T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLERİNİN HIV/AIDS HASTALIĞI VE HASTALARI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Dr. Kerem Yiğithan KOÇAK

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2023

T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLERİNİN HIV/AIDS HASTALIĞI VE HASTALARI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Dr. Kerem Yiğithan KOÇAK

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU

ESKİŞEHİR

2023

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Aile hekimlerinin HIV/AIDS hastalığı ve hastaları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 26.07.2022 tarihinde 08 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Kerem Yiğithan KOÇAK
Tarih: 13/07/2023
İmza:

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Kerem Yiğithan KOÇAK'a ait "Aile hekimlerinin HIV/AIDS hastalığı ve hastaları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:13/07/2023

Jüri Başkanı	Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Üye	Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Yasemin SAĞLAN Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun …../…../…… Tarih ve ……/…. Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR
Dekan

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitimim boyunca emeklerini benden esirgemeyip, mesleki deneyimlerini, akademik bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan, tüm asistanları hoşgörü ile cömertçe kucaklayan, tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocalarım Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU'na, Prof. Dr. Uğur BİLGE'ye ve tez danışmanım Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU'na, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum çalışma arkadaşım Kürşat Şamil KURU 'ya ve Eskişehir'de benden desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Muzaffer YÜCE ve Gizem ÇETİNKAYA'ya , büyük emek ve özveriyle beni bugünlere getiren, sevgi ve fedakarlıkla her zaman yanımda olan annem Medine KOÇAK'a, babam Hüseyin KOÇAK'a, kardeşim Necati KOÇAK'a ve her zaman her koşulda yanımda olan, ne zaman ihtiyacım olsa yardımıma koşan canım ablam Kübra KOÇAK'a sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Koçak, KY. Aile hekimlerinin HIV/AIDS hastalığı ve hastaları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2023. HIV ile enfekte birey sayısı dünyada ve ülkemizde her geçen yıl giderek artmaya devam etmektedir. Bu bireylerin tanı almaması ya da tanıda gecikme olması halinde AIDS gelişimi bu hastalar için kaçınılmaz bir son olmaktadır. Bu bireylerin birçoğu non-spesifik semptom ve bulgularla ilk olarak birinci basamakta görev alan aile hekimlerine başvurmaktadır. Bu konuda aile hekimlerine de önemli bir görev düşmektedir. Biz de bu çalışmamızda Eskişehir'de görev yapan aile hekimlerinin HIV/AIDS hastalığı ve hastaları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi amaçladık. Araştırma kesitsel tanımlayıcı bir anket çalışması olarak planlandı. Eskişehir'de görev yapan 115 pratisyen aile hekimi, 39 aile hekimliği uzmanı ve 72 aile hekimliği araştırma görevlisi çalışmaya dahil edildi. Veri toplamak için kullanılan anket formu sosyodemografik özellikler, HIV/AIDS hastalığı hakkında bilgi soruları, bu hastalara karşı tutum ve davranışları irdeleyen sorular içermektedir. İstatiksel analizler için SPSS 25.0 versiyonu kullanılarak güven aralığı %95, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Anketimize katılan katılımcıların 121'i (%53,5) kadın, 105'i (%45,6) erkekti. Bilgi puanları değerlendirildiğinde ortalama bilgi, tutum ve davranış puanları sırasıyla $21 \pm 2,2$; $29 \pm 4,9$; $39,1 \pm 7,3$ olarak tespit edildi. Katılımcıların verdiği cevaplar analiz edildiğinde aile hekimliği uzmanlarının pratisyen ve araştırma görevlisi aile hekimlerine göre anlamlı olarak daha bilgiliydi. Tutum ve davranışı unvanlara göre analiz ettiğimizde ise üç grup arasında anlamlı bir fark izlenmedi. Sonuç olarak hastalıkla ilgili olarak temel bilgilerin katılımcıların çoğu tarafından yeterli düzeyde bilindiğini ortaya koysa da halen bazı hekimlerin bilgilerinin yeterli olmadığı izlenmiştir. Bu durum bizlere HIV/AIDS hastalığına yönelik eğitimlerin sık aralıklarla yapılması gerektiğini düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, hekim, bilgi, tutum, davranış

ABSTRACT

Kocak, KY, Investigation of family physicians' knowledge, attitudes, and behaviors regarding HIV/AIDS disease and patients A Specialization Thesis from the Department of Family Medicine, Eskisehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Eskisehir, 2023. The number of individuals infected with HIV continues to increase every year, both globally and in our country. For these individuals, the development of AIDS becomes an inevitable outcome if they do not receive a diagnosis or if there is a delay in diagnosis. Many of these individuals initially seek help from primary care physicians, such as family doctors, with non-specific symptoms and signs. Family doctors play an important role in this regard. In our study, we aimed to assess the knowledge, attitudes, and behaviors of family doctors working in Eskişehir regarding HIV/AIDS disease and patients. The research was planned as a cross-sectional descriptive survey. A total of 115 primary care physicians, 39 family medicine specialists, and 72 family medicine research assistants working in Eskişehir were included in the study. The survey form used to collect data includes questions on sociodemographic characteristics, knowledge about HIV/AIDS disease, and attitudes and behaviors towards these patients. Statistical analysis was performed using SPSS version 25.0, with a confidence interval of 95% and a significance level of $p<0.05$. Of the participants who took part in the survey, 121 (53.5%) were female, and 105 (45.6%) were male. When the knowledge scores were evaluated, the mean scores for knowledge, attitudes, and behaviors were found to be 21±2.2, 29±4.9, and 39.1±7.3, respectively. When analyzing the participants' responses, it was found that family medicine specialists were significantly more knowledgeable compared to primary care physicians and research assistants. However, no significant difference was observed in attitudes and behaviors among the three groups when analyzed according to their titles. In conclusion, although the majority of the participants had a sufficient level of basic knowledge about the disease, it was still observed that some physicians lacked adequate knowledge. This suggests that education on HIV/AIDS disease should be conducted at regular intervals

Key Words: HIV/AIDS, physician, knowledge, attitude, behavior

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLOLAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. HIV/AIDS Enfeksiyonun Tarihçesi	2
2.2. HIV/AIDS'in Bulaşma Yolları	2
2.2.1. Cinsel Yolla Bulaşma	4
2.2.2. Kan ve Kan Ürünleri ile Bulaşma	5
2.2.3. Anneden Bebeğe Bulaş	5
2.2.4. Sağlık Personeline Bulaşma	6
2.3. Dünya'da ve Türkiye'de HIV/AIDS	6
2.3.1. Dünya'da HIV/AIDS	6
2.3.2. Türkiye'de HIV/AIDS	7
2.4. HIV Enfeksiyonunda Klinik Evreleri	8
2.4.1. Akut HIV Enfeksiyonu	8
2.4.2. Serokonversiyon	9
2.4.3. Kronik HIV Enfeksiyonu	9
2.4.4. AIDS ve İleri HIV Enfeksiyonu	10
2.5. HIV Enfeksiyonunun Tanısı	10

2.6. HIV Enfeksiyonun Tedavisi 13

2.7. HIV Enfeksiyonundan Korunma Yolları 15

2.7.1. Cinsel Yolla Bulaşmaya Karşı Korunma 15

2.7.2. Kan ve Kan Ürünleri ile Bulaşa Karşı Korunma 15

2.7.3. Anneden Bebeğe Bulaşa Karşı Korunma 16

2.7.4. Sağlık Personelinin Korunması 16

2.8. HIV ile Enfekte Bireyler ve Damgalama 17

3. GEREÇ VE YÖNTEM 18

3.1. Etik Kurul ve İzinler 18

3.2. Araştırmanın Tipi 18

3.3. Örneklem 18

4. BULGULAR 21

4.1. Tanımlayıcı Bulgular 21

4.2. Analitik Bulgular 30

5. TARTIŞMA 36

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 42

KAYNAKLAR 44

SİMGELER VE KISALTMALAR

AIDS	Acquried-İmmunodeficiency Syndrome
Anti-HIV	HIV Antikor
ART	Antiretroviral Tedavi
AZT	Zidovudin
CDC	Cernters of Diseases Control and Prevention
CMV	Sitomegalovirus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EIA	Enzyme Immuno Assay
ELISA	Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay
HAART	Highly Active Anti-Retroviral Therapy
HIV	Human İmmunodeficiency Virus
IgG	Immunglubulin G
IgM	Immünglobulin M
RNA	Ribonükleik Asit
TSP	Temas Sonrası Profilaksi
WB	Western Blot

