tablo, virüsün yerleşip immün sistemi bozmasından sonra, çeşitli enfeksiyon etkenlerinin yaptıkları yıkımlar sonucu oluşur. AIDS'li hastalarda görülen bu etkenler, çeşitli virüsler, bakteriler, mantarlar, parazitler olup hepsi de fırsatçı patojenlerdir. Bu fırsatçı enfeksiyonlar, immünitesi sağlam olanlarda görülenden daha ağır seyrederek, kronikleşir ve sağaltıma daha az yanıt verirler. AIDS'li hastaların ölüm nedenleri arasında %88'inden fırsatçı enfeksiyonlar, %7'sinden tümörler, %5'inden diğer hastalıklar sorumludur (Yücel, 1994; Sax and Walker , 2008).

AIDS hastalığının hızla ölüme götüren akut bir hastalık olduğu tarzında yanlış bir kanı vardır. HIV virüsü ile enfekte olan bir kişide aylar hatta yıllar sonra AIDS hastalığının semptomları görülebilir (ortalama 18 ay). Bazı kişilerin 4 yıldan daha uzun bir süre semptom vermediği belirtilmiştir(Birol ve ark., 1990)

2.5.1. AIDS Hastalığının Belirtisi Olan Fırsatçı Enfeksiyonlar

(Opportunistik Enfeksiyonlar)

Pneumocystis Carinii'nin (PCP) neden olduğu pnömoni AIDS olgularının en sık karşılaştığı enfeksiyondur(%85). Genellikle yavaş gelişim gösteren enfeksiyon nefes darlığı, kuru öksürük, gece terlemesi ve göğüs ağrısı gibi belirtiler verir.

AIDS olgularında rastlanan diğer bir enfeksiyon olan Mycobakterium Avium-Irriracellulare'de (MAC), kilo kaybı, gece terlemesi, ateş diyare gibi nonspesifik semptomlar gözlenir. Mycobakterium tuberculosis enfeksiyonu, daha çok AIDS'in

erken dönemlerinde görülmektedir. HIV virüsü ile enfekte kişilerde, yıllık aktif tüberküloz gelişim riski %10 olarak saptanmıştır (Biberoğlu, 1996).

AIDS vakalarında en yüksek mortaliteye sahip enfeksiyon ise Cytomegalovirüs (CMV) enfeksiyonudur ve ölen AIDS'li hastaların yapılan otopsilerinde %90 oranında bu virüse rastlanmıştır. CMV, gastrointestinal sistemin çeşitli bölgelerini tutmakla birlikte, sıklıkla kolonda yerleşmektedir. Özofagusta yerleşim gösterdiğinde disfaji ve retrosternal ağrı, ince barsak enfekte olduğunda malabsorbsiyon ve steatore, kolon tutulumunda sulu, kanlı ve çok mukuslu kronik diyare ile kolit tarzında seyretmektedir. Daha az sıklıkla intestinal ülser, toksik megakolon ve intestinal perforasyona yol açabilmektedir (Ustaçelebi, 1999).

Oral Candida'da denilen Candida Albicans, AIDS olgularında sık rastlanan (daha çok sigara içenlerde) ve immün dengenin bozularak HIV enfeksiyonunun AIDS'e doğru ilerlediğini haber veren ağız içi fungal enfeksiyondur. Epstein-Barr virüsünün yol açtığı Oral Saçlı Lökoplaki (OSL-Hairy Leukoplakia), bugün sadece HIV enfeksiyonunda görülmektedir. Uçuklar (Herpes Simplex), ağrı ve kaşınma hissi ile ortaya çıkar. Meydana gelen genital lezyonlar HIV virüsünün bulaşmasını arttırıcı özelliktedir (Özgenç, 1994).

2.5.2. AIDS Hastalığında Gelişen Fırsatçı Tümörler

HIV enfeksiyonu bulunan hastalarda kanser riski diğerlerine göre çok daha fazladır. En sık rastlanan kanserler ise Kaposi Sarkomu (KS) ve non-Hodgkin Lenfoma'dır. Nedeni henüz bilinmeyen Kaposi Sarkomu gelişmiş hastaların ciltlerinde açık pembe renkte, ağrısız birkaç milimetre ile birkaç santimetre arasında değişen ve zamanla mor renge dönüşen lezyonlar oluşur ve bunlar ilerleyen dönemde ülserleşir. %50 oranında gastrointestinal sisteme çoğunlukla da ince bağırsaklara yayılım gösterir. Lenfadenopati ile birlikte seyredebilir ve enteropati ile diyare görülebilir. Kaposi Sarkomu, bazı AIDS vakalarında minör bir bulgu olarak ortaya çıksa da, çoğu durumda görüntü bozukluğu, psikolojik stres, ağrı, beslenme bozukluğu, kanama gibi klinik

sorunlar meydana getirir (Sarigül ve Beköz, 1994; Volberding, 2008).Çene ve yüzün nörolojik problemleri arasında trigeminal neuralgia ve fasial sinir felci bulunur. Burkitt Lenfoma, orofarenksin ve oral kanalın epidermoid kanserleri, diğer kanser türlerine nazaran daha az sıklıkla görülmektedir (Ergin, 1988).

2.6. AIDS HASTALIĞININ TEDAVİSİ

HIV virüsü dış ortama karşı dayanıksız bir yapıya sahip olduğundan ve her ortamda serbestçe bulunmamasından dolayı, bulaşmasını önleyici ilkelere uyulduğunda taşıyıcı durumda olan bireyler toplumda tehlike oluşturmamaktadır. HIV virüsünün vücuttaki varlığı asemptomatik dönemde günlük yaşantıyı etkileyecek herhangi bir engel yaratmaz, bu da bireyin normal yaşantısını sürdürebilmesini sağlar. Ancak enfeksiyonun akut döneminde ve AIDS'in geliştiği son dönemde özellikle fırsatçı enfeksiyonlar ciddi boyutlarda baş gösterdiği zaman hastanın bakıma gereksinimi olabilir. Fakat bakımın büyük bir kısmı hastane dışında evde sürdürülmektedir. Bu nedenle de hastaya ve yakınlarına fiziksel bakım, hasta gereksinimleri, AIDS hastalığının yayılımının nasıl önleneceği ve fırsatçı enfeksiyonların nasıl kontrol edileceği konusunda eğitim verilmesi gerekir (Neyzi ve Yolsal, 1997).

Fırsatçı enfeksiyonlar hastalığın tablosunu oluşturur. Bu enfeksiyonlardan Pneumocystis Carinii Pnömonisi'nin tedavisinde trimethoprim (TMP) veya pentamidine kullanılabilir. Bunlara sulfamethoxazole (SMX) eklenerek 21 gün boyunca intravenöz tedavi uygulanır. TMX-SM'un yan etkileri bulantı, kusma, ateş, vücutta döküntüler ve lökopenidir. Bulantı ve kusması olan hastaya; önerilen antiemetik ilacını içmesi, yemeklerini az az ve sık sık yemesi söylenmelidir. Absorbsiyonu engelleyeceği için antiasit kullanılması sakıncalıdır. Pentamidine intramüsküler olarak uygulanıyorsa enjeksiyon bölgesi devamlı değiştirilmeli ve enjeksiyon yapılan bölgeye ılık pet uygulanmalıdır. Pentamidine'nin intravenöz olarak kullanıldığı durumlarda ise ilacı uygulamadan önce hastanın kan basıncı ölçülmelidir. Kan basıncı stabil oluncaya kadar

infüzyon sırasında ve sonra 15 dakikada bir ölçüm yapılmalıdır. Uygulanabilecek ilaç rejimleri uzun süreli antibiyotik tedavilerini içerir. İntravenöz ya da intramüsküler yolla Amikacin, peroral yolla Klofazimine, Ethambutol ve Rifampisin kombine ilaç tedavisi uygulanır. Ateş, taşikardi, iştahsızlık, kaşıntı ve kızarıklık gibi hipersensitif belirtileri yönünden hasta gözlenmelidir (Ergin, 1988; Masur et al., 2008).

Myobacterium Avium-Intrasellulare'nin tedavisinde; Clarithromycin veya Azithromycin tedavisine ikinci ilaç olarak Ethambutol eklenir. Bu kombine ilaç tedavisine Rifampin, Rifabutin, Ciprofloxacın, Amikacin, Clofazimine seçeneklerinden biri önerilmektedir ve 2-8 haftada genellikle tedaviye yanıt alınabilmektedir.

Mycobacterium tuberculosis de 4'lü tedavi uygulanır.

Isoniazid+Rifampin+Ethambutol+Pyrazinamid tedavisi 2 ay sürdürüldükten sonra Isoniazid+Rifampin ile tedavi 1 yıla tamamlanır (Biberoğlu, 1996).

Cytomegalovirüs (CMV) ensefalitinde ateş, baş ağrısı, uyku bozuklukları, mental durum ve kişilik değişiklikleri, konfüzyon sık görülen bulgulardır. Bu enfeksiyon tedavisinde Gansiklovir kullanılmaktadır. CMV retiniti, AIDS hastalarında sık rastlanan oküler enfeksiyondur. Hastalık ilerleyici olup tedavi edilmezse körlükle sonuçlanmaktadır. Bu enfeksiyonun tedavisinde de intravenöz olarak Gansiklovir kullanılmaktadır. Gansiklovir'in en önemli yan etkisi ise reversibl lökopenidir.

Oral Candidiasis %10 ile %25 arasında özofagusa yayılım gösterir. Özofagal Candidiasis'in klinik bulgular yutma güçlüğü, göğüs ağrısı ve retrosternal ağrıdır. Nystatin, Clotrimazole, Ketoconazole, Amphotericin, Fluctocyne gibi ilaçlar Candidiasis tedavisinde kullanılır. Herpes Simplex ve Herpes Zoster'in tedavisinde oral veya intravenöz Acyclovir uygulanır (Biberoğlu, 1996).

Kaposi Sarkomu tedavisinde; immün sistem yıkımını durduran etkisinden dolayı Kaposi Sarkomu gelişimini geciktirdiği için Zidovidin kullanılmaktadır. Kaposi Sarkomu'nda gelişen ağrı ve disfonksiyonun tedavisinde de en sık kullanılan tedavi yöntemi radyoterapidir. Daha derin lezyonlarda ise elektron tedavisi gerekmektedir (Sarığül ve Beköz, 1994c; Masur et al., 2008).

2.7. AIDS HASTASININ BAKIMI

Akut enfeksiyöz bir hastalık olan AIDS'in hemşirelik bakımı, geniş boyutlu profesyonel hemşirelik becerileri, etkili eğitim ve danışmanlık hizmetleri gerektirir.

2.7.1. Beslenme

Yeterli beslenmenin sürdürülmesi erken girişimlerin en önemlisidir. Beslenme durumunun saptanmasında hastaların vücut ağırlığı, antropometrik ölçümler esas alınmalıdır.

AIDS'li hastalarda iştahsızlık büyük bir sorundur. İmmün sistemin bozulması ile birlikte iştahsızlık bireyi yorgun düşürür. Ağız veya özofagusta fezyon varsa yumuşak yiyecekler, sıvı içecekler verilmelidir. Yemeklerden önce verilen lokal aneztezik solüsyonlar yutmayı kolaylaştırabilir. Bazı durumlarda ise hastanın nazogastrik tüple beslenmesi gerekir (Lindsey, 2003).

2.7.2. Kas iskelet Bozuklukları ve Yorgunluk

HIV virüsü ile oluşan miyopatiler ciddi ve sakatlık bırakıcıdır. Miyopati hastalarda yardımcı cihazlar ve az enerji kullanılmasını sağlayan teknikler, proksimal kas zafiyetini en aza indirmede yardımcı olurlar. Egzersizlerin şekli ve etkinliği gözden geçirilmeli, hafif egzersiz programları düzenlenmelidir (Güler ve ark., 1993).

AIDS hastasının karşılaştığı bir başka sorunda kronik yorgunluktur. Kronik yorgunluğun en yaygın nedeni ise pulmoner yetmezliktir. Dispne ile birlikte olan anksiyeteyi azaltmak için hastaya relaksasyon teknikleri öğretilmelidir. Hırıltılı solunum ve öksürük için buhar banyoları uygulanabilir. Ayrıca bronkodilatatörler önerildiği şekilde kullanılmalıdır. Oksijen tedavisi bireyin daha rahat olmasını sağlar. Oksijen tedavisine bağlı ağız kuruluğu gelişirse sık sık ağız bakımı verilmelidir (Bırol ve ark. 1995).

2.7.3. Gastrointestinal Sisteme Ait Komplikasyonlar

AIDS'li hastalarda diyare ve malabsorbsiyona bağı kilo kaybı ve kaşeksi sık görülür. Diyareyi kontrol altına almak için ilk olarak her sulu feçesten sonra antidiyaretik ilaçlar verilmeye çalışılır. Eğer feçesin sayısı ilacın günlük maksimum dozundan fazla ise maksimum doz saatlere göre ayarlanmalıdır. Hastada fekal impaktı önlemek için konstipasyon yönünden gözlenmelidir. Hastaya az lifli, yumuşak diyet alması, süt ve süt ürünlerini diyetten çıkarması önerilmelidir. Diyare, ateş ve gece terlemelerinden dolayı elektrolit dengesizliği gelişebilir. Hastaya gerekli sıvı, ağız yoluyla verilmelidir. Elektrolit dengesizliği ve dehidratasyonun belirtileri izlenmeli ve geliştiğinde doktora haber verilmelidir (Birol ve ark., 1995).

2.7.4. Deri Bütünlüğü

Deri ile ilgili bozukluklar, immün fonksiyon hasara uğradığı zaman görülür. Genellikle bulaşıcı değildir. Ancak bulunduğu bölgenin aktivitesini azaltır. Oral ve özofageal lezyonlar ağırlı olur. Oral Candidiasis, ağızda tat bozukluğu, yutma güçlüğü ve ateş yapar. Kadınlarda vaginal candidasis ilerleyen hastalığın tanı işareti olarak değerlendirilir. Kortizol ve fungusitler lokal ve sistemik olarak uygulanmalı, düzenli aralıklarla perine ve anüs temizliği yapılmalıdır. Dermatit oluşan vakalarda, steroidli yağlı kremler ve özel sabunlar yarar sağlar (Birol ve ark., 1995).

2.7.5. Ağrı

AIDS'de ağrının prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda, AIDS'li hastaların %50 kadarında ağrı ortaya çıkmıştır. Bu çalışmalarda göğüs ağrısının %22, baş ağrısının %13, oral kaviteye bağı ağrıların %11, batın ağrısının %9 ve periferik nöropatinin %6 oranında olduğu gösterilmiştir. Ağrı özellikle terminal evredeki hastalar için problemdir. Santral sinir sistemi tutulması, dispne, hareketsizlik, malignite veya enfeksiyon sonucu ağrı gelişebilmektedir. Bunun yanı sıra hastalığın son dönemlerinde %53 oranında periferik nöropati, batın ağrıları ve baş ağrıları oluştuğu, Kaposi sarkomunun alt ekstremitelerde %45 oranında ağrıya yol açtığı belirtilmiştir (Erdine, 1992).

AIDS’li hastada ağrının medikal tedavisinde ağrı kesici ilaçlar, önerildiği şekilde düzenli aralıklarla kullanılmalıdır. Ayrıca reaksasyon ve masaj teknikleri uygulanarak ağrının giderilmesine çalışılmalıdır (Ergin, 1988).

2.7.6. Nörolojik Semptomlar

AIDS demansı olarak da bilinen HIV ensafalopatisi, AIDS’li olguların çoğunda ortaya çıkar. HIV virüsü ile enfekte kişilerin %65’inde kognitive defektler gözlenir. İlk belirtiler hafıza kaybı, apati ve depresyon şeklindedir, ileri dönemlerde anlama defektleri, konuşma bozuklukları, reflekslerde artma gibi bozukluklar ortaya çıkabilir. HIV ile enfekte kişilerde hemipleji, hemiparazi, hemisensoriyel kayıp da mevcuttur.

AIDS’li olguların %11 ile %22’sinde “vakuolar miyelopati” görülebilir. Klinik olarak posterior kolona ait duyu kaybı, nörojenik mesane ve barsak disfonksiyonu, ataksi ve spastisite ile kendini gösterir.

Hastaların her zaman gözlem altında tutulmaları gerekir. Birey kendi gereksinimlerini karşılamada güçlük çekebilir. Temel gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olunmalıdır. Ayrıca hastaya güvenli bir çevre de sağlanmalıdır, (Lindsey 2003).