ŞEKİLLER

Sayfa

2.1. HIV epidemisinin 2000-2021 yılları arasındaki bölgelere göre değişimi 7
2.2. HIV enfeksiyonunun seyri 12
2.3. Erişkinlerde ve 18 aydan büyük çocuklarda HIV tarama algoritması 13

TABLOLAR

Sayfa

2.1. Centers Of Diseases Control And Prevention (CDC) Tarafından Bildirilen 10.000 Maruziyet Sonrası HIV Bulaşma Olasılıklar 3
2.2. HIV / AIDS Vakalarının Olası Bulaş Yollarına Göre Dağılımı (1985 - 15 Kasım 2022) 4
2.3. HIV (+), AIDS ve Toplam Vaka Sayısının Ve Ölümlerin Yıllara Göre Dağılımı (Türkiye, 2018-2022) 8
2.4. Akut HIV Enfeksiyonunda Sık Görülen Semptomlar 9
2.5. Tedavide Kullanılan İlaçlar Ve Grupları 14
4.1. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı 21
4.2. Katılımcıların Yaş Dağılımı 21
4.3. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı 21
4.4. Katılımcıların Unvanlarına Göre Dağılımı 22
4.5. Katılımcıların Meslekte Geçirdikleri Sürelere Göre Dağılımı 22
4.6. Araştırma Görevlisi Katılımcıların Asistanlıkta Geçirdikleri Süreye Göre Dağılımı 22
4.7. Katılımcıların HIV Enfeksiyonu Konusunda Yeterli Bilgi Düzeyine Sahip Olup Olmadıklarını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı 23
4.8. Katılımcıların HIV/AIDS Hastalığı İle İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı 23
4.9. Katılımcıların HIV/AIDS Hastalığının Bulaş Yolu İle İlgili Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı 24
4.10. Katılımcıların HIV/AIDS Hastalığından Korunma Yöntemleri İle İlgili Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı 25
4.11. Katılımcıların Tutum Ölçen Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı 26
4.12. Katılımcıların Davranış Ölçen Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı 27
4.13. Katılımcıların HIV/AIDS İle Yaşayan Bireylere Karşı Alacağı Önlemlerin Dağılımı 28
4.14. Katılımcıların Bilgi, Tutum ve Davranış Toplam Puanı Dağılımı 30
4.15. Katılımcıların Yaşı ile Bilgi, Tutum ve Davranış Toplam Puanı Arasındaki İlişki 30

4.16. Cinsiyet ve Bilgi Toplam Puanı İlişkisi 31
4.17. Cinsiyet ve Tutum Toplam Puanı İlişkisi 31
4.18. Cinsiyet ve Davranış Toplam Puanı İlişkisi 31
4.19. Medeni Durum ve Bilgi Toplam Puanı İlişkisi 32
4.20. Medeni Durum ve Tutum Toplam Puanı İlişkisi 32
4.21. Medeni Durum ve Davranış Toplam Puanı İlişkisi 32
4.22. Unvan ve Bilgi Toplam Puanı İlişkisi 33
4.23. Unvan ve Tutun Toplam Puanı İlişkisi 33
4.24. Unvan ve Davranış Toplam Puanı İlişkisi 34
4.25. Katılımcıların Meslekte Geçirdikleri Yıl ile Bilgi, Tutum ve Davranış Toplam Puanı Arasındaki İlişki 34
4.26. HIV Enfeksiyonu Konusunda Yeterli Bilgi Düzeyine Sahip Olduğunu Düşünme ve Bilgi Toplam Puanı İlişkisi 34
4.27. Bilgi, Tutum ve Davranış Toplam Puanları Arasındaki İlişki 35

1. GİRİŞ

İnsan İmmun Yetmezlik Virüsü (Human immunodeficiency virus; HIV) Lentivirinae alt ailesinden zarflı bir retrovirüstür. Virüs bağışıklık sisteminin baskılanması sonucunda fırsatçı enfeksiyonlar ile seyreden edinsel immün yetmezlik sendromu (Acquried-immunodeficiency syndrome; AIDS) tablosuyla karakterize kronik hastalığa yol açmaktadır (1).

HIV enfeksiyonu ayrıca kardiyovasküler hastalığa, kemik hastalığına, böbrek ve karaciğer fonksiyon bozukluğuna ve diğer birçok yaygın morbiditeye de neden olur (2).

HIV temel olarak 3 yolla kişilere bulaşmaktadır. Bu bulaş yolları: kontamine kan ve kan ürünleri ile bulaş, hamilelik, doğum veya emzirme sırasında bir anneden çocuğuna bulaş ve cinsel temas ile bulaş şeklindedir. Cinsel yolla bulaşma, açık farkla baskın bulaşma biçimi olmaya devam etmektedir (3).

Birinci basamakta çalışan aile hekimleri tarafından çeşitli nedenlerle HIV antikor (anti-HIV) tetkiki istenmektedir. En sık nedenler içerisinde evlilik öncesi tarama, nedeni bilinmeyen ateş, kilo kaybı gibi şikâyetlerin araştırılması yer almaktadır. Günümüzde birinci basamak sağlık kuruluşları, HIV ile enfekte hastalarla en sık karşılaşılan, fakat bu hastaların tedavilerinin en az yapıldığı kurumlardır (4).

Birinci basamakta çalışan hekimler hastalarının HIV ile enfekte olduğunu öğrendiklerinde genellikle sevk etme eğilimindedirler. Bu kişilerin izlemlerinin birinci basamakta yapılamayacağı inancı yaygındır. Bu genel eğilimin aksine, birinci basamakta hizmet verenler HIV'in önleme, tanı, danışmanlık, yönetim ve izleminde önemli rol oynayabilirler (4, 5).

HIV/AIDS hastalığının son yıllardaki artışı göz önüne alındığında birinci basamakta yer alan aile hekimlerinin bu hastalık ve hastalarla ilgili bilgi, tutum ve davranışları önem arz etmektedir. Bu çalışmada aile hekimlerinin HIV/AIDS hastalığı ve hastaları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HIV/AIDS Enfeksiyonun Tarihçesi

HIV yani insan immun yetmezliği virüsü Lentivirinae grubunda zarflı bir retrovirüstür. Virüs kronik bir zaman diliminde immün sisteme tutunur ve immün sistemin baskılanmasına sebep olur. Sonuç olarak fırsatçı enfeksiyonlar, maligniteler gelişerek AIDS yani edinsel immün yetmezlik sendromu olarak adlandırılan klinik tablo ortaya çıkar (6).

Hastalık ilk olarak 1980'lerin başında New York, Los Angeles ve San Francisco şehirlerinde önceden herhangi bir hastalığı olmayan, genç, homoseksüel erkek bireylerde Pneumocystis jirovecii pnömonisi ve Kaposi sarkomu olan hasta sayılarında artış ile dikkatleri çekmiştir (7). Bu hastalarda asemptomatik dönemden sonra AIDS kliniği gelişmiş olup, bu kliniğe sebep olan virüs olan HIV ise yaklaşık 2 yıl sonra 1983'te Françoise Barré-Sinoussi ve Luc Montagnier tarafından tanımlanmıştır (8).

Daha sonra 1986 yılında Afrika'da birkaç AIDS hastasında HIV-1 virüsünden bazı antijenik farklılıkları olan bir virüs daha izole edilmiş, bu virüse HIV-2 virüsü denilmiştir (9). Günümüzde ise en sık HIV-1 izole edilmektedir. HIV-2 ise sıklıkla Batı Afrika'da görülmektedir. HIV-1, HIV-2'den daha çok patojendir ve bu nedenle HIV-2 vakalarında HIV-1'e göre uzun süren bir latent dönem olur, immün yetmezlik ve AIDS gelişmesi çok daha geç zamanda izlenir (10).

AIDS'in hücre düzeyinde gelişiminde ise öncelikle CD4+ reseptörüne sahip T lenfositlerle beraber dentritik hücreler, myeloid seri ve immun sistem hücreleri tutulur ve bunun neticesinde de T lenfositlerin nitelik ve niceliklerinde bozukluk meydana gelir (8). Sonrasında immun sistemin baskılanması neticesinde fırsatçı enfeksiyonlar ve maligniteler ve en nihayetinde AIDS ortaya çıkar.

2.2. HIV/AIDS'in Bulaşma Yolları

HIV, daha çok virüsle karşılaşmış kişilerin kanlarında mevcuttur. Bunun haricinde meni, vajinal salgılar, rektal sıvılar, anne sütü gibi değişik vücut sıvılarının mukoza ya da kesi, çatlak gibi nedenlerle bütünlüğünü kaybetmiş cilde teması neticesinde vücuda girebilir (11). HIV'li birinden bulaş olabilmesi için ancak virüsün kan ve vücut sıvılarında tespit edilebilir seviyede olması gerekmektedir. Kan ve kan ürünlerini transfüze etmek en yüksek ihtimalli bulaş yoludur (Tablo2.1) (12). Fakat

günümüzde transfüzyon öncesi HIV nükleik asitleri tespit etme testleri sayesinde kan ve kan ürünleriyle bulaş %1'in altına düşmüştür, 2020 yılında hemofili hastaları da içinde olmak üzere kan ve kan ürünleriyle bulaş bildirilmemiştir (13).

Tablo 2.1. Centers of Diseases Control and Prevention (CDC) tarafından bildirilen 10.000 maruziyet sonrası HIV bulaşma olasılıklar (12)

Temas türü		**Her 10.000 maruziyet sonrası bulaş riski**
Kan Transfüzyonu		9,250
Anneden Çocuğa		25/100
Anal İlişki	Aktif	138
	Pasif	11
Vajinal İlişki	Erkekten Kadına	8
	Kadından Erkeğe	4
Oral Seks (aktif ve pasif)	≤1	
İğne Batması	23	
Enfekte Enjektör Paylaşımı	63	
Muköz Membran Teması	1/1.000	
Derin öpüşme	İhmal edilebilir risk	

HIV'in bulaş yolları arasında pozitif kişi ile korunmasız (kondom kullanılmadan) yapılan her türlü (oral, vajinal, anal) cinsel ilişki ile, ortak kullanılan ve HIV ile enfekte enjektör veya steril edilmemiş cerrahi malzemelerle, enfekte kan ve kan ürünleriyle, HIV ile enfekte anneden bebeğe gebelik döneminde, doğum sırasında ya da doğum sonrasında emzirme bulunmaktadır (1). Türkiye'de AIDS hastalarının 1985'ten 15 Kasım 2022'ye kadar olan olası bulaş yolları Tablo 2.2'de gösterilmiştir (13).

Günümüzde HIV bulaşının en sık sebebi korunmasız cinsel ilişkidir. Burada önemli olan cinsel kimlik ve cinsel yönelimden ziyade, korunmasız ilişki, pozitif olan bireyin viral yükünün fazla olması ve negatif olan eşin mukozal hasarının bulunmasıdır (14, 15).

HIV insan hücreleri dışında uzun süre canlı kalamadığı için el ele tutuşma, sarılma, arı, böcek, sinek sokması, ortak çatal, kaşık, telefon kullanımı, aynı ortamda bulunmak gibi sosyal davranışlarla, ter, tükürük, idrar, gözyaşı gibi vücut sıvılarıyla,

hapşırık ya da öksürük sırasında vücuttan çıkan partiküllerle, aynı tuvalet ve duşun kullanımıyla bulaşmaz (16-18).

HIV dış ortamda hava ve güneşle temas ettiğinde çok kısa sürede bulaştırıcılığını yitirmektedir. HIV içeren kan ya da vücut sıvısının sağlam deriye temas etmesi bulaşmaya neden olmaz (19).

Tablo 2.2. HIV / AIDS vakalarının olası bulaş yollarına göre dağılımı (1985 - 15 Kasım 2022) (13)

OLASI BULAŞ YOLU	TOPLAM VAKA	YÜZDE
HOMOSEKSÜEL / BİSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ	5055	13,80
HETEROSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ	10996	30,02
DAMAR İÇİ MADDE	335	0,91
ENFEKTE KAN TRANSFÜZYONU (Hemofilikler hariç)	108	0,29
HEMOFİLİ HASTASI	24	0,07
ANNEDEN BEBEĞE GEÇİŞ	216	0,59
NAZOKOMİAL GEÇİŞ	80	0,22
BİLİNMİYOR	20162	55,04
ÇOKLU BULAŞ	346	0,94
TOPLAM	36630	100

2.2.1. Cinsel Yolla Bulaşma

HIV enfeksiyonunda başlıca bulaş yolu cinsel birleşmedir. Bulaşma için HIV'li biri ile yapılan sadece bir cinsel birleşme bile yeterlidir ve cinsel birleşme sayısı arttıkça bulaşma ihtimali artmaktadır (17). Kondomsuz cinsel birleşme, mukoza harabiyeti yapabilen anal birliktelik ve daha çok genital yaralara sebep olabilen sifiliz, şankroid, herpes gibi hastalıklar riski arttırdığı gibi bakteriyel vajinozis ve trikomanazis de HIV bulaşını kolaylaştırmaktadır (20, 21).

Cinsel temasta gerçekleşen bulaşma riski ile ilişkilendirilen birçok davranışsal ve biyolojik risk faktörü vardır, bunlar arasında cinsel temasın sıklığı ve türleri, kondom kullanımı veya kullanımının olmaması, immunolojik durum, AIDS

varlığı veya yokluğu, sünnet (erkeklerde) ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar yer alır (22).

2.2.2. Kan ve Kan Ürünleri ile Bulaşma

Tedavi almayan HIV ile enfekte kişilerin kanlarında yüksek miktarda viral yük olması nedeniyle bu kişilerden kan ve kan ürünleri transfüzyonu yapıldığında bulaş gerçekleşebilir. Dünyada 1985 yılında antikor testlerinin bulunması ile kan ve kan ürünlerinin nakli öncesinde kişiler HIV yönünden zorunlu olarak taranmaya başlanmıştır. Ülkemizde ise nakil öncesi kan donörlerinde HIV taranması 1987'den beri Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay (ELISA) tetkiki ile yapılmaktadır. Bu sayede, dünyada ve ülkemizde kan ve kan ürünleri ile bulaş büyük oranda azalmıştır. Ancak, hastalığın pencere döneminde küçük bir ihtimal de olsa bulaş riski mevcuttur. HIV seronegatif kişilerden yapılan transfüzyonlarla HIV bulaşma riski 1/36.000-1/225.000 arasında değişmektedir (17).

2.2.3. Anneden Bebeğe Bulaş

HIV, hamilelik döneminde, doğum esnasında ve doğum sonrasında emzirirken bebeğe %20-30 gibi bir oranla bulaş ihtimali bulunuyor fakat HIV'li anneye son üç aylık dönemde, bebeğe de doğumun ardından antiretroviral tedavi (ART) başlanıp elektif sezaryen uygulandığı takdirde bu oranı %8-10'a kadar azaltabiliriz (16).