2.7.7. Psikososyal Bakım

AIDS; psikososyal yaklaşım gerektiren medikal bir hastalıktır. Çeşitli tıbbi müdahale ve tedavileri gerekli kılmakla birlikte psikiyatrik bozukluklar, psikolojik sorunlar ve toplumsal etkiler oluşturmaktadır. Yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak bireyde krize neden olmakta, inkar, şoke olma, panik, kaygı, çaresizlik, korku, suçluluk, elem, terk edilme ve ölüm gibi düşünce ve duygulara yol açmaktadır. Yaşam amaçlarının kaybı, ayrılma, aile ve çevre tarafından reddedilme, sosyal izolasyon hasta üzerinde ciddi zorlanmalar yaratmaktadır. Uyum bozuklukları ve terminal dönemde gelişen demans acil yardım gerektiren durumlardır. AIDS hastalarında depresyon önde gelen bozukluk olarak ortaya çıkmakta ve bu hastaların %40’ında intihara eğilim görülmektedir (Erdine, 1992; Lindsey, 2003).

Psikolojik destek ve bakım ile; hastanın uyumu, hastalığın güçlükleriyle baş edebilmesi, yaşam kalitesinin arttırılması, yeni duruma uyum, aile ve arkadaşları ile ilişki ve etkileşimin sürdürülmesi, içsel denge ve kendilik değerinin korunması, yaşama umudu, kaliteyi ve mücadeleyi koruyup sürdürürken belirsiz geleceğe hazırlanması amaçlanmalıdır. Bunun yanında psikoterapötik ilaçlar ve antidepresanlarla hastanın psikolojik olarak rahatlaması sağlanmalıdır. (Lindsey, 2003; Güler ve ark., 1993).

3. SAĞLIK PERSONELİNDE HIV ENFEKSİYON RİSKİ VE ENFEKSİYON KONTROLÜ

3.1. HIV ENFEKSİYON RİSKİ

HIV enfeksiyonu ve AIDS, insidansın hızlı artış göstermesi, mortalitenin yüksek olması ve bulaşıcı olması nedeniyle ilk kez tanımlandığı 1980'li yılların başından bu yana halen güncelliğini korumakta ve giderek önemi artmaktadır. Literatürde HIV / AIDS'in bulaşma ve yayılma riski açısından yaşamsal önemi olan mesleklerin başında diş hekimi, doktor, hemşire ve sağlık teknisyeni gibi sağlık bakımı çalışanlarının yer aldığı belirtilmektedir (Akyolcu, 1995).

Sağlık bakım sisteminde çalışan tüm görevliler sahip olduktan bilgi, beceri ve davranışlarını kullanarak sağlıklı ya da hasta bireye en iyi hizmeti sunmaya çalışırlar.

Sağlık çalışanlarının hasta kanlarıyla temas oranlarının yüksek olması, bu kişileri, HIV enfeksiyonuna karşı ciddi boyutlu riskler altına sokmaktadır. Ancak şu da bir gerçektir ki, HIV prevalansının düşük olduğu yörelerde sağlık çalışanlarının çok düşük yüzdeler vermesinin yanında, iyi bilgilendirilmiş çalışan kadrosu ve bu kadronun iyi organize edilmesi, yapılan çalışmalarda rutin işlerin aksatılmaması ve kurallara uyulması sonucunda, HIV prevalansının yüksek olduğu yerlerde bile düşük mesleki nedenlerle bulaşma oranları gösterilmiştir.

CDC'nin 1993'te başlattığı sağlık bakımı çalışanlarının gerçek risk durumlarını belirlemeye ilişkin çalışmaların 1988 Temmuz raporunda enfeksiyonlu hasta kanıyla karşılaşmış 1 201 000 sağlık bakım çalışanının 751'inin hemşire olduğu açıklanmaktadır (Akyolcu, 1995).

1990 yılında 327 sağlık çalışanına HIV virüsünün bulaştığı rapor edilmiştir. 1993 yılında ise Birleşik Devletlerde rapor edilmiş 29 serokonversiyon vakası bulunmaktadır. Diğer ülkelerden gelen raporların da eklenmesi ile oldukça kabarık sayılar ortaya

çıkmağa başlamaktadır. Ancak önemle belirtilmelidir ki, sağlık çalışanlarına HIV virüsü bulaşma oranını sabit olarak vermek etkileyici yan faktörlerin çok değişken ve fazla olması nedeniyle imkansızdır.

Gerçekte AIDS'in diğer bulaşıcı hastalıklardan ayrı ele alınması gereksizdir. HIV virüsünü taşıdığı çoğu kez bilinmediğinden sağlıklı görünen bireylerin gizli enfeksiyonlu olabileceği düşünülerek tüm kan ve beden sıvıları enfeksiyöz olarak kabul edilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır (Akyolcu, 1995).

3.2. HIV VİRÜSÜNÜN BULAŞMASINI ÖNLEMEN İÇİN ALINMASI GEREKEN GENEL ÖNLEMLER

HIV virüsüyle veya kanda bulunan diğer patojenlerle enfekte olan bütün hastaların, tıbbi anamnez ve muayene ile güvenilir bir şekilde ortaya konması mümkün olmadığından, hastaların kanlarıyla ve beden sıvılarıyla ilgili gereken önlemler tüm vakalarda uygulanmalıdır. Bu önlemlere özellikle acil servise getirilen hastalarda son derece dikkat etmek gerekir; çünkü bu vakalarda hastanın kanıyla temas olasılığı yüksektir ve hastanın enfekte olup olmadığı genellikle bilinmez.

HIV virüsünün bulaşmasını önlemek için alınması gereken genel önlemler şunlardır (Akyolcu, 1995):

1. Herhangi bir hastanın kanıyla veya beden sıvılarıyla doğrudan temas olasılığı varsa, deri ve mukozalardan herhangi bir bulaşma olmaması için bütün sağlık personelinin uygun koruyucu önlemleri alması şarttır. Hastanın kanına ve beden sıvılarına, mukozalarına veya derideki yaralı bölgelere dokunulacağı; hastanın kanının veya beden sıvılarının kirlettiği malzemelere temas edileceği; verilere veya diğer damarlara girişim yapılacağı zaman mutlaka eldiven kullanılmalı ve eldivenler her bir hastaya dokunulduktan sonra

değiştirilmelidir. Bazı durumlarda aynı hastaya bakım verilirken de eldivenlerin değiştirilmesi gerekir, (örneğin; hastanın enfekte yarasına dokunulduktan sonra hastanın temiz bölgesinde işlem yapılacaksa). Kullanılan eldivenler yıkanıp dezenfekte edilmemelidir. Dezenfektan ajanlar eldiven materyalini bozup onun koruyuculuk etkisini azaltabilir, gözle görülmeyen delikler açabilir.

Yapılması gereken işlemler bittikten sonra eldivenler çıkarılmalıdır ve eller kirlensin veya kirlenmesin HIV virüsünü öldüren antiseptiklerle yıkanmalıdır. Eller, sabun ve sıcak su ile iyice yıkandıktan sonra %0.2'lik sodyum hipoklorid (çamaşır suyu) veya %25 etil alkol solüsyonunda yarım dakika tutulmalıdır.

2. Ağız ve burun mukozalarına ve gözlere sıçrayabilecek damlacıkların meydana gelmesine yol açabilen herhangi bir girişim uygulanacaksa, maske ve koruyucu gözlük takılması şarttır. Kanın ve beden sıvılarının sıçrama olasılığı varsa gömlek veya önlük kullanmak gerekir. Hasta taşıma, yıkama ve diğer günlük bakım sırasında tükürük, ter, gözyaşı gibi beden sıvılarına maruz kalımlar sık olmakla beraber, sağlık çalışanlarında herhangi bir serokonversiyon vakası rapor edilmemiştir. Sıçrama ile bulaşan ve ortama yayılan beden sıvılarında (dış ortamda) HIV konsantrasyonu %90-99 azalmaktadır. Düşük konsantrasyonda HIV oda ısısında 15 gün, 37 derecede 11 gün canlı kalabilmektedir. Fakat şimdiye kadar çevreden kişiye HIV enfeksiyonu bulaşması gösterilmemiştir.

3. Bütün sağlık personeli iğnelerin, bisturilerin veya girişimler sırasında kullanılan diğer sivri ya da keskin cisimlerin yol açabileceği yaralanmaları önlemek için son derece dikkatli olmak durumundadır. Bu aletlerin kullanılması, kutlanılmış olanların temizlenmesi, bir kullanımlık iğnelerin atılması sırasında çok dikkatli olmak gerekir. İğnelerin kazara batmasını önlemek için kullanıldıktan sonra, üzerlerine tekrar koruyucu kılıfların takılmasına, iğnelerin parmakla bükülmesine çalışılmamalıdır. Bir kullanımlık enjektör ve iğnelerle, bisturi uçları ve diğer keskin aletler, atılmak üzere darbeye dayanıklı bir kutuya konulmalı ve bu kutu kullanım alanına en yakın yerde olmalıdır.

Rutin işlemler sırasındaki yaralanmalarla, çoğu kez enjektör iğnesi yaralanmaları tarif edilmektedir. Bunun dışında iğne yaralanmasına göre daha az yüzde gösterse de lanset, makas benzeri diğer kesicilerle yaralanmalar söz konusudur ve bu olayların meydana gelme sıklığı oldukça fazladır. Amerika Birleşik Devletleri'nde HIV pozitif (+) hastalara yönelik yapılan işlemler esnasında sadece 1990 yılında 4800 iğne yaralanması bildirilmiştir. İğne ile yapılan işlemlerin tamamında yaralanmaların dağılımı; %43 kan alımı, %11 ilaç verimi, %9 sütür atma, %8 infüzyon şeklindedir.

4. Tükürüğün HIV virüsü bulaşmasına neden olduğu gösterilmemiştir. Fakat ağızdan ağıza solunum yapma zorunluluğunu ortadan kaldırabilmek için, maskelerin, ağız bölgesinde kullanılan malzemelerin ve ambu keselerinin gerekli yerlerde hazır durumda bulundurulması sağlanmalıdır.

5. Eksudatif lezyonları veya sulanan dermatiti olan sağlık çalışanı, hastalarla ilgili doğrudan işlemlerden ve hastalara dokunmuş aletlerle temas etmekten, iyileşinceye kadar sakınmalıdır.

6. Gebe sağlık çalışanının gebe olmayanlara oranla daha büyük tehlike içerisinde olduğu söylenemez. Buna karşılık bir sağlık personeline gebeliği sırasında HIV virüsü bulaşacak olursa bunu perinatal dönemde bebeğine de bulaştırabilir. Bu nedenle hamile olan sağlık personelinin son derece dikkatli olması gerekmektedir.

3.2.1. İnvazif Girişimler Esnasında Alınması Gereken Önlemler

Dokulara, vücut boşluklarına veya organlara cerrahi girişimde bulunulması ya da büyük travmatik yaralanmaların tedavisi “invazif girişim” olarak kabul edilmektedir. Böyle bir girişim ameliyathanede, doğum odasında, acil serviste veya muayenehanelerde yapılabilir. Kalp kateterizasyonu, anjiyografi çekimleri, vaginal veya sezaryenle doğumlarda kanama olabilecek girişimler invazif olarak nitelendirilmektedir. Genel önlemlere ek olarak aşağıdaki kurallara da uyulması şarttır (Özinel, 1993):

1. İnvazif girişimlerin uygulanması sırasında görev alan bütün sağlık personeli deri ve mukozalarının hastaya ait kanla veya beden sıvılarıyla temasını önlemek için gereken önlemleri, rutin olarak almalıdır. Eldiven ve maske kullanılması şarttır. Kan veya beden sıvılarının damlamasına, sıçramasına, küçük kemik parçalarının sıçramasına yol açabilecek bütün girişimlerde koruyucu gözlük takılmasıdır. Fazla miktarda kan veya beden sıvılarıyla temas ihtimali varsa uygun su geçirmez maddelerden yapılmış önlük takılması ya da gömlek giyilmesi gerekir. Vaginal veya sezeryanla doğuma yardımcı olan bütün sağlık personeli plasentaya veya bebeğe dokunduklarında mutlaka eldivenli olmalı ve plasentanın dışarı alınması, göbek kordonunun bağlanması gibi işlemler sırasında da eldivenlerini çıkarmamalıdır.

2. Eğer bir eldiven yırtılacak veya delinecek olursa hastanın güvenliği arka plana itilmeden hemen değiştirilmeli; olaya neden olan aletler steril sahadan uzaklaştırılmalıdır.

3.2.2. Diyaliz Sırasında Alınması Gereken Önlemler

Terminal dönem böbrek hastalığı olan ve AIDS'e yakalanan hastalarda idame diyaliz, enfeksiyon kontrol önlemleri ve genel önlemler alınarak uygulanmalıdır. Hemodiyaliz makinelerinin içinden sıvı geçen bölümlerinin dezenfeksiyonu, sodyum hipoklorit veya % 1.5-2 formaldehit içinde bırakılarak yapılmalıdır (Özinel, 1993).

3.3. LABORATUARLARDA ALINMASI GEREKEN ÖNLEMLER

Tanı, araştırma ve klinik laboratuvarlarında enfeksiyöz olabilecek materyallerle çalışmanın özel bir dikkat ve özen gerektirdiği herkesçe bilinmektedir. Bu özel yaklaşım öncelikle enfeksiyöz ajanların çalışıldığı laboratuvarlarda odaklanmıştır.

Bunun aksine biyokimya, hematoloji, patoloji veya mikrobiyoloji gibi laboratuvarlarda daha çok enfeksiyöz olabilecek kan, doku, salgılar ve atıklarla çalışılmasına karşın güvenlik önlemlerine genellikle yeterli özen gösterilmemektedir.

Bu laboratuarlarda çalışan teknisyenlerin patojenik mikrobiyoloji konusundaki bilgileri ya hiç yoktur, ya da çok azdır. Sadece enfeksiyöz olduğu bilinen örneklerle çalışılırken özel bir dikkat gösterilmektedir.

Centers for Disease Control (CDC); sağlık çalışanlarında Eylül 1991-Eylül 1992 arasında kesin meslek yoluyla kazanılmış 32 ve meslek yoluyla kazanılmış olma olasılığı olan 69 HIV enfeksiyonunun rapor edildiğini bildirmektedir (Erensoy, 1993). Kesin meslek enfeksiyonu olanların 12'si, olasılık olanların ise 13'ü laboratuarlarda çalışan teknisyenlerdir.

Tüm hastalara ait kan ve beden sıvıları, enfeksiyon kaynağı olarak kabul edilmelidir. Genel önlemlere ek olarak laboratuarlarda sağlık güvenliği için aşağıdaki kurallara uyulması gerekmektedir (Erensoy, 1993):

1. Bütün kan ve beden sıvısı örnekleri, kapağı sıkıca kapanan ve nakil sırasında sızıntı yapmayan kaplara konulmalıdır. Alınan örnekler potansiyel kirletici olarak düşünülmeli ve her örnek materyalin alınması esnasında bu kapların dış kısmına ve düzenlenen laboratuvar istek formuna bulaşma meydana gelmemesi için son derece dikkatli davranılmalıdır.

2. Kan ve beden sıvılarını kullanarak tetkik ve tahlil yapacak olan herkesin eldiven kullanması şarttır. Hastadan alınan materyalin mukozalara temas edebileceği düşünülüyorsa, maske ve koruyucu gözlük de kullanılmalıdır. Yapılacak işlemler bittikten sonra eldivenler değiştirilmeli, eller iyice yıkanmalıdır.

3. Histolojik veya patolojik tetkik ya da mikrobiyolojik kültür çalışmaları gibi rutin işler sırasında biyolojik güvenlik kabini kullanılması gerekir. Enfekte doku ve kültürlerin santrifüjü, karıştırılması, öğütülmesi gibi işlemler esnasında meydana gelen damlacıkların yayılma olasılığı yüksek olduğundan bu tür uygulamaların güvenlik kabini içerisinde yapılması şarttır.

4. Kullanılan pipetler, mutlaka mekanik olmalıdır. Ağızla kullanılan pipetler kesinlikle sakıncalıdır.

5. Laboratuardaki çalışma masaları, banko, tezgah gibi çalışma yüzeyleri, tetkik ve tahliller bittikten sonra %0.2'lik sodyum hipoklorid veya %0.1'lik formalin kullanılarak dezenfekte edilmelidir.

6. Laboratuar testleri sırasında kullanılan aletler temizlendikten sonra dezenfekte edilmeli ya da bir kullanımlık ise atılmalıdır.

7. Bütün laboratuar personeli işleri bittikten sonra ellerini uygun teknikle yıkamalı ve laboratuarı terk etmeden önce koruyucu giysilerini çıkarmalıdır.