HIV'li bir annenin; enfeksiyon oranın yüksek düzeyde olması, CD4+ T lenfosit hücrelerinin sayısının azlığı, annede A vitamini yetersizliği, koryoamniyoit ve funisit varlığı, doğumun uzun sürmesi, erken membran rüptürü, servikal/vajinal yırtılma, epizyotomi açılması bebeğine virüs bulaştırma ihtimalini yükseltir (23, 24).

Doğum yönteminin belirlenmesinde annenin viral yükü çok önemlidir ve annenin viral yükü de HIV ribonükleik asit (RNA) seviyesi ile tayin edilir. HIV RNA düzeyi >1000 kopya/ml ise sezaryen önerilmektedir lakin HIV RNA seviyesi <1000 kopya/ml olan olgularda sezaryen ile normal doğum arasında kayda değer bir fark yoktur. Bu yüzden ameliyatın diğer komplikasyonlarından kaçınmak için normal doğum önerilir (25).

2.2.4. Sağlık Personeline Bulaşma

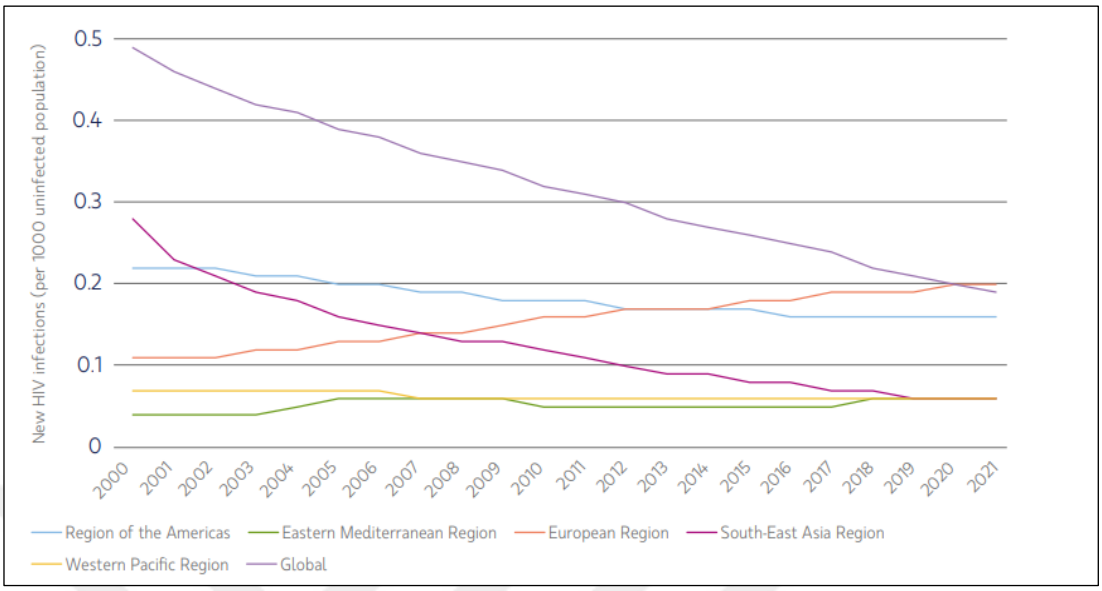
Hastane çalışanlarında HIV bulaşı; cerrrahi aletler ile diş hekimliği aletleri ile iğnenin enjektörün yanlışlıkla cilde temasıyla ya da enfekte vücut sıvılarının açık deriye teması ya da mukozal yüzeye teması ile olup aynı zamanda bu iğnenin lümeninin genişliğiyle ve ucunda kan olmasıyla bu bulaş riskini arttırmaktadır ki bu oran yaklaşık %0.2-%0.5 arasında değişmektedir. Ayrıca hastalığın ileri ya da serokonversiyon döneminde olması da riski arttıran etmenlerdendir (16, 26).

2.3. Dünya'da ve Türkiye'de HIV/AIDS

2.3.1. Dünya'da HIV/AIDS

HIV enfeksiyonu 2023 yılı itibariyle dünya üzerinde neredeyse her yerde görülmektedir. Bunun en önemli nedenlerinin başında korunmadan cinsel birliktelik yaşamak ve damar içi madde kullanmanın fazlalığıdır. Bu nedenle HIV ile yaşayan birey sayısı her geçen gün hızla artmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Haziran 2022 verileri HIV epidemisi başladığından itibaren 84,2 milyon insana HIV bulaştığını ve hastalığın bu insanlarda ortaya çıktığını ayrıca 1981'den beri hemen hemen 40,1 milyon insanın bu yüzden öldüğünü bildirmektedir. Yine DSÖ verilerine göre 2021 yılı sonunda dünya genelinde 38,4 milyon [33.9-43,8 milyon] kişi HIV ile yaşamaktadır. Bunun yaklaşık 1,7 milyonu 15 yaş ve altı çocuklardan oluşmaktadır. Tahmini olarak dünya genelinde 15-49 yaş arası yetişkinlerin %0,7'si [0.6-0.8%] HIV ile yaşamakta, ancak salgının yükü ülkeler ve bölgeler arasında büyük ölçüde farklılık göstermeye devam etmektedir. 2021 yılında yeni tanı konulan HIV ile enfekte insan sayısı yaklaşık 1.5 milyondur ve yine bu hastalıktan hayatını kaybeden yaklaşık 670.000 kişi vardır (27).



Şekil 2.1. HIV epidemisinin 2000-2021 yılları arasındaki bölgelere göre değişimi (27)

2.3.2. Türkiye'de HIV/AIDS

Türkiye'de ise HIV pozitif kişi sayısı 1985 yılından beri yapılan testlerde 15 Kasım 2022 tarihine kadar olan zamanda 34,453 kişi olarak tespit edilmiş ayrıca 2,177 kişiye AIDS tanısı konulmuştur. Bu insanların %81,4'ü erkek, %18,6'sı kadındır ve %16,2'si yabancı uyruklu kişilerden oluşmaktadır. 25-29 ve 30-34 yaş aralığı HIV pozitifliğin en sık görüldüğü aralıktır.

Bulaş yollarına baktığımızda olguların %43,8'inde cinsel yolla bulaş bildirilmiş ve cinsel yolla bulaşan bu olguların %68,5'i heteroseksüel ilişki sonucu olduğu ortaya çıkmıştır. Bunlara ek olarak %0,91 olgunun damar içi madde kullanmaktan kaynaklı bulaş olup, %55,04 vakanın bulaş yolu bilinmemektedir (13).

Ülkemizdeki HIV pozitif kişilerin yıllar içindeki dağılımı Tablo 2.3'te verilmiştir (13).

Tablo 2.3. HIV (+), AIDS ve toplam vaka sayısının ve ölümlerin yıllara göre dağılımı (Türkiye, 2018-2022) (13)

YILLAR	HIV	AIDS	TOPLAM	ÖLÜM
2018	3848	131	3979	31
2019	4063	136	4199	40
2020	3025	73	3098	47
2021	3974	100	4074	49
2022	2901	70	2971	30
* 15 Kasım 2022 tarihi itibari ile doğrulama testi pozitif tespit edilerek bildirimi yapılan vakalar				

2.4. HIV Enfeksiyonunda Klinik Evreleri

HIV enfeksiyonu klinik olarak 4 evreye ayrılabilir. Bu evreler (28);

- Virüs bulaşı
- Akut HIV enfeksiyonu (primer HIV enfeksiyonu veya akut serokonversiyon sendromu)
- Serokonversiyon
- Kronik HIV enfeksiyonu; Asemptomatik ve Erken semptomatik HIV enfeksiyonu
- AIDS ve İleri HIV Enfeksiyonu

2.4.1. Akut HIV Enfeksiyonu

Akut HIV enfeksiyonu, konak hücrenin HIV'e verdiği doğal yanıtı gösterir. Bu evre akut HIV enfeksiyonu dışında yeni enfeksiyon, primer enfeksiyon, serokonversiyon hastalığı ve erken HIV enfeksiyonu olarak da adlandırılır. Yüksek replikasyon hızı ve CD4+ T lenfositlerinin hızlı kaybı bu evrenin laboratuvar göstergelerindendir. Bu nedenle bu evrede bulaştırıcılık riski de oldukça yüksektir (28, 29). Klinik tablo akut mononükleoz benzeri tablo ile karşımıza çıkar ve akut retroviral sendrom olarak isimlendirilir. Klinik olarak sıklıkla ateş, lenfadenopati,

boğaz ağrısı, baş ağrısı, döküntü, gece terlemeleri, mukozal kandida infeksiyonları, eklem ve kas ağrıları görülebilir. Bununla birlikte bir kısım hastada ise semptom görülmez (28). En sık izlenen semptomlar tablo 2.4' te gösterilmiştir.

Tablo 2.4. Akut HIV enfeksiyonunda sık görülen semptomlar (29)

Ateş (38-40°C)	Gece terlemesi
Döküntü *Sınırları belirgin, kırmızı makül ya da makülopapüler lezyonlara özellikle üst gövde, boyun ve yüzde rastlanır*	Ağrılı oral, vajinal veya penil ülserasyonlar *Akut retroviral sendromun en ayırt edici belirtisidir*
Baş ağrısı	İştahsızlık, kilo kaybı
Halsizlik, yorgunluk	Artralji, miyalji
Lenfadenopati	

2.4.2. Serokonversiyon

HIV bulaşı sonrasında kişinin kanında antikor gelişmesi serokonversiyon olarak adlandırılır (28). Çoğu zaman virüs bulaştıktan sonra 6-12 hafta içerisinde gerçekleşir (30). Yalnız daha hassas serolojik testlerin geliştirilmesiyle serokonversiyon daha erken dönemlerde tespit edilmektedir (28).

2.4.3. Kronik HIV Enfeksiyonu

Kronik HIV enfeksiyonu, asemptomatik enfeksiyondan semptomatik ağır immünsupresyon gelişimine kadar olan dönemi kapsar. Bu dönem sabit viral yük ve giderek azalan CD4+ T lenfosit sayısıyla karakterizedir (28).

Kronik Asemptomatik Dönem

Akut HIV enfeksiyonu sonrası yaklaşık 8-10 yıl boyunca klinik olarak latent bir dönem gelişir. Bu dönem semptomatik olarak sessiz ilerlese de virüsün replikasyonu devam etmektedir. Virüsün kısmen kontrol altına alındığı bu dönemin süresini konağın hücresel bağışıklık yanıtı belirler. Bu dönemde majör bulgu ve semptomlar olmamasına rağmen birçok hastada lenfadenopati izlenebilir. Persistan generalize lenfadenopati 3-6 aydan daha uzun süre, inguinal bölge dışında farklı iki bölgede lenfadenopati gelişmesi ile tanımlanmaktadır. Genellikle simetriktir ve servikal, submandibular, oksipital ya da aksiller yerleşimlidir (31, 32).

Erken Semptomatik Enfeksiyon

Kronik dönemdeki hastalar çoğunlukla asemptomatik olsalar da ciddi immun supresyon sonucunda bazı klinik tablolar gelişebilir. CD4+ T lenfosit sayısı 200-500 arası olan kişilerin bir kısmında oral kandidiyazis, hair cell lökoplaki, periferik nöropati, idiopatik trombositopenik purpura, zona gibi tablolar ortaya çıkabilir. Sebaroik dermatit de yaygın olarak görülen hastalıklardandır. Bazılarında ateş, halsizlik, gece terlemesi, yorgunluk gibi nonspesifik bulgular da görülebilir. Ayrıca bazı hastalarda kardiyovasküler, endokrin, hematolojik, nöropsikiyatrik bozukluklar ve onkolojik komplikasyonlar izlenebilir. Bu hastalarda viral replikasyon hızlıdır ve lenfoid dokulardan dolaşıma HIV geçişi görülür. CD4+ T lenfosit sayısındaki düşüş ise yavaştır (31, 32).

2.4.4. AIDS ve İleri HIV Enfeksiyonu

AIDS CD4+ T lenfost sayısında azalma sonucu gelişmektedir. CD4+ T lenfosit sayısının 200/µL'nin altında olması ile ya da CD4+ T lenfositten bağımsız olarak AIDS tanımlayıcı hastalık varlığı bu dönemin tanımlayıcı özelliğidir. CD4+ T lenfosit sayısının 50/µL'nin altında olduğu tablo ise ileri HIV enfeksiyonu olarak tanımlanır. Bu dönemdeki hastaların ortalama yaşam süresi tedavi almadıkları takdirde 9-12 ay olarak bildirilmiştir (28).

AIDS tanımlayıcı hastalıklar; fırsatçı enfeksiyonlar ve bazı malignensileri kapsamaktadır. Yaygın M.avium enfeksiyonları ve sitomegalovirus (CMV) gibi fırsatçı patojenler daha çok CD4+ T lenfosit sayısının 50/µL'nin altında olan kişilerde görülür. Ayrıca yine bu dönemde lökopeni, lenfopeni, anemi ve trombositopeni gibi hematolojik patolojiler de sıklıkla görülür. Bakteriyal enfeksiyon riski artmaktadır (28, 31-33).

2.5. HIV Enfeksiyonunun Tanısı

HIV enfeksiyonunun laboratuvar tanısı; enfeksiyonun erken dönemde tespiti, erken ART başlanması, diğer bireylere bulaşın önlenmesi bakımından önem taşımaktadır (34).

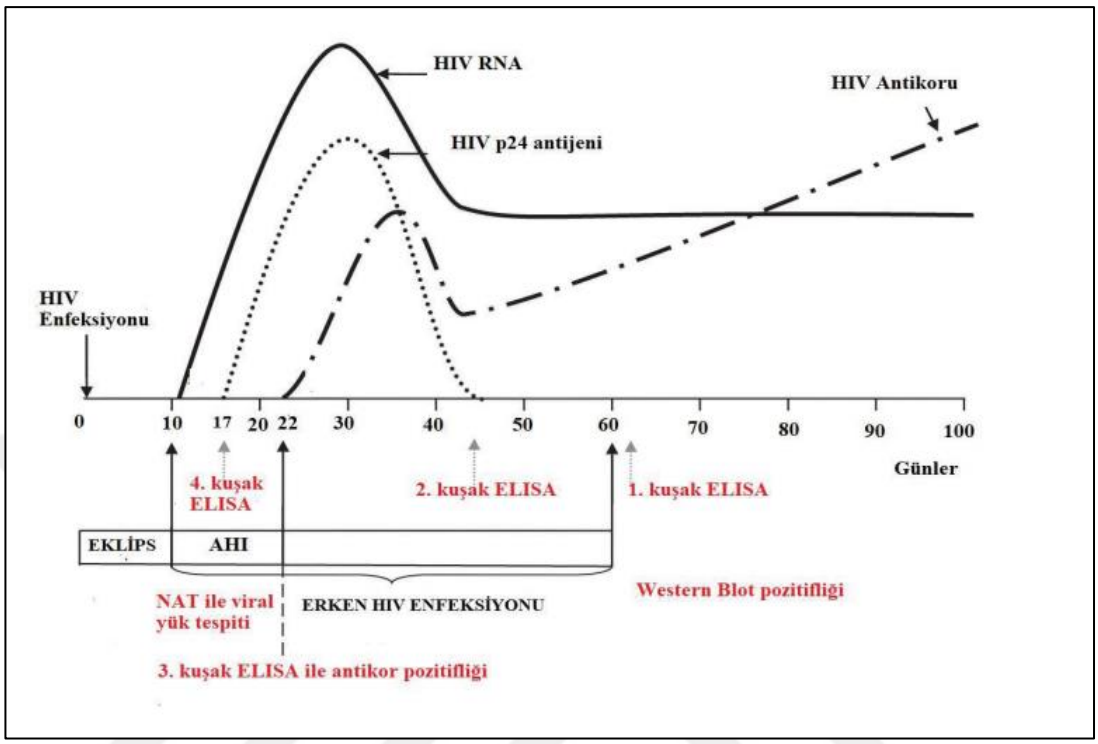
Viral bulaş sonrası zaman zaman plazmada düşük düzeylerde HIV RNA bulunabilirse de genellikle 10. gün civarında kantitatif HIV RNA testleri ile saptanabilir. HIV RNA'nın tespitinden 4-10 gün sonra, bulaşın 14-21 günleri içerisinde p24 antijeni 4. Kuşak enzim immuno'assay (EIA) testleri ile saptanabilir yüksekliğe erişir. Immünglobulin M (IgM) sınıfı HIV antikorları (anti-HIV) ise p24 antijenin pozitifleşmesinden 3-5 gün, bulaştan ise 20-24 gün sonra 3. ve 4. kuşak EIA testlerle saptanabilir. En son pozitifleşen immunglubulin G (IgG) antikorları ise enfeksiyon süresince pozitif kalır ve bu antikorları 1. Ve 2. kuşak EIA testleriyle 4-6. haftalarda saptanabilir (35, 36).