8. Laboratuarlarda bir şey yenmesine, içilmesine ve makyaj yapılmasına izin verilmemelidir. Herhangi bir besin maddesi laboratuarlarda tutulmamalıdır.

9. Laboratuar çalışanlarının serum örnekleri başlangıçta ve sonra belirti aralıklarıyla alınmalı ve saklanmalıdır.

10- Etkin olarak sinek, böcek ve kemirici yok etme programı uygulanmalıdır.

3.3.1. HIV Serolojik Laboratuvarlarında Alınması Gereken Ek Önlemler

Laboratuarlarda alınması gereken önlemlere ek olarak aşağıdaki hususlara da dikkat edilmesi gerekmektedir (Erensoy, 1993):

1. Laboratuvarlar halka açık bölgelerden, ofislerden ve hasta bakım alanlarından uzak olmalıdır.

2. Laboratuarlarda kullanılan mobilyaların temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir özellikte olması gerekmektedir.

3. Seroloji laboratuvarlarının çıkışında el yıkamaya ayrılmış lavabo bulunmalıdır.

4. Açılabilir pencerelerin telleri olmalıdır.

5. Laboratuvarın içinde veya yakınında bir otoklav olmalı ya da çöpler sıkıca kapalı, sızıntı yapmayan bir kapta taşınmalıdır.

6. Bütün laboratuvar kapılan kendiliğinden kapanır olmalı ve çalışma saatlerinde kapalı tutulmalıdır.

7. Diğer birincil ve fırsatçı enfeksiyon etkeni ajanların da HIV virüsü ile enfekte kişilerin beden sıvıları ve dokularında bulunma olasılığı yüksektir. Bu nedenle bu ajanlara karşı da gerekli sağlık güvenlik önlemleri uygulanmalıdır.

3.3.2. HIV İzolasyon Laboratuvarlarında Alınması Gereken Ek Önlemler

Laboratuvarlarda alınması gereken önlemler yanında özellikle HIV izolasyon laboratuvarlarında çalışanların dikkat etmesi gereken kurallar vardır (Erensoy, 1993):

1. Laboratuvar çalışanları, viral ajanlarla güvenli çalışma konusunda özel eğitim almalıdırlar.

2. Sadece bu iş için ayrılmış bir izolasyon laboratuvarında çalışılmalıdır.

3. Dünyaca kabul edilmiş sağlığa zararlı sembolünü taşıyan, enfeksiyöz ajanı tanımlayan, sorumlu kişilerin isim ve telefon numaralarını ve laboratuvara girmek için nelerin gerektiğinin listesinin bulunduğu bir uyan levhası, giriş kapısına asılmalıdır.

4. Sadece bu iş için ayrılmış, önü tek parça bir laboratuvar giysisi giyilmeli, laboratuardan ayrılırken çıkarılmalıdır. Bu giysi bir kez kullanılıp atılır olmalı ya da yıkanmadan önce otoklavlanmalıdır.

5. İzolasyon işlemleri, onaylanmış bir biyolojik güvenlik kabininde yapılmalıdır.

6. Santrifüjlerine sıkıca kapalı kovanlarda olmalıdır. Yükleme ve boşaltma işlemleri biyolojik güvenlik kabininde yapılmalıdır.

7. Ayakla, dizle veya otomatik çalışabilen el yıkama lavabosu laboratuvarın çıkışında bulunmalıdır.

3.3.3. HIV Araştırma ve Üretim Laboratuvarlarında Alınması Gereken Ek

Önlemler

Yoğun HIV virüs preparasyonları ile çalışıldığı için tüm alınması gereken önlemlere ek olarak aşağıdaki noktalara da dikkat edilmesi gerekmektedir (Erensoy, 1993):

1. Personel, laboratuardaki işlemler ve afetler konusunda yetenekli ve iyi eğitilmiş olmalıdır.
2. Bu bölgeye giriş fiziksel olarak engellenmelidir.
3. Pencere sıkıca kapalı tutulmalıdır.
4. Uygun bir mekanik ventilasyon sistemi ile içeriye doğru hava akımı sağlanmalıdır.
5. Tüm çalışanlara yıllık medikal bakı ve hepatit B aşısı önerilmeli ve sağlanmalıdır.

Güvenli laboratuvar uygulamaları ve yeterli koruyucu önlemler, çalışma alanındaki HIV ve diğer enfeksiyon ajanları ile karşılaşma olasılığını en aza indirebilir. Ne yazık ki meslek yoluyla kazanılmış HIV enfeksiyonuna karşı elimizde sadece Centers for Disease Control tarafından öngörülen ve alınması gereken bu kurallar vardır. Laboratuardaki sağlık güvenlik programından laboratuvar yöneticisi sorumludur; laboratuvarlarda güvenliğin sağlanması, araç ve gereçlerin yeterli olması, koruyucu önlemlerin alınması, çalışanlara yönelik eğitim programının düzenlenmesi ve uygulanmasından sorumlu kişi laboratuvar yöneticisidir (Erensoy, 1993).

Tüm bu önlemlere rağmen küçük bir dikkatsizlik sonucu meydana gelen yaralanmalarda (iğne batmışsa veya kesici aletlerle kan bulaşmışsa) ya da derinin hasta kanıyla uzun süreli temasında (özellikle deride çatlak, yarık, dermatit gibi lezyon varsa) izlenmesi gereken yol şu şekilde olmalıdır (Görak, 1993):

1. Delinen alan kanatılmalıdır.
2. Sabun ve suyla hemen yıkanmalıdır.
3. Kan bulaşan hastanın kimliği kayıt edilmelidir.
4. Hastanın izni alınmalı ve hasta HIV virüsü taşıyıcılığı yönünden test edilmelidir.
5. Kaynak hasta seronegatif, fakat HIV enfeksiyon riski taşıyan bir kişi ise, yaralanmaya maruz kalan sağlık personeli teması takiben 6. haftada, 3. ayda ve 6. ayda gerekli test ve incelemeleri yaptırmalıdır.
6. Enfekte olan hastanın kanı ile teması olan sağlık personeli teması izleyen ilk 12 hafta içerisinde ortaya çıkabilecek herhangi bir akut ateşti hastalığı hemen bildirmelidir. Bu izleme döneminde özellikle 6-12 hafta da enfekte kişinin HIV antikoru geliştirmesi beklenmektedir. Bu süre içinde sağlık personeli; kan ve plazma bağışlamamalı, cinsel ilişkide önlem almalı, ve sonuç belli oluncaya kadar hamile kalmamalıdır.

3.4. HIV VİRÜSÜ ÖLDÜREN MADDELER

Hastalıkların tanısında ve tedavisinde kullanılan aletlerin sterilizasyonu ve dezenfeksiyonu amacıyla uygulanan standart işlemler, HIV virüsü ile veya kanda bulunan herhangi başka bir patojenle enfekte hastaların kanlarıyla ya da beden sıvılarıyla bulaşmış aletlerin sterilizasyonu veya dezenfeksiyonu bakımından da yeterlidir.

HIV virüsü bilinen klasik dezenfektanlarla yok edilebilmektedir. HIV virüsünü 10 dakikada öldüren dezenfektanlar şunlardır (Sipahioğlu,1993):

%25 Etanol (Etil Alkol): Saf alkol (Halk arasında beyaz ispirto olarak adlandırılan bu madde %100 saf değil, %70 - %90'ıktır) 3 misli sulandırılarak yani 1 çorba kaşığı beyaz alkole 3 çorba kaşığı su konulmak suretiyle %25'lik veya %30'luk etil alkol solüsyonu elde edilir.

%35 Isopropanol solüsyonu (Isopropil alkol solüsyonu).

%0.2 Sodyum Hipoklorid solüsyonu: Piyasada satılan ve halk arasında çamaşır suyu veya Hipo olarak adı geçen maddelerde %50-%60 arasında sodyum hipoklorid günlük hazırlanabilen etkili ve en ucuz dezenfektan maddedir. %50Tık bir solüsyon 10 misli sulandırılırsa yani 10 cc (ml) çamaşır suyu 1 litre su ile karıştırılırsa %0.5' lik bir solüsyon, 10 ml çamaşır suyu 2.5 litre su ile sulandırılırsa %0.2'lik bir solüsyon elde edilir.

%1-2'lik Gluteraldehide solüsyonu (Bilhassa aletlerin sterilizasyonu için tercih edilmektedir).

%0.1'lik Formalin (Formaldehide) solüsyonu (HIV virüsünü yarım saatte öldürür).

Virkon Refarm (Alkali benzen sulfonat zinciri tuz ve birçok diğer inorganik tuzlar içerir): Geniş spektrumlu virüs, bakteri ve fungus dezenfektanıdır. %0.5 veya %1 solüsyonları 10 dakikada HIV dahil tüm virüsleri öldürmektedir.

Antiviral etkinliği olan diğer dezenfektanlar; iyot bileşikleri, lizol, eter, aseton ve hidrojen peroksittir.

3.4.1. Hasta Bakım Gereçlerinin Sterilizasyonu ve Dezenfeksiyonu

Herhangi bir hastanın steril dokularına, vasküler sistemine veya kan akımı olan bölgelerine temas edecek aletler önceden steril edilmeli; sterilizasyon otoklav ya da sıcak hava fırınlarında gerçekleştirilmelidir. Ayrıca ısıya dayanıklı araç gereçlerin 60°C de yarım saat kaynatılarak steril edilmesi mümkündür. Yalnızca sağlam deriye temas eden düşük riskli araç-gereçler dezenfekte edilebilir. Dezenfeksiyonu veya sterilizasyonu yapılacak malzemeler önce iyice temizlenmeli, dezenfekte edileceklerin prospektüsü okunarak zarar vermeyecek dezenfektanlar seçilmelidir .

Dezenfektanlar hastanelerde ısıya dayanıksız araç-gerece bulaşan HIV virüsüne karşı ve ortalığa saçılmış olan kan ve beden sıvılarına karşı kullanılmaktadır. HIV virüsü taşıyan hastanın kanı, sekresyonu ve diğer beden sıvı lan (idrara, tükürük, salya) ile temas edildiğinde; ellerin sabun ve sıcak su ile yıkandıktan sonra %0.2'lik sodyum hipoklorid veya %25'lik etil alkol solüsyonunda yarım saat bekletilmesi sonucu virüs yok edilebilmektedir (Sipahioğlu, 1993).

Yapılan araştırmalar HIV virüsünün hastanelerde kullanılan kimyasal germişlerle ve daha düşük konsantrasyonda hızla inaktive olduğunu göstermektedir. Günlük hazırlanan sodyum hipoklorid solüsyonunun 1/10-1/100'lük sudaki dilüsyonu etkili ve ucuz bir yöntemle HIV virüsünü inaktive etmektedir. Bazı tıbbi cihazlarda sürekli kullanımı (özellikle 1/10 dilüsyonu) aşınma ve paslanmaya neden olduğundan diğer ticari dezenfektanların kullanılması daha uygun olmaktadır (Kocaman, 1993).

3.4.2. Çevre temizliği

Duvarlar, döşemeler ve diğer yüzeyler, hastalara veya sağlık personeline enfeksiyon bulaşmasında rol oynamamaktadır. Bu yüzden söz konusu yüzeylerin dezenfeksiyonu için olağanüstü bir çaba harcanması gerekmemektedir. Bununla birlikte rutin temizlik ve kirlenmelerin giderilmesi işlemleri, ihmal edilmemelidir.

Temizlik amacıyla uygulanan program hastanenin veya sağlık kuruluşunun özelliklerine, temizlenecek yüzeylerin cinsine ve mevcut kirlenmenin tipine göre değişmektedir. Hasta yatağının yanındaki masalar ve sert döşemeler gibi yatay yüzeyler genellikle düzenli aralıklarla, kirlenme meydana geldiğinde ve bir hasta taburcu olduğunda temizlenmektedir. Yer, döşeme, masa gibi yüzeyler için en iyi temizleme maddesi sodyum hipoklorid ve virkondur . Duvarların ve perdelerin temizlenmesi ancak, gözle görülecek şekilde kirlendikleri zaman gereklidir

Ortalığa dökülen kan veya beden sıvıları temizlenirken, ana koruma yöntemi olan eldiven ve başka koruyucu giysilerin giyilmesiyle; temizliği yapan kişi ile enfeksiyöz ajan içerebilen materyal arasında bariyer oluşturulmaktadır. Dezenfektanlar, kandaki ajanları etkisiz hale getirmede değerli olabilir ama, korunmada ikinci basamak olarak değerlendirilmelidir (Kocaman, 1993).

3.4.3. Çamaşırlar

Kirlenmiş yatak takımları bazı belirli mikroorganizmaları yüksek sayıda barındırmalarına karşın bunların enfeksiyon bulaştırma ihtimalleri çok azdır. Kirliler mümkün olduğunca az ellenmeli ve ortamdaki havanın ve tutan kimsenin etlerinin kirlenmemesi için mümkün olduğunca dalgalandırılmamalı, silkelenmemelidir. Bütün yatak takımları, hasta yatağı başında torbalara konup gönderilmelidir. Kanla veya beden sıvılarıyla kirlenmiş çarşafların konacağı torbalar sızdırmaz özettekte olmalı, kirlileri toplayan kişi eldiven ve koruyucu gömlek giymelidir (Kocaman, 1993).

3.4.4. Atıkların imhası

Atıkların imhasında ilk yapılması gereken; enfeksiyon riski taşıyan materyallerin diğer atık maddelerinden ayrılması işlemidir. Mikrobiyoloji laboratuvar atıktan, doku ve organ gibi patoloji atıktan, kan ve kan ürünleri atıkları ya da kontamine kesici ve delici aletler, sızdırmayan kaplarda toplanmalı ve taşınmalıdır, imha edilmeden önce otoklavize edilmelidir. Kan ve diğer sıvılar kanalizasyona bağlı sisteme dökülebilir. Tüm bu işlemler sırasında işleri yapan personel uygun koruyucu önlemleri almalıdır (Kocaman, 1993).

3.5. AIDS EĞİTİMİ

İlk kez 1981 yılında tanımlanmasına karşılık, kısa sürede dünya çapında bir salgına dönüşen AIDS artık Türkiye’de de yerleşmiş bulunmaktadır. Ülkemizde bugüne dek saptanmış HIV (+) ve AIDS vaka sayısının sınırlı olmasına karşılık, salgının diğer ülkelerdeki gelişme eğrisi göz önünde tutulduğunda, uygun önleyici tedbirler alınmadığı takdirde birkaç yıl içinde de ülkemizde doğurgan ve üretken yaş grubunu kapsayan ürkütücü bir patlamanın olabileceği bilinmektedir.

AIDS hastalığından korunmada henüz etkili ve uygulanabilir bir aşının ve tedavi yönteminin geliştirilemediği koşullarda, alınması gereken tedbirler için; kan / kan ürünlerinin sistematik olarak taranması ve güvenli cinsel davranışları teşvik edecek yaygın ve sürekli eğitim olduğu konusunda Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı ile tem bir görüş birliği içindedir.

AIDS hastalığından korunmada bilimsel veriler sonucu dünyanın kabul ettiği eğitimin temel amacı; doğru bilgilerin, davranışların kazandırılması yolu ile bulaşmayı engellemede gereksiz panik ve kaygılan önlemek, hayatın gerektirdiği sosyal ilişkilerin bulaşma riskini içermediğini vurgulayarak, geleceğe yönelik olarak HIV virüsü ile enfekte kişilerin gereksinim duyduğu sosyal desteğe zemin hazırlamak olmalıdır. Programlı bir eğitim için atılması gereken en önemli adım hedef kitlenin belirlenmesidir.

Öncelikle, çok sayıda farklı kişilerle cinsel temasta bulunan eşcinsel, biseksüel, heteroseksüel, cinsel temasla bulaşan hastalığı olanlar ve damar içi uyuşturucu madde kullananlar gibi yüksek risk grubunda olanlara ve daha sonra tüm insanlara eğitimin ulaşması sağlanmalıdır. Bilgiler, tehlikenin büyüklüğü gösterilerek, fazla korkutmadan verilmelidir .

Kitle iletişim araçlarında hastalıkla ilgili bilgiler; kısa, çarpıcı spotlar halinde sık sık iletilmelidir. Halkın eğitimi için AIDS danışma merkezleri kurulmalıdır. AIDS eğitimi, devlet politikası olarak kabul edilmeli, devlete ait olan veya olmayan organizasyonlara, toplumun eğitimi için maddi destek sağlanmalıdır (Savaşer, 1995).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma, Ağrı Patnos ilçesindeki bir askeri birlikte yapıldı.

4.2. ARAŞTIRMANIN TARİHİ

Araştırmanın veri toplama işlemi tarihleri Ocak – Mart 2010 tarihleri arasında yapıldı.