HIV'e yönelik ilk olarak EIA testleri 1985 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde p24 antijenini saptamaları nedeniyle 4. kuşak EIA testlerinin kullanımı önerilmektedir. Bu testler enfekte kişileri en erken 14. günde hatta serokonversiyon döneminde de tespit edebilmektedir. Alt kuşak testlere göre serokonversiyon aşamasında daha yüksek duyarlılığa sahip oldukları için tarama testi olarak kullanılabilirler (37).

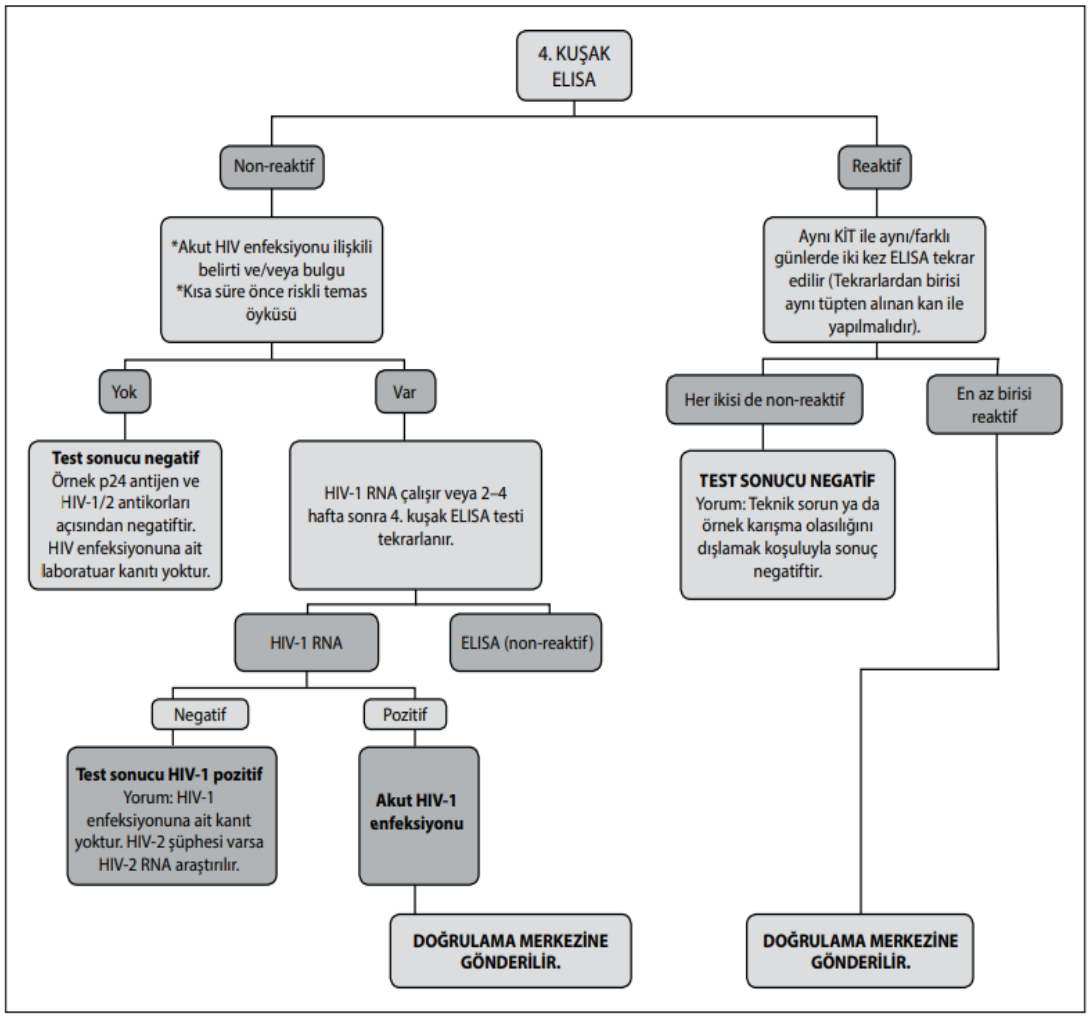
Klinikte EIA ile reaktif gelen sonuçların doğrulanması gerekmektedir. Bu nedenle günümüzde en sık olarak western blot (WB) testi kullanılmaktadır. WB testi ile yapılan doğrulama HIV enfeksiyonu tanısını kanıtlar. WB negatifliği EIA'nın yalancı pozitif olduğunu ya da çok erken dönem enfeksiyon olabileceğini gösterir (34).

Moleküler yöntemler HIV enfeksiyonunun tanısında veya prognoz ve tedavinin izlenmesinde kullanılmaktadır. Nükleik asit amplifikasyon testi (NAAT) ile viral RNA saptanır. Moleküler yöntemler özellikle antikor saptanamayan testlerin kullanılamadığı 18 aydan küçük bebeklerin tanısında kullanılır (31, 32). Enfeksiyonun erken döneminde antikorlar henüz saptanabilir seviyeye ulaşmayabilir ve WB testleri ise antikorları bulmaya yönelik testler olduğu için, bu testler ile yapılan doğrulama işlemleri yanlış negatif netice verebilmektedir. Böyle durumlarda doğrulama testi NAAT kullanılarak yapılabilir (38).

HIV enfeksiyonunun bulaş sonrası dönemlere göre seyri şekil 2.3'te gösterilmiştir.



Şekil 2.2. HIV enfeksiyonunun seyri (36)



Şekil 2.3. Erişkinlerde ve 18 aydan büyük çocuklarda HIV tarama algoritması (1)

EIA testinin reaktif olması kişinin HIV ile enfekte olduğunu kesin olarak göstermez. EIA testi reaktif saptanırsa aynı kit ile iki kere daha EIA testi yapılır (kan örneklerinden biri ilk kan örneği ile diğeri ise yeni alınan kan örneği ile çalışılır). Çalışılan üç testin ikisinin reaktif olarak tespit edilmesi durumunda örnek soğuk zincir kurallarına uygun bir şekilde doğrulama merkezine gönderilir. Doğrulama testi ile alınan testin pozitif sonuçlanması ile HIV tanısı konulmuş olur (Şekil 2.3) (1).

2.6. HIV Enfeksiyonun Tedavisi

ART, HIV enfeksiyonu tedavisi için kullanılır. 1987 yılında tedavide kullanılmak üzere ilk onayı alan ilaç zidovudin (AZT)'dir. 1996 yılında ise Highly

Active Anti-Retroviral Therapy (Yüksek Aktiviteli Anti-Retroviral Tedavi, HAART) uygulanmaya başlamıştır (39).

ART'nin esas amacı, viral replikasyonu baskılamak ve immünolojik olarak fonksiyonları koruyabilmeyi sağlamak, HIV ile ilişkili morbidite ve mortaliteyi azaltarak mümkün olan en iyi sağlık ve hayat kalitesine ulaşabilmek ve hastanın yaşam süresini uzatabilmektir. Ayrıca anneden bebeğe HIV bulaşın önlenmesi de etkin tedavi ile mümkündür (40).

ART'de kullanılmakta olan ilaçlar 6 sınıfa ayrılmıştır. Bu gruplar içerisinde toplam 25 ilaç bulunurken bu ilaçlardan sadece bir kısmı kullanılmaktadır (Tablo 2.5). Etkili bir tedavi için bu ilaç gruplarından ikili ya da üçlü kombinasyonlar önerilmektedir (39).

Tablo 2.5. Tedavide kullanılan ilaçlar ve grupları (41)

Nükleozid/ Nükleotid Revers Transkriptaz İnhibitörleri (NRTI)	Zidovudin (AZT)
	Lamivudin (3TC)
	Abakavir (ABC)
	Emtrisitabin (FTC)
	Tenofovir (TDF/TAF)
Non-Nükleozid Revers Transkriptaz Enzim İnhibitörleri (NNRTI)	Efavirenz (EFV)
	Nevirapin (NVP)
	Rilpivirin (RPV)
	Etravirin (ETV)
Proteaz İnhibitörleri (PI)	Atazanavir (ATV)
	Darunavir (DRV)
	Lopinavir (LPV)
	Ritonavir (RTV)
Füzyon İnhibitörleri (FI)	Enfuvirtid (ENF)
CCR5 Ko-reseptör Antagonisti	Maraviroc (MRV)
İntegraz İnhibitörleri (INSTI)	Raltegravir (RAL)
	Elvitagravir (EVG)
	Dolutegravir (DTG)
	Biktegravir (BIC)

Kronik HIV(+) olan yetişkin kişilerde CD4+ T lenfositi sayısına bakılmaksızın mutlaka ART başlanmalıdır. Daha önce ART almamış bireylerde, ART rejimi, genelde omurga olarak iki NRTI ilaca INSTI ya da NNRTI ya da farmakokinetik olarak COBI ya da RTV ile güçlendirilmiş PI ilaç sınıfından bir ilacın eklenmesi şeklindedir (41).

HIV enfeksiyonu olan hastaların tedavilerini eksiksiz olarak her gün aynı saatte almaları gerekmektedir. Ayrıca kullanılan ilaçların hastaların kullandığı diğer ilaç ve bazı besinlerle (sarı kantaron, greyfurt vb.) de etkileşime girebildiği de unutulmaması gereken bilgilerdendir (39, 41).

2.7. HIV Enfeksiyonundan Korunma Yolları

HIV/AIDS hastalığı, diğer tüm enfeksiyon hastalıklarında olduğu gibi korunma önlemleri alınarak bulaşın engellenebileceği bir hastalıktır. Korunma önlemleri tedaviden daha etkili, kolay ve ucuzdur.

2.7.1. Cinsel Yolla Bulaşmaya Karşı Korunma

HIV/AIDS enfeksiyonunun en sık bulaş şeklinin cinsel yol olduğu bilinmekte olup, cinsel yol ile bulaşmaya yönelik alınacak önlemler en önemli korunma yoludur (16). Cinsel aktiviteden uzak durularak ya da sadece HIV ile enfekte olmayan bireylerle tek eşli ilişki devam ettirilerek bulaşın önüne geçilebilmektedir. Ayrıca cinsel temas sırasında doğru ve devamlı kondom kullanılması da etkin bir korunma yöntemidir (42).

2.7.2. Kan ve Kan Ürünleri ile Bulaşa Karşı Korunma

Dünyada kan ve kan ürünleri transfüzyonu sonrası HIV enfeksiyonu vakaları ilk kez 1982-1983 yıllarında bildirilmiştir. Yıllar içerisinde gelişen test teknikleri sayesinde testlerin duyarlılığı artmış ve pencere dönemi süresi kısalmasıyla kan ve kan ürünleri bulaş büyük oranda azalmıştır. Bu nedenle kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu öncesinde donörler HIV/AIDS enfeksiyonu açısından değerlendirilmeli ve taranmalıdır. Tarama amacıyla en sık olarak EIA yöntemi kullanılmaktadır (37, 42).

Ortak enjektör kullanımı olan bireyler arasında da bulaş sık görülebilmektedir. Bu nedenle damar içi madde kullanımının önlenmesi bulaşın

önüne geçilmesi konusundan önemli adımlardan biridir. Damar içi madde kullanımı olan bireylere HIV/AIDS ve diğer bulaşıcı hastalıklar konusunda gerekli eğitimler verilmelidir (42-44). Ayrıca ortak diş fırçası, tıraş bıçağı, tırnak makası gibi hijyen malzemelerinin kullanımı ile de HIV/AIDS bulaşının olabileceği kişilere anlatılmalıdır (45).

2.7.3. Anneden Bebeğe Bulaşa Karşı Korunma

HIV/AIDS enfeksiyonun özellikle endemik olduğu bölgelerde doğurganlık çağındaki kadınlara, gebelik öncesi bulaş yolları ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır. Ayrıca tedavi almayan HIV ile enfekte gebelerden bebeğe HIV bulaş ihtimalinin %20-30 olduğu göz önüne alındığında bu hastalara beklemeden tedavi başlanmalıdır. Anne sütü ile bulaş olacağından zorunlu olmadıkça bebek emzirilememelidir (42).

2.7.4. Sağlık Personelinin Korunması

Sağlık personelleri, çalışma ortamlarında birçok mesleki risk ile karşı karşıya gelmektedir. Subkutan iğneler, enjektörler, intravenöz kanüller gibi kesici aletlerin neden olduğu yaralanmalar sağlık personelinin sıklıkla yaşadığı iş sağlığı ve güvenliği sorunlarındandır (46). Bu nedenle sağlık personelleri enfekte hastaları ayırt etme olanağına sahip olamadıklarından tüm hastaların kan ve diğer vücut sıvılarını potansiyel enfekte kabul etmeli ve standart koruyucu önlemleri alarak uyarak hastalara müdahale etmelidir (16).

Temas sonrası yara bölgesinin hızlıca dekontamine edilmesi önemlidir. İğne batması gibi perkütan yaralanmalarda, temas olan bölge su ve sabunla yıkanmalı ve derin yaralanma olduğunda yara antiseptik ile temizlenmelidir. HIV içerdiği kabul edilen kan ve vücut sıvılarının mukozaya ya da bütünlüğü bozulan deriye teması veya kan ve vücut sıvılarıyla kontamine olmuş kesici-delici aletlerle perkütan temas sonrası profilaksi (TSP) başlanması önerilmektedir. Temas sonrası mümkünse 2 saat içinde profilaksi başlanır. 72 saatten sonra profilaksinin etkinliği azaldığı göz önüne alındığında ilk 72 saatte başlanmış olmalıdır. Profilaksi amacıyla 28 gün süre ile antiretroviral ilaçlar verilmekte ve temaslı kişi takip edilmektedir (47).

Temas sonrası sağlık personelinin izlemi anti-HIV testi ile yapılmalıdır. Maruziyetten hemen sonra, 6. hafta, 12.hafta ve 6 ay sonra tetkik edilmelidirler. Eğer

sağlık kuruluşunda içerisinde p24 antijenine de bakılabilen 4. kuşak EIA testi kullanılıyorsa, sağlık personelinin izlem şeması; maruziyetten hemen sonra, 6. haftada ve 4 ay sonra olarak planlanmalıdır. Tam kan testi, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri maruziyetten hemen sonra yapılmalı ve 2 hafta sonra tekrarlanmalıdır. Takip edilen sağlık personelinde anormallik saptanması durumunda ek test/testler yapılmalıdır (1).