4.3. ARAŞTIRMA TİPİ

Araştırma, Ağrı Patnos ilçesindeki askeri birlikteki erbaş ve erlerin AIDS hakkındaki bilgi düzeylerinin saptanması ve AIDS ile birlikte yaşama konusunda düşünce ve aldıkları önlemlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

4.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Bölgenin özelliği nedeniyle birliğin fiziksel ve sayısal yapısında günlük değişimler olmaktadır. Bu nedenle çalışma evreninin net sayısı verilememektedir.

Çalışma örneklemini askeri birlik revirine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 350 er ve erbaş oluşturdu.

4.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMLERİ

4.5.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Araştırmanın verilerini toplamak amacıyla anket formu (Ek 1) kullanıldı. Anket formu, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan, çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır (Baki ve ark., 2003; Kılıç ve ark., 2004; Kır ve ark., 2004; Bulduk ve ark., 2006).

Anket formu Er ve erbaşların tanımlayıcı bilgilerinin öğrenilmesini amaçlayan ve yaş, medeni hal, yaşadığı yer, yaşadığı demografik bölge, eğitim durumu; cinsel davranışları gibi bilgileri sorgulayan ve bireylerin AIDS hakkındaki bilgi düzeylerini, düşüncelerini ve aldıkları önlemleri sorgulayan iki bölümden oluşturuldu.

4.5.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Anket formu, Ocak – Mart 2010 tarihleri arasında uygulandı. Uygulama öncesinde çalışmanın planlandığı askeri birlik komutanı ile görüşme yapılarak gerekli izin alındı. Araştırma için, erbaş ve erlerin revire başvurdukları zaman, çalışmaya katılmak isteyenlere anket formu uygulandı.

Anket formunun uygulanmasından önce, çalışmada bilgi düzeyinin belirlenmesinin hedeflendiği, kişisel bilgilerin gizli kalacağı, bu yüzden içtenlikle cevaplamalarının çok önemli olduğu özellikle belirtildi. Bu yüzden anket formlarında katılımcıların etkilenmemesi için isim yazmamaları ayrıca istendi. Anket formların cevaplanmasından sonra askerlerin konu ile ilgili kendilerini ikilemede hissettikleri sorular yanıtlandı.

4.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma kapsamına alınan 350 erbaş ve ere uygulanan anket formundan elde edilen verilerin çözümlenmesinde, SPSS istatistik hesap paket programı kullanıldı. Değerlendirmede yüzdelik ki-kare testi, Student t testi ve Annova testi uygulandı.

Güven sınırı olarak, $\alpha=0.05$ seçildiğinden, hesaplanan 'p' değerlerinin 0,05'ten küçük olması halinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu kabul edildi.

Bireylerin AIDS'in değişik özelliklerine yönelik bilgi düzeylerinin sorgulanması amacıyla çoklu sorulardan oluşan üç seçenekli test uygulandı. Bireylerin verdiği "hayır" ve "bilmiyorum" yanıtları olumsuz, "evet" yanıtı olumlu yanıt olarak değerlendirilerek puanlandı ve yüzdelik hesabıyla irdelendi. Verilen yanıt yüzdesinin 50 ve altında olması "zayıf", 50-75 arası "orta" ve 75 üzeri "iyi" olarak değerlendirildi.

4.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma Ağrı ili Patnos ilçesindeki askeri birlikte 350 erbaş ve erin AIDS hakkındaki bilgi düzeylerinin saptanması ve AIDS ile birlikte yaşama konusunda düşünce ve aldıkları önlemlerin belirlenmesiyle sınırlıdır.

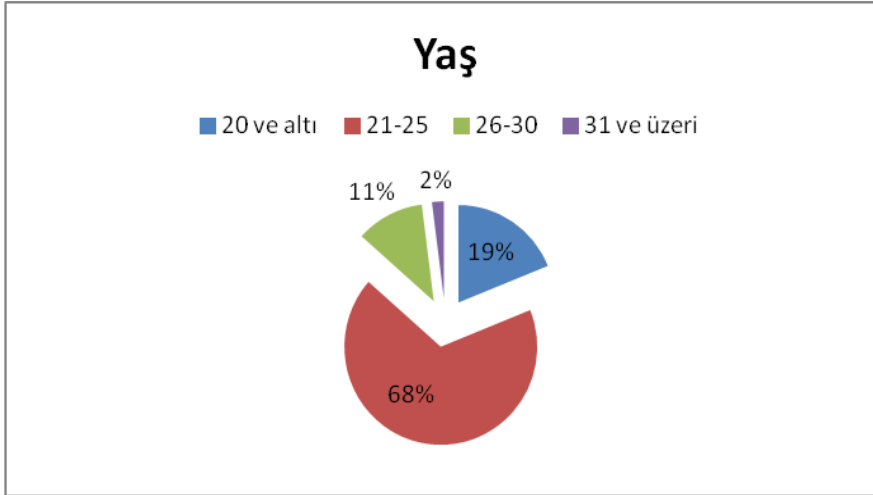
5. BULGULAR

Çalışma 350 erbaş ve er ile yapıldı. Bu çalışma erbaş ve erlerin AIDS hakkındaki bilgi düzeylerinin saptanması ve AIDS ile birlikte yaşama konusunda düşünce ve aldıkları önlemlerin belirlenmesi amacıyla planlandı ve uygulandı.

5.1. Demografik Özelliklere Göre Dağılımlar

Tablo 1 : Çalışma Grubunun Yaş Dağılımı (N=350)

Yaş Grubu	n	%
20 ve altı	66	19
21-25	237	68
26-30	40	11
31 ve üzeri	7	2



Şekil 1 : Çalışma Grubunun Yaş Dağılımı (N=350)

Askeri birlikteki erbaş ve erlerin yaş ortalaması (ortalama \pm SS) $22,66 \pm 2,89$ yıl olup en düşük yaş 19 en yüksek yaş 46'dır.

Bireylerin %19'u (n=66) 20 ve altı, %68'i (n=237) 21-25, %11'i (n=40) 26-30 ve %2'si (n=7) 31 ve üzeri yaş aralığındadır (Tablo 1) (Şekil 1).

Tablo 2 : Çalışma Grubunun Medeni Duruma Göre Dağılımı (N=350)

Medeni Hal		
	n	%
Evli	34	10
Bekar	316	90

Bireylerin 34'ü (%10) evli, 316'sı (%90) ise bekarı (Tablo 2).

Tablo 3 : Bireylerin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı (N=350)

Öğrenim Durumu	n	%
Okuma yazma biliyor	1	0,2
İlkokul	10	2,9
Ortaokul	85	24,3
Lise	173	49,4
Üniversite	81	23,1
Toplam	350	100

Askeri birlikteki erbaş ve erlerin %0,2'si (n=1) okur-yazar, %2,9'u (n=10) ilkokul, %24,3'ü (n=85) ortaokul, %49,4'ü (n=173) lise ve %23,1'i (n=81) üniversite mezunudur (Tablo 3).

Tablo 4 : Bireylerin Yaşadıkları Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı (N=350)

Yaşanan Yer	n	%
Köy	36	10
Belde	23	7
İlçe	117	33
İl Merkezi	174	50

Askeri birlikteki erbaş ve erlerin %10'u (n=36) köyde, %7'si (n=23) belde, %33'ü (n=117) ilçede, %50'si (n=174) il merkezinde yaşamaktadır (Tablo 4).

Tablo 5 : Bireylerin Yaşadıkları Coğrafi Bölgeye Göre Dağılımı (N=350)

Bölge	n	%
Doğu	28	8
Batı	181	52
Kuzey	29	8
Güney	63	18
Orta	46	13
Yurtdışı	3	1

Askeri birlikteki erbaş ve erlerin %8'i (n=28) doğu, %52'si (n=181) batı, %8'i (n=29) kuzey, %18'i (n=63) güney, %13'ü (n=46) orta bölgede ve %1'i (n=3) yurtdışında yaşamaktadır (Tablo 5).

Tablo 6: Bireylerin Cinsel Birliktelik Dağılımı (N=350)

Cinsel Birliktelik		
	n	%
Evet	250	100
Hayır	71,4	28,6

Askeri birlikteki erbaş ve erlerin %28,6'sının (n=100) cinsel birliktelik yaşamamışken %71,4'ünün (n=250) evlilik veya evlilik dışı cinsel birlikteliği vardı (Tablo 6). Cinsel birlikteliği olan bireylerin %40,2'si (n=101) tek bir kişi ile, %59,8'i (n=149) birden fazla kişi ile birlikte olduğunu bildirdi. Bu bireylerden 132'sinin (%52,8) ilişkide olduğu partnerlerinin bu ilişkilerinden ayrı dış ilişkileri vardı. Bunlardan ancak 36'sı (%30,5) bu durumun sağlık açısından bir sorun oluşturduğunu, bu çoklu ilişkinin hastalıklar taşıyabileceğini ifade etti.

Tablo 7: Bireylerin Aldıkları Korunma Önlemi Dağılımı (N=193)

Alınan Korunma Önlemi		
	n	%
Kondom	181	93,8
Doğum Kontrol Hapı	11	5,6
Koruyucu Hap	1	0,6

Cinsel birlikteliği olan bireylerin (n=250) 193'ü (%77,2) ilişki sırasında korunma önlemleri alıyordu. Önlem olarak 181 (%93,8) kişi kondom kullandığını, kalanların 11'i doğum kontrol hapı biri de koruyucu hap kullandığını beyan etti (Tablo 7).

Tablo 8 : “AIDS Hakkında Bilginiz Var mı” ve “Düzeyi Nedir “Sorularına

Verilen Yanıtların Dağılımı (N=350)

AIDS Hakkında Bilgim			
	Düzeyi	n	%
Var	Yeterli	77	26,4
	Orta	166	56,8
	Yetersiz	49	16,8
	Toplam	292	83,4
Yok		58	26,5

Bireylerden 292'si (%83,4) AIDS hakkında bilgisinin olduğunu, bunlardan 77'si (%26,4) bilgi düzeyinin yeterli, 166'sı (%56,8) orta ve kalan 49'u (%16,8) yetersiz olduğunu ifade etti (Tablo 8).

Tablo 9: AIDS'in Ciddiyeti ve Taşıyıcılığının Anlamı Konusunda Yanıtların Dağılımı (N=350)

	AIDS Tehlikeli ve Bulaşıcı mı?		Taşıyıcılık ile Hastalık Aynı mı?	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
n	344	6	210	140
%	98,3	1,7	60	40

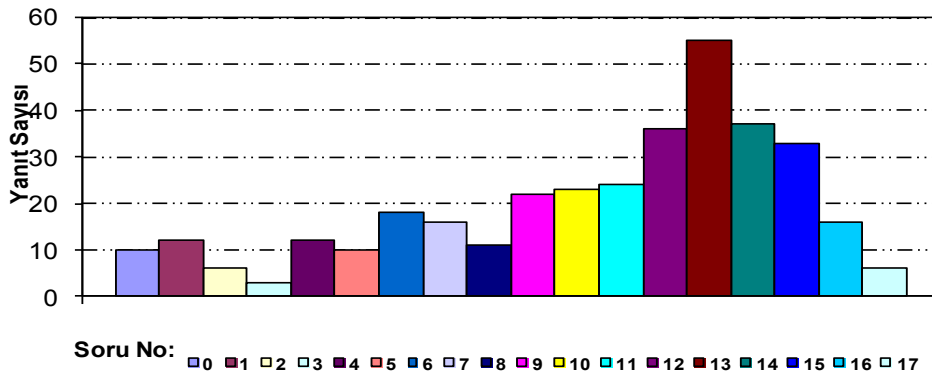
Bireylerin (n=350) 344'ü (%98,3) AIDS'in hem tehlikeli hem bulaşıcı bir hastalık olduğunu, 140'ı (%40) taşıyıcılık ile hastalığın aynı şey olmadığını doğru olarak bildi (Tablo 9).

Tablo 10: AIDS' in Nasıl Bulaştığını Sorgulayan Çoklu Sorulara Verilen Doğru Yanıtların Dağılımı

AIDS Nasıl Bulaşır?					
Bulaşma Olasılıkları	Verilmesi Gereken Yanıt	Verilen Yanıt			
		Doğru		Yanlış	
		n	%	n	%
AIDS'li kadınla cinsel ilişki ile	Evet	332	95	18	5
AIDS'li erkekle cinsel ilişki ile	Evet	244	70	106	30
Sivrisinek ısırması ile	Hayır	170	49	180	51
Öksürme ve hapşırma ile	Hayır	236	67	114	33
Tokalaşma ile	Hayır	271	77	79	23
Dövme yaptırma ile	Evet	129	37	221	63
Ortak tuvalet kullanma ile	Hayır	229	65	121	35
Yiyecek-içecek ile	Hayır	224	64	126	36
Anneden doğum sırasında bebeğe	Evet	186	53	164	47
Anneden bebeğe emzirme ile	Evet	130	37	220	63
Yanaktan öpüşme ile	Hayır	269	77	81	23
Ortak tıraş bıçağı kullanmak ile	Evet	159	45	191	55
AIDS'li kişiyle aynı odada kalmak ile	Hayır	229	65	121	35
AIDS'li kişiyle aynı elbise ve havluyu kullanmak ile	Hayır	205	59	145	41
AIDS'li kişiyle aynı havuzu paylaşmak ile	Hayır	193	55	157	45
Aynı çatal, kaşık ve bıçağı kullanmak ile	Hayır	165	47	185	53
Tedavi sırasında kan ve kan ürünlerinin verilmesi ile	Evet	278	79	72	21

Bireylerin bilgi düzeylerinin değerlendirilebilmesi için çoklu sorular yöneltildi. Bu sorulardan ilki AIDS'in nasıl bulaşabileceğinin sorgulanması amaçlandı (Tablo 10).

Buna göre sadece AIDS' li kadınla ilişkide olma seçeneği (%95) 332 asker doğru bildi. 278 kişi (%79) tedavi sırasında kan ve kan ürünlerinin verilmesinin, 244 kişi (%70) AIDS' li erkeklerle cinsel ilişkide bulunulmasının bulaşma yolu olduğunu, 271 kişi tokalaşmanın ve 269 kişi yanaktan öpüşmenin bulaşma yolu olmadığını doğru yanıtladı(Tablo 10).



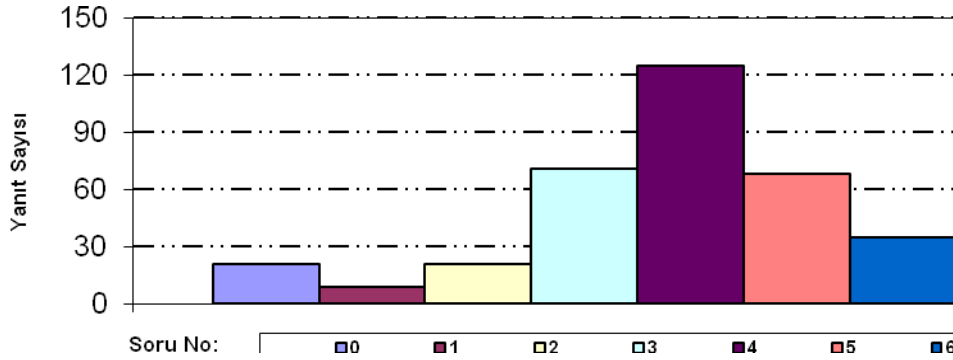
Şekil 2 : AIDS'in Nasıl Bulaştığını Sorgulayan Çoklu Sorulara Verilen Doğru Yanıtların Bireysel Dağılımı

Bireylerin bu sorulardan doğru yanıtladıkları soru sayısının dağılımı incelendiğinde on kişinin hiçbir soruyu doğru yanıtlamadığı, buna karşın altı kişinin tüm soruları doğru yanıtladığı görüldü. 55 kişi ise 13 soruyu doğru yanıtladı (Şekil 2).

Tablo 11: AIDS' e Yakalanma Riski Olanları Sorgulayan Çoklu Sorulara Verilen Doğru Yanıtların Dağılımı

Kimlerin AIDS' e Yakalanma Riski Vardır					
Risk olasılıkları	Verilmesi Gereken Yanıt	Verilen Yanıt			
		Doğru		Yanlış	
		n	%	N	%
Cinsel eşini sürekli değiştirenler	Evet	315	90	35	10
Annesi AIDS'li olan bebekler	Evet	220	63	130	37
Evlilik dışı ilişki kuranlar	Evet	298	85	52	15
Eşinde AIDS hastalığı bulunanlar	Evet	311	89	39	11
Hastane çalışanları	Evet	79	23	271	77
Uyuşturucu-ilaç bağımlıları	Evet	91	26	259	74

Çoklu sorulardan ikincisi AIDS'e yakalanma riski olanlar hakkındaki bilgi düzeyini sorgulamaktaydı (Tablo 11). Buna göre cinsel 315 kişi (%90) eşini değiştirenlerin, 311 kişi cinsel eşinde AIDS hastalığı bulunanların ve 298 kişi evlilik dışı ilişkisi olanların AIDS' e yakalanma risklerinin olduğu doğru olarak işaretledi (Tablo 11).



Şekil 3: AIDS'e Yakalanma Riski Olanları Sorgulayan Sorulara Verilen Doğru Yanıtların Bireysel Dağılımı

Bireylerin bu sorulardan doğru yanıtladıkları soru sayısının dağılımı incelendiğinde 21 kişinin hiçbir soruya doğru yanıt vermediği, 35 kişinin ise tüm soruları doğru yanıtladığı görüldü. 125 kişi ise dört soruyu doğru yanıtladı (Şekil 3).

Tablo 12 : AIDS Virüsünün Bulunabileceği Vücut Sıvılarını Sorgulayan Soruya Verilen Yanıtlar

Vücut Sıvısı	Doğru Yanıt Verenler
Kan	299
İdrar	0
Anne sütü	109
Gözyaşı	0
Vajinal Sıvı	287
Sperm	279
Tükürük	0
Burun akıntısı	0

Çoklu sorulardan üçüncüsü AIDS virüsünün bulunduğu vücut sıvılarının bilinme düzeyini sorgulamaktaydı (Tablo 12).

AIDS virüsünün bulunabileceği vücut sıvılarından kanı 299 kişi, anne sütünü 109 kişi, vajinal sıvıyı 287 kişi, spermi 279 kişi doğru olarak cevapladı. Bunlardan anne sütünün virüsü taşıdığı düşük düzeyde biliniyordu. İdrar, gözyaşı, burun akıntısı ve tükürük gibi vücut sıvıları hiç işaretlenmedi (Tablo 12).

Tablo 13 : AIDS'ten Korunmada Etkili Yöntemler

AIDS'ten Korunmada Etkili Yöntemler Nelerdir?					
Korunma Yöntemleri	Verilmesi Gereken Yanıt	Verilen Yanıt			
		Doğru		Yanlış	
		n	%	n	%
Kondom kullanmak	Evet	294	84	56	16
İlaçla korunmak	Hayır	105	30	245	70
Sağlık eğitimi	Evet	266	76	84	24
Tek eşlilik	Evet	281	80	69	20
Hiç cinsel ilişkiye girmemek	Hayır	232	66	118	34

Çoklu sorulardan dördüncüsü ise AIDS'ten korunmada etkili yöntemler hakkındaki bilgi düzeyini sorgulamaktaydı (Tablo 13).

AIDS'ten korunmada etkili yöntemlerden kondom kullanmayı 294 kişi (%84), sağlık eğitimini 266 kişi (%66), tek eşliliği ise 281 kişi (%80) doğru olarak yanıtladı Buna karşın ilaçla korunabileceği yanlış bilgisi ise 245 kişi (%70) oranında işaretlendi (Tablo 13).

Tablo 14: AIDS Hakkında Sahip Olunan Bilgi Kaynağının Dağılımı

AIDS Hakkında Sahip Olunan Bilgi Kaynağı		
	n	%
Aileden	45	6
Kitap ve Dergilerden	169	22
Arkadaşlarımdan	133	17
Gazete, Televizyon ve İnternette	264	35
Okuldan	152	20

Bireyler, AIDS hakkında sahip oldukları bilginin kaynağı olarak %6 (n=45) ailesini, %17 (n=133) arkadaşlarını, %20 (n=152) okulunu , %22 (n=169) kitap ve dergileri, %35 (n=264) gazete, televizyon ve interneti gösterdi(Tablo 14). Yapılması halinde eğitici toplantılara katılma isteği % 89 oranındaydı.

Tablo 15: AIDS ile Ortak Yaşamda Bireylerin Davranışlarının Sorgulanması (N=350)

	ÇAÖÖİ		ABHÖÖU	
	n	%	n	%
Katılmıyorum	119	34	138	39
Katılıyorum	144	41	112	32
Kararsızım	87	25	100	29
Toplam	350	100	350	100

ÇAÖÖİ: Çocuğumun bir AIDS' li ile aynı okulda okumasını istemem

ABHÖÖU: Arkadaşlarımdan birinin HIV (+) olduğunu öğrensem ondan uzaklaşabilirim

Bireylerden 144'ünün (%41) çocuğunun AIDS'li biriyle aynı okulda okumasını istemediği, 87'sinin (%25) ise bu konuda kararsız olduğu görüldü. Sadece 119 kişi ise (%34) böyle bir çekincesinin olmadığını ifade etti.

“Arkadaşlarından birinin HIV (+) olduğunu öğrendiğinde” 112 kişi (%32) ondan uzaklaşacağını, 100 kişi de (%29) ne yapacağı konusunda kararsız olduğunu belirtti. 138 kişi (%39) ise davranışında değişiklik olmayacağını ifade etti (Tablo 15).

Bu sonuçlardan bireylerin ancak yaklaşık üçte birinin AIDS ile aynı ortamda bulunmanın riskli olmadığı bilgisine güvenerek yaşamlarını sürdürebilecekleri çıkmaktadır. Üçte ikilik çoğunluk için ise AIDS'in ortamda bulunması en azından huzursuzluk kaynağıdır.

5.2. Demografik Özelliklerle Sorulara Verilen Yanıtlar Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Yaş gruplarına göre irdeleme:

Tablo 16 : Yaş Grupları ile AIDS Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu Arasındaki İlişki

Yaş Grupları		AIDS Hakkında Bilginiz Var mı?		$\chi^2:13,879$ $p:0,003$
		Evet	Hayır	
20 yaş ve altı	n	47	19	
	%	71,2	28,8	
21-25 yaş arası	n	200	37	
	%	84,4	15,6	
26-30 yaş arası	n	38	2	
	%	95,0	5,0	
31 yaş ve üstü	n	7	0	
	%	100	0	
Toplam		292	58	

“AIDS hakkında bilginiz var mı?” sorusuna yaş arttıkça daha yüksek oranda “evet” cevabı verildi ve 26 yaş ve üzerindeki, diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde daha yüksek ($p=0,003$) oranda “evet” cevabı verdikleri görüldü (Tablo 16).

AIDS’in tehlikeli olduğunu 25 yaş altındakiler 26 yaş üzerindeki kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,023$) düzeyde daha yüksek doğru olarak oranda yanıtladılar.

Medeni duruma göre irdeleme:

Tablo 17 : Medeni Durum ile Bireylerin Cinsel İlişki Varlığı Arasındaki İlişki

Medeni Durum		Cinsel ilişkiniz Var mı?		$\chi^2:32,879$ $p:0,001$
		Evet	Hayır	
Bekar	n	240	76	
	%	75,9	24,1	
Evli	n	10	24	
	%	29,4	70,6	
Toplam		250	100	

Evlilerin evlilik dışı cinsel ilişki varlığı bekarların cinsel ilişki varlığından istatistiksel olarak çok anlamlı ($p=0,001$) düzeyde daha azdı (Tablo 17).

Tablo 18: Medeni Durum ile Korunma Önlemi Alma Arasındaki İlişki

Korunma Önlemi Alma				
		Evet	Hayır	p
Medeni Durum	Bekar	183	57	$\chi^2:5,297$ $p=0,021$
	Evli	10	0	
	Toplam	193	57	

Ancak ilişkisi olanların eş sayısında anlamlı bir farklılık yoktu. Evli bireyler bekarlara kıyasla ilişkilerinde istatistiksel bakımdan anlamlı ($p=0,021$) düzeyde daha yüksek oranda (evlilerin tamamı) korunma önlemi almaktadır (Tablo 18).

**Tablo 19:Medeni Durum ile “AIDS ‘e Yakalanma Riski Olanlar Kimlerdir?”
Sorusuna Verilen Cevap Arasındaki İlişki**

AIDS ‘e Yakalanma Riski Olanlar Kimlerdir?				
		Doğru Yanıt	Yanlış Yanıt	p
Medeni Durum	Bekar	266	50	$\chi^2:5,612$ $p=0,018$
	Evli	33	1	
	Toplam	299	51	

AIDS’e yakalanma riski olanlar evliler tarafından istatistiksel bakımdan anlamlı ($p=0,018$) düzeyde daha yüksek oranda biliniyordu (Tablo 19).

Bunlar dışında kişilerin AIDS hakkında bilgi sahibi olma durumu, AIDS’in tehlikeli bulaşıcı olduğu, HIV (+) olmakla AIDS’in aynı şey olup olmadığı, AIDS’in nasıl bulaştığı, virüsün bulunabileceği vücut sıvıları, korunma yöntemleri konularına verilen yanıtlarla medeni durum arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 20: Medeni Durum ile Toplumsal Yaşamda HIV/AIDS’le Birlikte Olma Konusundaki Davranışlar Arasındaki İlişki

	HKAOÇ				HKÇZOİDD			
	Evli		Bekar		Evli		Bekar	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Katılmıyorum	9	26	129	41	20	58	111	35
Katılıyorum	18	53	94	30	7	21	105	33
Kararsızım	7	21	93	29	7	21	100	32
Toplam	34	100	316	100	34	100	316	100
χ^2	7,604				7,366			
p	0,022				0,025			

HKAOÇ : HIV (+) kişilerle aynı ortamda çalışırım

HKÇZOİDD: HIV (+) kişilerle çalışmam zorunlu olsa işimi değiştirmeyi düşünürüm.

Bekarlar AIDS’li biriyle aynı ortamda çalışma konusunda evlilerle göre istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,022$) daha olumlu düşünmektedirler. Buna karşın zorunluluk halinde iş değiştirme fikri bekarlarda evlilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,025$) düzeyde daha baskındı (Tablo 20).

Çocuklarının AIDS’li biri ile aynı okulda okumasını istememe ve AIDS’li arkadaşından uzaklaşma konusunda medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Öğrenim Durumuna göre irdeleme:

Tablo 21: Öğrenim Durumu ile Korunma Önlemi Alma Arasındaki İlişki

		Korunma Önlemi		
		Evet	Hayır	p
Öğrenim Durumu	Okuma yazma biliyor	1	0	$\chi^2:18,720$ $p=0,001$
	İlkokul mezunu	6	2	
	Ortaokul mezunu	33	23	
	Lise mezunu	98	27	
	Üniversite mezunu	55	5	
	Toplam	193	57	

Üniversite ve Lise mezunu bireyler, cinsel ilişkilerinde diğer eğitim düzeylerindeki bireylere kıyasla istatistiksel bakımdan çok anlamlı düzeyde ($p=0,001$) daha fazla korunma önlemi almaktaydı (Tablo 21). Bireylerin ilişki varlığı, ilişkide bulunulan eş sayısı ile öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 22 : Bireylerin Öğrenim Durumu ile AIDS Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu Arasındaki İlişki

Eğitim Durumu		AIDS Hakkında Bilginiz Var mı?		$\chi^2:23,543$ $p:0,001$
		Evet	Hayır	
Okur-Yazar	n	0	1	
	%	0,0	100,0	
İlkokul Mezunu	n	8	2	
	%	80,0	20,0	
Ortaokul Mezunu	n	67	18	
	%	78,8	21,2	
Lise Mezunu	n	138	35	
	%	79,8	20,2	
Üniversite Mezunu	n	79	2	
	%	97,5	2,5	
Toplam		292	58	

“AIDS hakkında bilginiz var mı?” sorusuna genelde yüksek oranda “Evet” cevabı verilmişse de üniversite mezunları diğerlerine kıyasla istatistiksel bakımdan çok anlamlı ($p=0,001$) düzeyde daha yüksek oranda “Evet” cevabı verdiler (Tablo 22).

AIDS hastalığının ciddiyeti, bulaşıcı olup olmadığı sorularına verilen yanıtlarla öğrenim durumu arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 23 : Bireylerin Öğrenim Durumu ile “AIDS’ ten Korunmada Etkili Yöntemler Nelerdir” Sorusuna Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

Eğitim Durumu		AIDS’ten Korunma Yöntemleri		$\chi^2:17,060$ $p:0,002$
		Doğru	Yanlış	
Okur-Yazar	n	1	0	
	%	100,0	0,0	
İlkokul Mezunu	n	6	4	
	%	60,0	40,0	
Ortaokul Mezunu	n	60	25	
	%	70,6	29,4	
Lise Mezunu	n	135	38	
	%	78,0	22,0	
Üniversite Mezunu	n	75	6	
	%	92,6	7,4	
Toplam		277	73	

Üniversite mezunları, diğer bireylere kıyasla HIV (+) olmakla AIDS’in aynı şey olmadığını ($p=0,002$), AIDS’in bulaşma yollarını ($p=0,001$), AIDS’e yakalanma riski olanları ($p=0,001$) ve korunmada etkili yöntemleri ($p=0,002$) (Tablo 23) istatistiksel bakımdan çok anlamlı düzeyde daha yüksek oranda doğru bildiler.

“AIDS virüsünün bulunabileceği vücut sıvıları nelerdir” sorusuna verilen yanıtlarla öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Bireylerin çocuklarının AIDS' li biri ile aynı okulda okumasını istememe konusundaki tutumları ile öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Buna karşın “bir arkadaşının HIV (+) olduğunu öğrendiğinde ondan uzaklaşma” ve “HIV (+) biriyle aynı ortamda çalışmak zorunda kalındığında iş değiştirme eğilimi gösterme” gibi yaklaşımlar üniversite mezunları tarafından diğerlerine kıyasla istatistiksel olarak çok anlamlı (sırasıyla $p=0,002$ ve $p=0,003$) düzeyde daha yüksek oranda kabul görmedi.

Yaşanılan yerleşim yerine göre irdeleme:

İl ve ilçe merkezinde yaşayan kişilerin ilişki varlığı oranı diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.031$) düzeyde daha yüksektir.

Birlikte olunan eş sayısı, korunma önlemi alma, AIDS hakkında bilgi sahibi olma, AIDS hastalığının ciddiyeti, bulaşıcı olup olmadığı ve HIV (+) olmakla AIDS'in aynı şey olup olmadığı konusundaki sorulara verilen cevap dağılımı ile yaşanılan yerleşim yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 24 : Bireylerin Yaşadıkları Yerleşim Yeri ile “AIDS Nasıl Bulaşır” Sorusuna Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

Yaşanılan Yerleşim Yeri		AIDS Nasıl Bulaşır		
		Doğru	Yanlış	
Köy	n	16	20	$\chi^2:20,942$ $p:0,001$
	%	44,3	55,6	
Belde	n	17	6	
	%	73,9	26,1	
İlçe	n	79	38	
	%	67,5	32,5	
İl Merkezi	n	140	34	
	%	80,5	19,5	
Toplam		252	98	

İl merkezinde yaşayanlar, diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara kıyasla AIDS’in bulaşma yollarını istatistiksel olarak çok anlamlı ($p=0,001$) düzeyde daha yüksek oranda doğru işaretlediler (Tablo 24).

AIDS’e yakalanma riski olanlar, AIDS virüsünün bulunabileceği vücut sıvıları, AIDS’ten korunma yöntemleri ve AIDS’ le ortak yaşam konusunda verilen yanıtlarla yaşanılan yerleşim yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Yaşanılan bölgeye göre irdeleme:

Tablo 25 : Bireylerin Yaşadıkları Bölge ile AIDS Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu Arasındaki İlişki

Yaşanılan Bölge		AIDS Hakkında Bilginiz Var mı?	
		Evet	Hayır
Doğu	n	19	9
	%	67,9	32,1
Batı	n	151	30
	%	83,4	18,6
Kuzey	n	25	4
	%	86,2	13,8
Güney	n	50	13
	%	79,4	20,6
Orta	n	44	2
	%	95,7	4,3
Yurt dışı	n	3	0
	%	100,0	0,0
Toplam		292	58

$\chi^2:12,721$
 $p:0,026$

Bireylerin yaşadıkları bölge ile ilişki varlığı ve ilişkide bulunulan eş sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Doğuda yaşayan bireyler, bu ilişkilerinde diğer bölgelerde yaşayanlar kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,047$) düzeyde daha az oranda korunma önlemi almaktadırlar.

Yurt dışında ve orta bölgede yaşayan bireylerin AIDS hakkında bilgi sahibi olma oranları diğer bölgelerde yaşayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.026$) düzeyde daha fazla idi. Bu grupta doğu bölgede yaşayanlar en düşük oranda bilgi sahibidir (Tablo 25).

Kuzey, Orta ve Batı bölgelerde yaşayanlar diğer bölgelere kıyasla AIDS bulaşıcı olduğu sorusunu istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.039$) düzeyde daha yüksek oranda doğru yanıtladılar.

AIDS hastalığının ciddiyeti, HIV (+) olmakla AIDS'in aynı şey olup olmadığı, AIDS'in nasıl bulaştığı, AIDS'e yakalanma riski olanlar, AIDS virüsünün bulunabileceği vücut sıvıları, AIDS'ten korunma yöntemleri ve AIDS'le aynı ortamda yaşamaya karşı konulan tavır konularında alınan yanıtlarda bölgeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

AIDS hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre irdeleme:

İlişki varlığı, ilişkide bulunulan eş sayısı, korunma önlemi alma, AIDS hastalığının ciddiyeti ve bulaşıcı olup olmadığı konularında AIDS hakkında bilgi sahibi olanlar ile olmayanların verdiği yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

AIDS hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre kişilerin HIV (+) olmakla AIDS aynı mı sorusuna verdikleri cevap dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. ($p<0.05$)

AIDS hakkında bilgi sahibi olduğunu söyleyenler olmadığını söyleyenlere kıyasla HIV (+) olmakla AIDS'in aynı olmadığını istatistiksel olarak anlamlı (p=0,018) düzeyde daha yüksek oranda işaretlediler.

Tablo 26 : “AIDS Hakkında Bilginiz Var mı” sorusunda verilen yanıtlarla “AIDS Nasıl Bulaşır” ve “AIDS’e Yakalanma Riski Olanlar Kimlerdir” Sorularına Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

AIDS Hakkında Bilginiz Var mı?		AIDS Nasıl Bulaşır?		AIDS’e Yakalanma Riski Olanlar Kimlerdir?			
		Doğru	Yanlış	Doğru	Yanlış		
Evet	n	236	56	$\chi^2:68,023$ $p:0,001$	265	27	$\chi^2:40,136$ $p:0,001$
	%	80,8	19,2		90,8	9,2	
Hayır	n	16	42		34	24	
	%	27,6	72,4		58,6	41,4	
Toplam		252	98	299	51		

AIDS'in bulaşma yolları ve AIDS'e yakalanma riski olanlar, AIDS hakkında bilgi sahibi olduğunu söyleyenler tarafından olmadığını söyleyenlere kıyasla istatistiksel olarak çok anlamlı (p=0,001) düzeyde daha yüksek oranda doğru olarak işaretlendi (Tablo 26). AIDS virüsünün bulunabileceği vücut sıvıları ve AIDS'ten korunma yöntemleri AIDS hakkında bilgi sahibi olduğunu söyleyenler tarafından olmadığını söyleyenlere kıyasla istatistiksel olarak çok anlamlı (p=0,001) düzeyde daha yüksek oranda doğru olarak işaretlendi.

Tablo 27 : “AIDS Hakkında Bilginiz Var mı” Sorusuna Verilen Yanıtlarla Toplumsal Yaşamda HIV/AIDS’le Yaşanan Sorunlara Yönelik Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

AIDS Hakkında Bilginiz Var mı?		ÇAÖÖİ			ABHÖÖU			HKÇZOİD		
		E	H	?	E	H	?	E	H	?
Evet	n	110	110	72	127	85	80	122	85	85
	%	37,7	37,7	24,6	43,5	29,1	27,4	41,8	29,1	29,1
Hayır	n	9	34	15	11	27	20	9	27	22
	%	15,5	58,6	25,9	19,0	46,6	34,4	15,5	46,6	25,9
Toplam		119	144	87	138	112	100	131	112	107
χ^2		12,175			12,834			14,750		
P		0,002			0,002			0,001		

ÇAÖÖİ: Çocuğumun bir AIDS’ li ile aynı okulda okumasını istemem

ABHÖÖU: Arkadaşlarımdan birinin HIV (+) olduğunu öğrensem ondan uzaklaşabilirim

HKÇZOİD: HIV (+) kişilerle çalışmam zorunlu olsa işimi değiştirmeyi düşünürüm

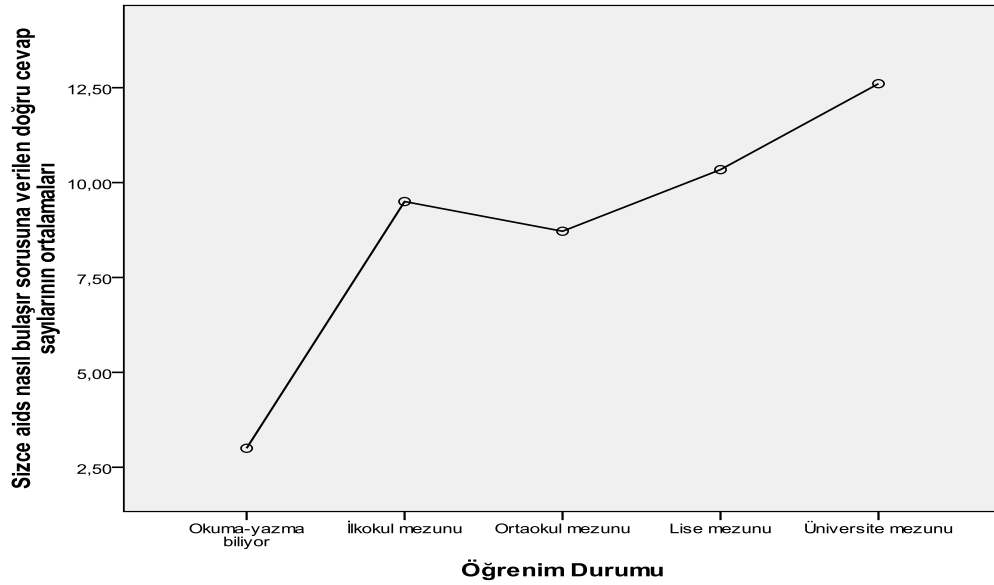
E: Katılıyorum, H: Katılmıyorum ? : Kararsızım

Çocuklarının AIDS’li bir çocukla aynı okulda okumasına kaşı olma, arkadaşının HIV (+) olduğunu öğrendiğinde ondan uzaklaşma ve HIV (+) kişilerle çalışmak zorunda kalındığında işini değiştirme fikirlerine AIDS hakkında bilgi sahibi olduğunu söyleyenler olmadığını söyleyenlere kıyasla istatistiksel olarak çok anlamlı (sırasıyla p 0,002, 0,002 ve 0,001) düzeyde daha yüksek oranda katılmadıklarını ifade ederek AIDS – HIV (+)’likle bir arada olmaya daha olumlu baktıklarını gösterdiler (Tablo 27).

AIDS hakkında bilgisi olduğunu beyan eden bireylerin kendi yorumlarıncı değerlendirdikleri bilgi düzeyleri ile tüm sorulara verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

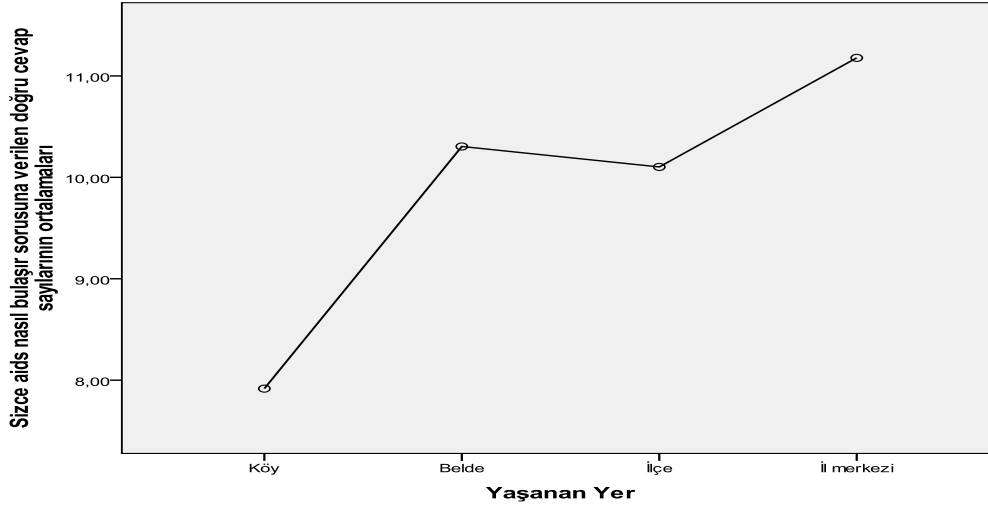
Bireylere AIDS' in nasıl bulaştığının bilinme düzeyini sorgulamak için 17 soruluk bir test uygulandı. Bu sorulara:

20 yaş ve altı yaş grubundakiler üst yaş gruplarındakilere göre ve bekarlar evlilere istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla $p < 0.001$ ve $0,017$) düzeyde daha az sayıda doğru cevap verdiler.



Şekil 4 : Bireyin Öğrenim Durumu ile AIDS'in Nasıl Bulaştığını Sorgulayan Sorulara Verilen Yanıt Sayısı Arasındaki İlişki

Öğrenim görmüş olanlar görmemiş olanlara göre daha fazla doğru yanıt verirken üniversite mezunu olanlar diğerlerine göre daha fazla doğru cevap verdiler. Saptanan bu farklılık istatistiksel açıdan çok anlamlı ($p < 0.001$) düzeydedir (Şekil 4).



Şekil 5 : Bireyin Yaşadığı Yerleşim Yeri ile AIDS'in Nasıl

Bulaştığını Sorgulayan Sorulara Verilen Yanıt Sayısı Arasındaki İlişki

Köyde yaşayanlara kıyasla diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlar, istatistiksel açıdan çok anlamlı ($p < 0.001$) düzeyde daha fazla doğru cevap verdiler (Şekil 5).

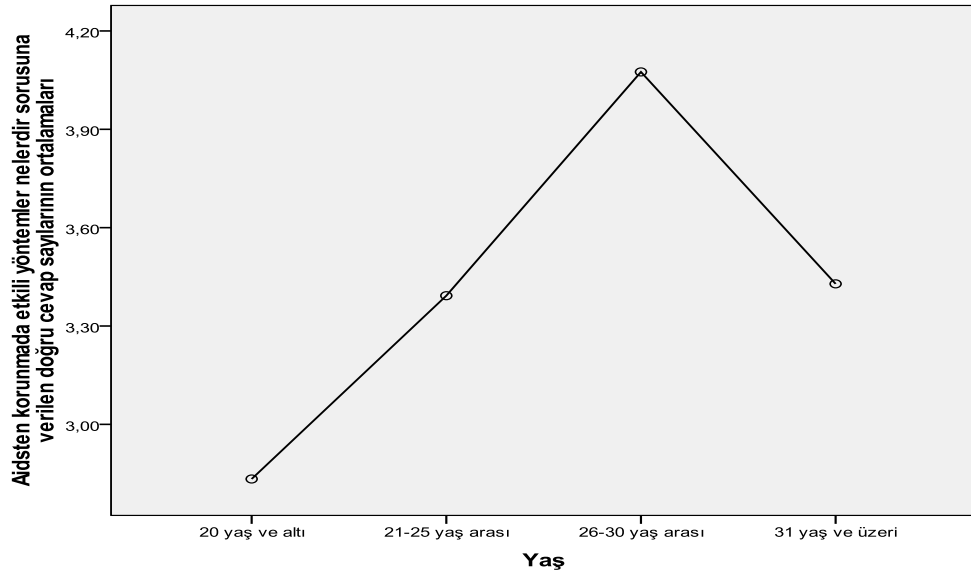
Doğuda yaşayanlar diğer bölgelerde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ($p = 0,014$) düzeyde daha az sayıda doğru cevap verdiler.

Bireylere AIDS'e yakalanma riski olanların kimler olduğu konusundaki bilgi düzeylerini sorgulamak için 6 soruluk bir test uygulandı. Bu sorulara:

26-30 yaş grubundakiler, 25 yaş ve altındakilere göre istatistiksel olarak anlamlı ($p = 0,016$) düzeyde daha çok, evliler bekarlara kıyasla istatistiksel olarak çok anlamlı ($p = 0.009$).düzeyde daha çok, Doğuda yaşayanlar diğer bölgelerde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ($p = 0,013$) düzeyde daha ve Ortaokul mezunu olanlar diğerlerine göre istatistiksel olarak çok anlamlı ($p < 0.001$)düzeyde daha az sayıda doğru cevap verdiler.

Eğitim d¼zeyi ile irdelemede niversite mezunlarının en çok sayıda doğru cevap verdiği saptandı. Verilen cevaplarla yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

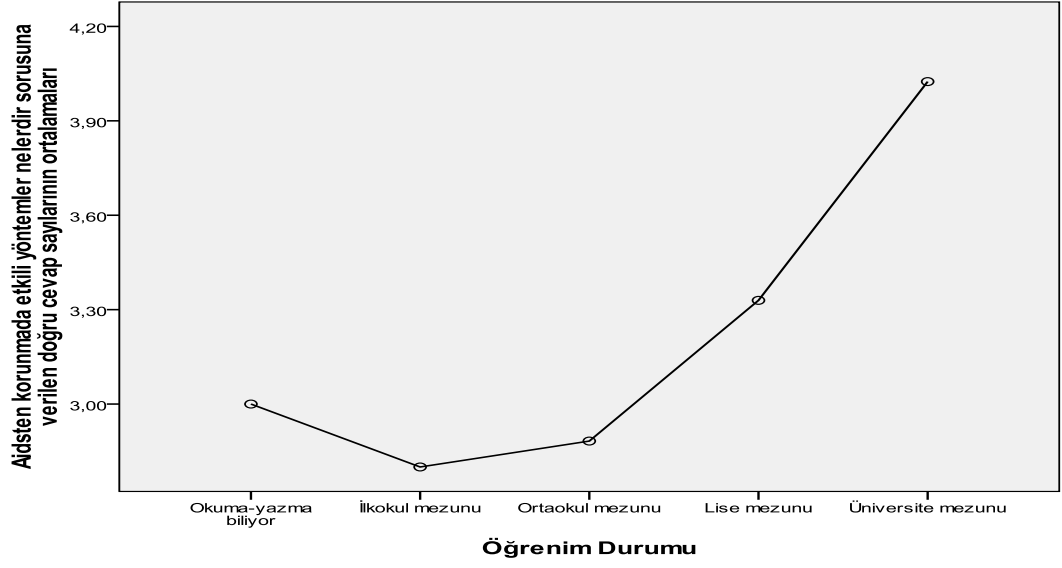
Bireylere AIDS'ten korunmada etkili yöntemlerin ne olduğu konusundaki bilgi d¼zeylerini sorgulamak için 5 soruluk bir test uygulandı.



şekil 6 : Yaş Grupları ile AIDS' ten Korunmada Etkili Yöntemlerin Sorgulandığı Sorulara Verilen Yanıtlar Arasındaki İlişki

20 yaş ve altı grubundakilere kıyasla diğer yaş grupları daha çok sayıda doğru cevap verdiler. 26-30 yaş grubu en çok doğru yanıt veren yaş grubu idi. Bu bulgular istatistiksel olarak çok ($p < 0,001$) anlamlıdır (şekil 6).

Medeni hal ile verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.



Şekil 7 : Öğrenim Durumu ile AIDS'ten Korunmada Etkili Yöntemlerin Sorgulandığı Sorulara Verilen Yanıtlar Arasındaki İlişki

Üniversite mezunları diğerlerine göre istatistiksel olarak çok anlamlı ($p < 0,001$) düzeyde daha fazla doğru cevap verdiler (Şekil 7).

6. TARTIŞMA

AIDS hastalığından korunmada etkili ve uygulanabilir bir aşının ve tedavi yönteminin henüz geliştirilememiş olması nedeniyle HIV enfeksiyonunun yayılımını önlemek amacıyla yapılan koruyucu çalışmaların temelini AIDS'e ilişkin bilgi verici ve eğitici çalışmalar oluşturmaktadır. Ancak programlı ve etkili bir eğitim için atılması gereken en önemli adımın; hedef kitlelerin belirlenmesi ve bunların karakteristik yapılarının, bilgi ve tutumlarının, gereksinim duydukları konuların dikkate alınması olmalıdır.

Çalışma grubunun yaşlar 19 – 45 arasında olup, ortalama yaş 22.67 olarak hesaplandı. Çoğunluk 237 kişi ile (%68) 21-25 yaş grubundadır (Tablo 1). Askeri bir birlik olması nedeniyle daha homojen bir yaş dağılımı beklenirken var olan bu farklılığın bireylerin eğitim ve askerlik görevlerinin tehir durumları ile ilişkili olduğu düşünüldü.

Bireylerin %50'si (n=73) lise ve %23'ü (n=81) üniversite mezunuydu (Tablo 3). Bulgular grubumuzun eğitim durumunun genelde iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.

Bireylerin %33'ü (n=117) ilçede, %50'si (n=174) il merkezinde yaşamaktadır (Tablo 4). Eğitim bulgularında olduğu gibi bu bulgu da bireylerin çoğunluğunun iyi sosyo-ekonomik koşullarda olduğunu göstermektedir.

Bölgeler göre dağılım incelendiğinde bireylerin ağırlıklı olarak batıdan geldiği dikkati çekmektedir. Diğer bölgelerin dağılımdaki payları düşüktür (Tablo 5).

Bu demografik özellikler, grubumuzun sosyal, ekonomik ve kültürel olarak nispeten iyi durumda olduğunu göstermektedir. Çalışmada alınan sonuçların yorumlanmasında bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Kır ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları benzer bir çalışmada öğretim durumu, yerleşim yeri ve yaşanan bölge açısından önemli benzerlik vardır.

Grubumuzda cinsel birliktelik yaşamamış bireylerin oranı %29 (n=100) dur (Tablo 6). Diğer bireylerin evlilik veya evlilik dışı cinsel birlikteliği olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu bireylerden %40'ı (n=101) tek eşli birliktelik sürdürürken, %60'ı (n=149) birden fazla kişi ile birlikte olmaktadır.

Bireylerin %23'ü (n=57) korunmasız cinsel ilişki yaşarken %77'si (n=193) cinsel ilişkide korunma önlemi almaktaydı. Korunma yöntemi olarak % 94 oranında kondom kullanılmaktaydı (Tablo 7).

Kır ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada da bireylerin % 30,2 si cinsel birliktelik yaşamadığını belirtmiştir. Bu değer bizim sonucumuzla büyük benzerlik göstermektedir. Ancak kondom kullanım sıklığı bizim çalışmamızda belirgin olarak daha yüksektir (%77 vs %32,6). Sonnenstein ve arkadaşlarının (1989) hastalığın daha başlangıç yıllarında yaptıkları bir çalışmada kondom kullanımının eskiye oranla çok arttığı ve % 50'nin üzerine çıktığı saptanmıştır.

AIDS hakkında bilgisi olduğunu ifade eden bireylere (grubun % 83,4'ü) kendi kanaatlerine göre bu bilgi düzeyinin ne olduğu sorgulandığında bireylerin sadece %26'sı (n=77) bilgi düzeyini yeterli olduğunu işaretledi.

AIDS'in tanınmasının ilk yıllarında yapılan bir çalışmada lise öğrencilerinin AIDS hakkındaki bilgi düzeyleri çok düşük bulunmuştur (Price 1985). DiClemente ve arkadaşları (1991) öğrenci ve hapisteki gençler üzerinde yaptıkları bir çalışmada her iki grubun AIDS hakkındaki bilgi düzeylerini yüksek seviyede bulmuşlardır. Kır ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada katılımcıların % 60.2 si AIDS hakkında yeterli bilgisinin olduğunu beyan etmiş, kalan % 39.8'i ise bilgisinin yetersiz olduğunu söylemiştir. Bizim çalışmamızda da yüksek denilebilecek düzeyde bilgi varlığı ifade edildi. Ancak yeterli olduğuna kanaat getirenlerin oranı bu çalışmaya göre daha düşüktür. Buna, anket sorularında orta düzey seçeneğinin bulunmasının neden olduğunu düşünüyoruz. Biz çalışmamızda orta düzeyi de yetersiz kabul ettik.

Özdemir ve arkadaşlarının (2003) üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri araştırılmış ve %40 düzeyinde saptanmış, bunlar arasında AIDS en çok bilinen hastalık olmuştur. Farklı tarzda bir çalışma olmasına karşın bulaşma yolu nedeniyle benzerlik gösteren bu çalışmada da bireylerin bilgi düzeyi çalışmamızdakine benzer çıkmıştır.

Bunun daha objektif bir şekilde sağlanabilmesi amacıyla bireylere AIDS'le ilgili bilgi düzeylerini sınavan sorular yöneltildi. Bulaşma yollarına yönelik sorulara genelde "orta üzeri" seviyede doğru yanıt alındı. Buna karşın anneden çocuğa hem doğum esnasında hem de emzirme ile ve dövme yaptırma yoluyla bulaşmanın mümkün olduğu çok zayıf düzeyde bilinmekteydi (Tablo 10) (Şekil 2).

AIDS'e yakalanma riski olanlar "iyi" düzeyde biliniyordu (Tablo 11) (Şekil 3). Sadece hastane çalışanları ile uyuşturucu madde kullananların risk grubunda olduğu düşük düzeyde bilindi. Bu durum grubun hastane çalışanlarının çalışma koşullarını ve uyuşturucu kullananların yaşam koşullarını iyi bilmemelerinden kaynaklanmış olabilir. AIDS virüsünün bulunabileceği vücut sıvıları nelerdir sorusuna kan ve kan ürünleri ile vajinal sıvı yüksek, anne sütü orta düzeyde işaretlenirken idrar, gözyaşı, burun akıntısı ve tükürük hiç işaretlenmedi (Tablo 12). Günlük iletişim araçlarında sürekli cinsel temas ve kan ürünlerinden bahsedilmesi, diğerlerinin üzerinde pek durulmaması buna neden olarak gösterilebilir. AIDS'ten korunmada etkili yöntemler genelde iyi biliniyordu. Önemli bir istisnası ilaçla korunabileceği yanlış bilgisi idi (Tablo 13).

AIDS'le ilgili bilgi sağlanmasında en yüksek oranda (%35) iletişim yolları işaretlendi (Tablo 14). AIDS'in özel olarak araştırılıp okunması düzeyi yeterli değildi. Bu sonuçlar genel iletişim araçlarının olumlu eğitsel etkilerine rağmen bunların tam anlamı ile yeterli olmadığı ve aslında toplumun her bölümüne özel eğitim sağlayacak etkinliklerinin gerekli olduğu sonucunu doğurmaktadır. Çalışmamızdan bireylerin bu tür eğitsel etkinliklere sıcak baktığı ortaya çıkmaktadır. Özdemir ve arkadaşlarının(2003) çalışmasında da eğitsel faaliyetler sıcak bakıldığı ifade edilmiştir. Bu benzerlikler sağlık konusunda eğitsel faaliyetlerine olan ihtiyacı ve açlığı göstermek açısından önemlidir.

Bireylerin AIDS'lilerle ve HIV taşıyıcılarıyla aynı ortamda bulunma konusunda belirgin tereddütleri vardı (Tablo 15). Çalışma grubunun sadece yaklaşık üçte biri bu konuyu dert edinmemekteydi. Bu durum da AIDS hakkında var olan bilginin özümsemediğini, derinlemesine ve tatmin edici olmadığını göstermektedir.

Demografik özellikler göz önünde bulundurularak yapılan irdemelerde yaşça daha büyük olanların daha yüksek oranda AIDS hakkında bilgi sahibi olduğu, evlilerin evlilik dışı ilişkilerinin daha az olduğu, evlilerin korunma konusunda daha dikkatli olduğu saptandı. Ancak AIDS'li ortamda yaşam konusunda evliler daha çekingendi. Bu bulgular aslında deneyimin ve aile kurumunun kişiyi daha ilgili ve daha dikkatli yaptığı, buna karşın bilgiye dayalı hareket edilmediği savını düşündürdü.

Bireylerin eğitim durumu beklendiği gibi AIDS hakkında bilgi sahibi olmayı da olumlu etkiledi. Üniversite mezunları AIDS hakkında daha yüksek oranda bilgi sahibiydiler (Tablo 22) ve bulaşma yollarını, riskli kişiler ve etkili korunma yöntemleri (Tablo 23) konularını daha yüksek oranda doğru işaretlediler. Keza AIDS'li ortamda yaşama konusunda da diğer eğitim düzeylerindeki bireylerden daha olumlu yaklaşmaktaydılar. Ancak diğer parametreler açısından eğitim düzeyi ile ilişkili bir farklılık saptanmadı. Bunda çalışma grubumuzun aslında eğitim düzeyinin genelde yüksek olmasının katkısı olduğu söylenebilir.

Uner ve Turan'ın (2000) lise öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada babaları yüksek eğitim görmüş öğrencilerin babaları diğer eğitim kurumlarından mezun olmuş öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek düzeyde AIDS hakkında bilgi sahibi olduklarını bulmuşlardır. Çalışmamızda doğrudan bireylerin eğitim durumu irdelenmiş olmasına rağmen ve bahsi geçen çalışmadan bu açıdan farklılık göstermesine karşın eğitilmiş olmanın olumlu etkisini göstermesi açısından tartışmaya değer bulunmuştur.

Keza gerek bu çalışmada ve gerekse Toker ve Doğan'ın (1996) yine lise öğrencilerinin AIDS hakkındaki bilgi düzeyleri ile ilgili yaptıkları çalışmada kısa süreli bir eğitimin öğrencilerin bilgi düzeylerinde istatistiksel bakımdan anlamlı düzeyde bilgi artışının sağlandığı saptanmıştır. Çalışmamızda bireylerin eğitsel faaliyetler ilgi duymaları bu çalışmaların olumlu sonuçları ile haklılık kazanmaktadır.

Öte yandan üniversite öğrencilerinin HIV-AIDS hakkındaki bilgi düzeylerini araştıran Özdemir ve arkadaşları (2006) öğrencilerin bilgi düzeyini iyi seviyede bulmuşlardır. Bizim sonuçlarımız da bu sonuçla uyusmaktadır.

Yerleşim yeri bağlamında ilçe ve il merkezlerinde yaşayanların cinsel birlikteliği diğer yerleşim yerlerin göre daha yüksek oranda idi. Bu durum beklentilerle uyum içerisindedir. Yine il merkezinde yaşayanlar AIDS bulaşma yollarını daha yüksek oranda doğru olarak işaretlediler. Ancak AIDS'le ortak yaşam dahil diğer parameterlerde alınan yanıtlarla yerleşim yeri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Beklentiler il ve ilçe merkezlerinde yaşayanların daha yüksek düzeyde bilgi sahip olması yönündedir. Oysa yerleşim yeri bağlamında AIDS'in tanınmasında bir farklılık yoktur. İl ve ilçe merkezlerinin kozmopolitan yapısının bunda katkısı olduğu söylenebilir.

DiClementi ve arkadaşları (1993) AIDS prevalansı düşük kırsal kesimle prevalansı yüksek il merkezindeki lise öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada kırsal kesim öğrencilerinin AIDS ve bilhassa risk azaltıcı önlemler konusunda şehirli arkadaşlarına kıyasla daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduklarını bulmuşlardır. Buna karşın kırsal kesim öğrencilerinin özellikle cinsel alışkanlıklarında korunmaya yönelik önlem almada bu derecede dikkatli olmadıklarını görmüşlerdir. Bunu da bölgelerinde prevalansın düşük olmasına olan güvene atfetmişlerdir.

Temoshok ve arkadaşları (1987) ise üç ayrı şehirde yaptıkları çalışmada sosyal kültürel ve epidemiyolojik karakterlerin halkın bilincini nasıl etkilediğini araştırmışlardır. Burada her üç şehirde bilgi düzeyi ile AIDS'e karşı korkunun arasında negatif ilişki saptamışlardır. Ancak her üç şehirde kendilerine has davranış farklılıkları bulmuşlar ve bunları da toplumların epidemiye reaksiyonlarındaki farklılığına atfetmişler ve toplumsal eğitimin de bu karakterlere göre planlanmasının uygun olacağı sonucuna varmışlardır.

Bu iki çalışma ve bizim çalışmamız, benzer karakterde olmamalarına karşın yerleşim yeri ile AIDS hakkında bilgi sahibi olma ve önlem alma konusunda önceden öngörüde bulunulamayacağını göstermektedir.

Bölge bazında incelendiğinde doğuda yaşayanların diğer bölgelere kıyasla korunma önlemlerine daha az oranda başvurduğu, AIDS hakkında daha az oranda bilgi sahibi olduğu anlaşılmaktadır. Öte yandan AIDS bulaşma yolları kuzey ve orta bölgelerde daha yüksek oranda doğru bilindi. Bu bulgular beklentilere yakın idi. ancak diğer parametreler açısından bir farklılık saptanmadı. Bölgeler arasında çok anlamlı bir farklılık olmaması çalışma grubunun eğitim düzeyinin genelde iyi olması ile izah edilebilir.

AIDS hakkında bilgi sahibi olduğunu beyan eden bireylerin HIV taşıyıcılığının AIDS'ten farklı olduğu, AIDS'in bulaşma yolları, AIDS riskinde olanlar, virüs içerebilen vücut sıvıları, AIDS'ten korunma yolları konularında daha yüksek oranda doğru bilgiye sahip oldukları ve AIDS'le ortak yaşamda daha olumlu davrandıkları ortaya çıktı. Bu bulgular, "bilgim var" diyenlerin gerçekten de "bilgim yok" diyenlere kıyasla AIDS'i daha iyi tanıdıklarını göstermektedir. Bu da istendiğinde veya verildiğinde sağlanan bilginin etkili olduğu sonucunu doğurmaktadır.

Kır ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada eğitim durumu, evli olmak, il ve ilçe merkezinde yaşıyor olmak ve yurdun doğu bölgesinde yaşıyor olmakla bilgi düzeyleri arasındaki ilişki çalışmamızla büyük benzerlik içerisindedir.

Bu sonuçlara göre Ağrı ili Patnos ilçesindeki askeri birlikte görevli er ve erbaşların AIDS gibi önemli ve sonuçları ağır olabilen bulaşıcı bir hastalığa karşı orta düzeydeki bilgi durumları sorunun önemi dikkate alındığında yeterli gözükmemektedir. Ancak var olan bilgi düzeyi eğitilmiş olmayla artmaktadır. Bu da AIDS'e karşı yürütülecek kampanyalarda eğitsel faaliyetlerin etkili olabileceğini göstermektedir.

Çalışma popülasyonunun yurdun değişik bölgelerinden gelmiş bireyleri içermesi, toplumun geneline atfedilebilecek bilgiler verebilir. Buradan tüm topluma yönelik çıkarımlar sağlanabilir. Keza askerlik kurumunun aynı zamanda eğitim verme özelliğinin olması bireylerin bu görevlerini yaparken uygulanacak eğitsel programlarla gerek sağlık konusunda gerekse bilhassa AIDS gibi bulaşıcı hastalıklar konusunda desteklenebilecekleri düşünüldü.

7. SONUÇ ve ÖNERİLER

- Çalışma grubunun eğitim düzeyi iyidir (Çoğunluk lise ve üniversite mezunudur).
- Çalışma grubunu oluşturan bireylerin yerleşim durumu ağırlıklı olarak il ve ilçe merkezidir ve batı bölgelerinde yaşamaktadırlar.
- Bireylerin % 71,4'ü cinsel birliktelik yaşamıştır. Bunların % 59,8'ı birden fazla eşli ilişkiye sahiptir. İlişkisi olan bireylerin % 77,2 si ilişkide korunma yöntemlerini uygulamaktadır.
- Bireylerin AIDS hakkında bilgi düzeyi, sorgulama sonuçlarına göre genelde “orta üzeri” seviyede bulundu.
- Bulaşma yolları, korunma yöntemleri, risk grupları ve bulaşma materyeli genelde iyi düzeyde biliniyordu.
- Bilgi düzeyi ile eğitim düzeyi ve yerleşim yeri arasında anlamlı düzeyde ilişki varlığı saptandı.
- Bilgiler ağırlıklı olarak görsel, yazılı basın ve internet üzerinden sağlanmaktaydı. Ancak özümseme yeterli değildi ve burada vurgulananlar dışındaki bilgiler yeterli değildi. Bu da eksikliklere ve hatta yanlışlara neden oluyordu.
- AIDS ile ortak yaşam konusunda önemli ölçüde tereddüt vardı. Bunda da AIDS hakkındaki bilginin köklü olmamasının etkisi gözlemlendi.
- Çalışma popülasyonunun yurdun değişik bölgelerinden gelmiş bireyleri içermesi, toplumun geneline atfedilebilecek bilgiler verebilir ve buradan da tüm topluma yönelik çıkarımlar sağlanabilir. Keza askerlik kurumunun aynı zamanda eğitim verme özelliğinin olması bireylerin bu görevlerini yaparken uygulanacak eğitsel programlarla gerek sağlık konusunda gerekse bilhassa AIDS gibi bulaşıcı hastalıklar konusunda desteklenebilecekleri düşünüldü.
- Uygulanacak eğitimlerde, er ve erbaşlarda davranış değişikliği oluşturarak güvenli cinsel yaşamı benimsemelerine yardımcı olacak katılımcı eğitim yöntemlerinin kullanılması tercih edilmelidir.
- Er ve erbaşlarla yoğun olarak ilgilenen ve onlara ulaşması çok kolay olan eğitmen ve subayların da AIDS eğitimi konusundaki seminer vb yollarla eğitim almaları uygundur.

8. KAYNAKLAR

- Akalın E., Kansu E. (1989) AIDS. Modern Tıp Seminerleri, Güneş Kitabevi, Ankara, s:143-147.
- Aksoy M. (2008) HIV/AIDS ve Beslenme, Sağlık Bakanlığı Yayını, Klasmet Matbaacılık, Ankara, s:7-32
- Akyolcu N (1995) Ameliyathane hemşirelerinin HIV/AIDS'ten korunmaya yönelik bilgi ve uygulamaların değerlendirilmesi. 2.Türkiye AIDS Kongresi, İstanbul,AIDS Savaşım Derneği Yayını.
- Aras S (1994) Adolesan çağında cinsellik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar. II. Ulusal AIDS ve I. Ulusal AIDS CİGH Sempozyumu, İzmir, Sempozyum Kitabı, s: 29-31.
- Bayık A (1994) Güvenli annelik - HIV / AIDS. AIDS- II. Ulusal AIDS ve I. Ulusal AIDS CİGH Sempozyumu, İzmir, Sempozyum Kitabı, s:46-51.
- Baki B., Tümerdem N., Özer M., Tüfekçi F., Uçar M., Hasde M. (2003) İstanbul ve Ankara'daki bir grup askerin AIDS konusundaki yaklaşımları. Gülhane Tıp Dergisi, 45(1): 19-24.
- Başer Z. (1998) Türkiye'de HIV/AIDS mücadelesinde yapılanma. Eczacılar Birliği Yayını, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, s: 275- 284.
- Beköz Ü., Sarıgül F. (1994) AIDS nedir?. HIV ve AIDS Dergisi, 1(1), s:1-7.
- Beyazyürek M (1993) Damariçi uyuşturucu kullanımı ve AIDS. 1.Türkiye AIDS Kongresi, İstanbul, Kongre Kitabı, Omaş Ofset.
- Biberoğlu K. (1996) AIDS hastalığında fırsatçı enfeksiyonların tedavi ve korunması. AIDS Dergisi, (7), s: 15-19.
- Bilir N. (1991) AIDS epidemiyolojisi ve korunma. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 1 (9).
- Biröl L., Akdemir N., Bedük T., (1990) İç Hastalıkları Hemşireliği, 5. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Ankara.
- Bulduk S., Esin MN., Umut N. (2006) Adölesanların HIV/AIDS bilgi düzeyleri ve hastalığa karşı sosyal önyargıları. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 15 (8): 139.

Çetin ET (1999) AIDS. AIDS Savaşım Bülteni, AIDS Savaşım Derneği Yayını, (32): 1-24.

Çevik N (1994) Çocuk ve AIDS. II. Ulusal AIDS ve I. Ulusal AIDS CİGH Sempozyumu, İzmir, Sempozyum Kitabı, s:19-29.

Day S., Ward H., Perrotta L. (1994) Fahişelik ve HIV riski, fahişelerin erkek partnerleri. Çeviren: K. İnci, Literatür Dergisi, (19), s: 91-93.

DiClemente RJ, Brown LK, Beausoleil NI, Lodico M. (1993) Comparison of AIDS knowledge and HIV-related sexual risk behaviors among adolescents in low and high AIDS prevalence communities. <http://www.jahonline.org/article/1054-139X%2893%2990011-D/abstract - AFF2J> Adolescent Health, 14 (3): 231-236.

DiClemente RJ, Lanier MM, Horan PF, Lodico M. (1991) Comparison of AIDS knowledge, attitudes, and behaviors among incarcerated adolescents and a public school sample in San Francisco. American Journal of Public Health, 81 (5): 628-630.

Erbaydar S (1993) Risk faktörleri ve bulaşma yolları. I. Türkiye AIDS Kongresi, İstanbul, Kongre Kitabı, Omaş Ofset.

Erdine S. (1992) AIDS ve ağrı. Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi, (2): 64-66.

Erensoy S (1993) AIDS ve laboratuvar. I. Türkiye AIDS Kongresi, İstanbul, Kongre Kitabı, Omaş Ofset.

Ergin K. (1988) AIDS (Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu) ve hemşirelik girişimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 4 (2): 23-24.

Ergör G. (1993) Türkiye'de AIDS'e yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2 (12).

Fauci AS, Lane C. (2005) Human Immunodeficiency Virus Disease: AIDS and related disorders. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th ed., The McGraw-Hill Companies, p: 1076-1139.

Fridman RC, Downey JI. (1994) Homosexuality. The New England Journal of Medicine, 331 (14), p: 923-930.

Görak G. (1993) Sağlık personelinde HIV enfeksiyonu ve enfeksiyon kontrolü. I. Türkiye AIDS Kongresi, İstanbul, Kongre Kitabı, Omaş Ofset.

- Güler N., Bekar M., Ulusoy H. (1993) AIDS' li olguların rehabilitasyonu. Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi, (10): 16-28.
- WHO/UNAIDS (1999) HIV and pregnancy. Geneva.
- Keklioğlu M., Çelebi I. (1995) İnsan bağışıklık noksanlığı enfeksiyonu (HIV). The Merck Manual Tanı Tedavi El Kitabı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s: 77-85.
- Kılıç S., Açıklık CH, Kır T., Oğur R., Uçar M. (2004) Sağlık Astsubay Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinin HIV/AIDS hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 3(6).
- Kır T., Kılıç S., Oğur R., Uçar M. ve Hasde M. (2004) Ankara'daki iki askeri birlikte erlerde HIV/AIDS bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 3 (5): 93-102.
- Kocaman G. (1993) Sağlık kuruluşlarında AIDS önlemleri. AIDS Dergisi, (1): 13-16.
- Lindsey E. (2003) Hemşire ve ebeler için HIV-AIDS el kitabı. Çevirenler: Doğan F., Tokar SO., Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.
- Masur H., Healey L., Hadigan C. (2008) Treatment of Human Immunodeficiency Virus İnfection and Acquired Immunodeficiency Syndrome. In: Goldman L, and Ausiellon D (eds) Cecil Medicine, 23rd ed., Saunders, Elseviers. p: 2571-2585.
- Neyzi O., Yolsal N. (1997) Cinsel yolla bulaşan hastalıklar tanı ve tedavi rehberi. İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı, Aşama Matbaacılık, İstanbul.
- Okay GE. (2006) HIV/AIDS hastalarında Elisa yöntemi ile cryptosporidium türlerinin sıklığının araştırılması. TC Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Şef: Uzm. Dr. Özcan Nazlıcan).
- Özdemir L., Ayvaz A., Poyraz Ö. (2003) Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (1): 10-14.

- Özdemir M., Feyzioğlu B., Doğan M., Baykan M., Baysal B. (2006) Üniversite öğrencilerinin HIV/AIDS hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Türk HIV-AIDS Dergisi , 9(1): 10-16.
- Özgenç O.(1994) AIDS'de fırsatçı viral enfeksiyonlar. II. Ulusal AIDS ve I. Ulusal AIDS CİGH Sempozyumu, İzmir, Sempozyum Kitabı, s:12-18
- Özgüneş N. (1992) AIDS. Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi, (3).
- Özinel MA. (1993) AIDS'in epidemiyolojisi, korunma ve kontrolü. İnfeksiyon Dergisi, 7 (1), s: 209-211.
- Piot P. (2008) Human Immunodeficiency Virus İnfection and Acquired Immunodeficiency Syndrome: A Global Overview. In: Goldman L., Ausiellon D (eds) Cecil Medicine, 23rd ed., Saunders, Elseviers, p: 2553-4.
- Price JH., Desmond S., Kukulka G. (1985) High school students' perceptions and misperceptions of AIDS. Journal of School Health, 55 (3): 107–109.
- Quinn TC. (2008) Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus İnfection and Acquired Immunodeficiency Syndrome. In: Goldman L., Ausiellon D. (eds) Cecil Medicine, 23rd ed., Saunders, Elseviersp, p: 2561-7.
- Sarıgül F., Beköz Ü. (1994a) HIV'in bulaşma yolları. HIV ve AIDS Dergisi, 4 (1), s:4-7.
- Sarıgül F., Beköz Ü. (1994b) Tanı. HIV ve AIDS Dergisi, 4 (1), s:7-12.
- Sarıgül F., Beköz Ü. (1994c) Tedavi ve klinik protokol. HIV ve AIDS Dergisi, 4 (1), s: 12-25.
- Savaşer S. (1995) Lise öğrencilerinin AIDS'e bakışı. 2.Türkiye AIDS Kongresi, İstanbul, AIDS Savaşım Derneği.
- Sax PE, Walker BD. (2008) Immunopathogenesis of Human Immunodeficiency Virus İnfection. In: Goldman L., Ausiellon D (eds), Cecil Medicine, 23rd ed., Saunders, Elseviers, p: 2554-7.

Shaww GM. (1993) Biology of Human Immunodeficiency Viruses. In: Goldman L., Ausiellon D (eds), Cecil Medicine, 23rd ed., Saunders, Elseviers, p: 2557-61.

Sipahioğlu H. (1993) AIDS. Saray Kitabevi, Ankara.

Sonnenstein FL, Pleck JH, Ku LC. (1989) Sexual activity, condom use and AIDS awareness among adolescent males. Family Planning Perspectives, (152).

Temoshok L., Sweet DM., Zich JA. (1987) Three city comparison of the public's knowledge and attitudes about AIDS. Psychology & Health, 1(1):

<http://www.informaworld.com/smpp/title~db=all~content=t713648133~tab=issueslist~branches=1-v143-60>.

Toker SO., Doğan F. (1996) 14-19 yaş grubundaki lise oğrencilerinin AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) ile ilgili bilgi dizeylerinin eğitim öncesi ve sonrasında Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Ethic, 4: 19-27.

Tümer A. ve Ünal S. (2001) HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma. Aile ve Toplum Eğitim ve Araştırma Dergisi, 1(4).

Uner S., Turan S.(2000) Ankara'da lise son sınıf oğrencilerinin HIV/AIDS bilgi dizeylerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, (4).

Ustaçelebi ř. (1999) İnsan immünyetmezlik virüsleri. Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, Güneş Kitabevi, Ankara, s: 987–1001.

Yücel A. (1994) AIDS'te fırsatçı enfeksiyonlar. II.Ulusal AIDS ve 1. Ulusal CİGH Sempozyumu, İzmir, Sempozyum Kitabı, s: 9-12.

<http://www.avert.org/worldstatinfo.htm>., Erişim tarihi: 24.08.2010

http://pozitifyasam.org.tr/türkiyede_hiv_aids/tc.saglıkbakanlığı_hiv_aidsveritabloları.,

Erişim tarihi: 18.03.2010

www.saglık.gov.tr/extras/birimler/2003istatistik., Erişim tarihi: 18.03.2010

www.saglık.gov.tr/extras/birimler/2007istatistik., Erişim tarihi: 18.03.2010

http://www.unicef.org/turkey/sy5/_ah10.html., Erişim tarihi: 15.07.2010

9. EKLER

EK 1- ANKET FORMU

Bu anket, Ağrı Patnos ilçesindeki askeri birlikte erbaş ve erlerin AIDS hakkındaki bilgi düzeylerinin saptanması ve AIDS ile birlikte yaşama konusunda düşünce ve aldıkları önlemlerin belirlenmesi amacıyla planlanan bir çalışma için uygulanmaktadır.

İleriye yönelik önlem ve planlamaların yapılmasında yararının olacağına inandığımız bu anketi cevapladığınız için teşekkür ederim.

İsim yazmanıza gerek yoktur.

1)Yaşınız:

2)Medeni Hali: () Evli () Bekar

3)Öğrenim Durumu: () Okuma yazma biliyor

() İlkokul mezunu

() Ortaokul mezunu

() Lise mezunu

() Üniversite mezunu

4) Yaşamakta olduğu yerleşim birimi:

() Köy

() Belde

() İlçe

() İl merkezi

5)Yaşamakta olduğu demografik bölge:

() Doğu

() Batı

() Kuzey

() Güney

() Orta

() Yurtdışı

6) Cinsel birlikteliğiniz (Evli iseniz evlilik dışı):

Var Yok

7. Cevap “var” ise

Tek kişi ile Birden fazla kişi ile

8. İlişkide olduğunuz kişinin sizin dışınızda ilişkisi olabilir mi?

Evet Hayır

9. Cevap evet ise bu sizi sağlık açısından rahatsız ediyor mu?

Evet Hayır

10.Cevap “evet” ise sebebini yazınız!

.....

11 . Cinsel ilişki esnasında korunma amaçlı önlem alıyor musunuz?

Evet Hayır

12.Cevap “evet” ise uygulanan korunma önlemini yazınız!

.....

13. “AIDS hastalığı” hakkında bilginiz var mı?

Evet Hayır

14. Cevabınız “evet” ise AIDS hakkında sahip olduğunuz bilgiyi nasıl

değerlendiriyorsunuz?

Yeterli Orta düzeyde Yetersiz

15. AIDS tehlikeli midir? Evet Hayır

16. AIDS sizce bulaşıcı mıdır? Evet Hayır

17. HIV taşıyıcısı olmak ve AIDS aynı şey midir?

Evet Hayır

18. Sizce AIDS nasıl bulaşır?

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
AIDS' li kadınla cinsel ilişki ile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS' li erkekle cinsel ilişki ile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sivrisin ısırması ile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öksürük ve hapsırma ile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tokalaşma ile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dövme yaptırmakla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortak tuvaleti kullanmakla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yiyecek ve içecek ile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anneden doğum sırasında bebeğe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anneden bebeğe emirme ile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yanaktan öpüşme ile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortak tıraş bıçağı kullanmakla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS' li kişi ile aynı odada kalmakla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS' li kişi ile aynı elbise veya havluyu kullanmakla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS' li kişi ile aynı havuzu paylaşmakla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aynı çatal, kaşık ve bıçağı kullanmakla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tedavi sırasında kan ve kan ürünlerinin verilmesi ile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. AIDS' e yakalanma riski olanlar sizce kimlerdir?

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Cinsel eşini sürekli değiştirenler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annesi AIDS' li olan bebekler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evlilik dışı ilişki kuranlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eşinde AIDS hastalığı bulunanlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastane çalışanları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uyuşturucu- ilaç bağımlıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. AIDS virüsünün bulunabileceği vücut sıvıları hangileridir?

- Kan İdrar Anne sütü Gözyaşı
- Vajinal sıvı Sperm Tükürük Burun akıntısı

21. AIDS 'ten korunmada etkili yöntemler nelerdir?

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Kondom kullanmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlaçla korunmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlık eğitimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tek eşlilik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiç cinsel ilişkiye girmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. AIDS hakkında bilginizi hangi kaynak yada kaynaklardan aldınız?

(Birden fazla seçen işaretleyebilirsiniz)

Ailemden

Kitap ve dergilerden

Arkadaşlarımdan

Gazete,televizyon ve internetten

Okuldan

23. Bu konuda eğitici toplantılar yapılacak olursa katılarak bilginizi

arttırır mısınız?

Evet

Hayır

24. Çocuğumun bir AIDS li ile aynı okulda okumasını istemem.

Katılmıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

25. Arkadaşlarımdan birinin HIV (+) olduğunu öğrensem ondan

uzaklaşabilirim.

Katılmıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

26. HIV (+) kişilerle aynı ortamda çalışırım.

Katılmıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

27. HIV (+) kişilerle çalışmam zorunlu olsa işimi değiştirmeyi düşünürüm.

Katılmıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

13. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Ebru ŞAHAN
Doğum Yeri ve Tarihi : Muş – 19.09.1984
Medeni Hali : Evli
Yabancı Dil : İngilizce
E posta Adresi : mavi.bulut.5@hotmail.com
Tel :

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Tuzla Süper Lisesi	2002
Lisans	GATA Hemşirelik Yüksek Okulu	2006

İş Tecrübesi

Görev	Süre (yıl-yıl)
Ankara GATA Koroner Yoğum Bakım	2006-2008
Haydarpaşa GATA Genel Cerrahi Yoğum Bakım	2008-2009
Ağrı-Patnos Tugay Reviri	2009-

Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

Türk Kardiyoloji Derneği (TKD)