2.8. HIV ile Enfekte Bireyler ve Damgalama

HIV damgası, HIV ile enfekte bireyler hakkında olumsuz tutum ve inançlardır. Yalnızca belirli grupların HIV alabileceğine inanmak, HIV bulaşmasını önlemek için adımlar atan kişiler hakkında ahlaki yargılarda bulunmak, insanların seçimlerinden dolayı HIV ile enfekte olmayı hak ettiklerini düşünmek, HIV ile yaşayan bir kişiye sağlık bakımı vermeyi reddetmek, HIV ile yaşayan biriyle her türlü teması reddetmek, insanlara HIV veya pozitif olarak atıfta bulunmak bu olumsuz tutum ve inançlardan birkaçıdır (48).

Güncel olmayan inançlarla birleşen bilgi ve farkındalık eksikliği, insanların HIV ile enfekte olmak konusunda korkulara neden olmakta ve birçok insan HIV' i yalnızca belirli grupların hastalığı olarak düşünmektedir. Bu da HIV ile yaşayan insanlar hakkında olumsuz değer yargılarına yol açmaktadır. HIV pozitif bireylerin hem toplum tarafından damgalanmaya maruz kalması hem de sosyal destek düzeylerinin azalması nedeniyle yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (48).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul ve İzinler

Bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul 26.07.2022 karar tarihi ve 08 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki araştırma görevlisi doktorlar ve Eskişehir il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimleri/aile hekimliği uzmanlarına 1 Eylül 2022-31 Ekim 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışma, katılımcıların HIV/AIDS hastaları ve hastalığıyla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla anket uygulanarak yapılmış kesitsel-tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.3. Örneklem

Çalışmamıza Eskişehir il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimleri ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında bulunan araştırma görevlileri dahil edilmiştir. Çalışma evrenini toplam 322 kişi oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü OpenEpi programı ile hesaplanmıştır. OpenEpi kullanılarak %5 hata %5 standart sapma ve %50 sıklık ile toplam ulaşılması gereken en az gönüllü sayısı 208 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamıza 226 kişi katılmıştır. Sonuçların %95 güvenilirlik aralığında örnekleme hatası içerebileceği kabul edilmiştir.

3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Eskişehir il merkezinde çalışıyor olmak
- Aile hekimliği uzmanı olmak
- Pratisyen aile hekimi olmak
- Aile hekimliği araştırma görevlisi olmak

3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- Eskişehir il merkezinde çalışmıyor olmak
- Aile hekimliği dışı bir branşta olmak

3.4. Araştırmanın Uygulanma Şekli

Araştırma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki araştırma görevlilerine ve Eskişehir il merkezinde görev yapan aile hekimlerine "Aile hekimlerinin HIV/AIDS hastalığı ve hastaları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi" anketi uygulanarak yapılmıştır. Veriler anket formuna kaydedilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada verilerin toplanmasında literatür taraması ile araştırmacı tarafından hazırlanan anket uygulanmıştır. Anket 37 sorudan oluşmakta olup katılımcının yaş, cinsiyet, medeni hal, meslekte geçirdiği yıl, unvanı, HIV/AIDS hastalığı ile ilgili bilgisi, HIV/AIDS hastalarına karşı tutum ve davranışlarını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik değişkenler sıklık ve yüzde, sürekli değişkenler ise aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük değer ve en büyük değer ile gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadıkları basıklık ve çarpıklık değerlerinin incelenmesinin yanı sıra Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir.

Normal dağılım şartlarının sağlanmadığı durumlarda, iki ortalamanın karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, üç ortalamanın karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Normal dağılım şartlarının sağlandığı durumlarda, iki ortalamanın karşılaştırılmasında Student t testi, üç ortalamanın karşılaştırılmasında One Way ANOVA testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında, normal dağılım şartları sağlanmadığında Spearman korelasyon

analizi, sağlandığında Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Sıralı değişkenlerin analizinde ise Kendall's tau testi kullanılmıştır.

Yapılan istatistik analizlerde güven aralığı %95, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Bu araştırmada toplam katılımcı sayısı 226 kişidir. Katılımcıların %53,5'i (n=121) kadın, %46,5'i (n=105) erkektir (Tablo 1).

Tablo 4.1. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Kadın	121	53,5
Erkek	105	46,5
Toplam	**226**	**100,0**

Katılımcıların yaş ortalaması 38,9±11,0 yıl olup, ortanca değer 34, en küçük değer 25 ve en büyük değer 65 yıldır (Tablo 2).

Tablo 4.2. Katılımcıların Yaş Dağılımı

	Aritmetik ortalama	**Standart Sapma**	**En Küçük Değer**	**En Büyük Değer**
Yaş	38,9	11,0	25	65

Katılımcıların %67,3'ü (n=152) evli, %32,7'si (n=74) bekârdır (Tablo 3).

Tablo 4.3. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Evli	152	67,3
Bekâr	74	32,7
Toplam	**226**	**100,0**

Katılımcıların %50,9'u (n=115) pratisyen hekim, %31,8'i (n=72) araştırma görevlisi ve %17,3'ü (n=39) uzman hekimdir (Tablo 4).

Tablo 4.4. Katılımcıların Unvanlarına Göre Dağılımı

Unvan	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Pratisyen hekim	115	50,9
Araştırma görevlisi	72	31,8
Uzman hekim	39	17,3
Toplam	**226**	**100,0**

Katılımcıların meslekte geçirdikleri süre, %34,1'inin (n=77) 0-5 yıl, %18,1'inin (n=41) 6-10 yıl, %9,7'sinin (n=22) 11-15 yıl, %7,9'unun (n=18) 16-20 yıl ve %30,1'inin (n=68) 21 yıl ve üzeridir (Tablo 5).

Tablo 4.5. Katılımcıların Meslekte Geçirdikleri Sürelere Göre Dağılımı

Meslekte Geçirilen Süre	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
0-5 yıl	77	34,1
6-10 yıl	41	18,1
11-15 yıl	22	9,7
16-20 yıl	18	7,9
21 yıl ve üzeri	68	30,1
Toplam	**226**	**100,0**

Araştırma görevlisi olan katılımcıların asistanlıkta geçirdikleri süre, %31,4'ünün (n=22) 1 yıl ve altı, %25,7'sinin (n=18) 1 yıldan çok ve 2 yıldan az, %34,3'ünün (n=24) 2 yıl ve üzeri- 3yıldan az ve %8,6'sının (n=6) 3 yıl ve üzeridir (Tablo 6).

Tablo 4.6. Araştırma Görevlisi Katılımcıların Asistanlıkta Geçirdikleri Süreye Göre Dağılımı

Asistanlıkta Geçirilen Süre	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
1 yıl ve altı	22	31,4
1 yıldan çok ve 2 yıldan az	18	25,7
2 yıl ve üzeri – 3 yıldan az	24	34,3
3 yıl ve üzeri	6	8,6
Toplam	**70**	**100,0**

*2 araştırma görevlisi bu soruya cevap vermediğinden dolayı tabloya dahil edilmemiştir.

HIV enfeksiyonu konusunda, katılımcıların %56,2'si (n=127) yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu düşünürken, %43,8'i (n=99) yeterli bilgi düzeyine sahip olmadığını düşünmektedir (Tablo 7).

Tablo 4.7. Katılımcıların HIV Enfeksiyonu Konusunda Yeterli Bilgi Düzeyine Sahip Olup Olmadıklarını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı

HIV Enfeksiyonu Konusunda Yeterli Bilgi Düzeyine Sahip Olduğunu Düşünme	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Evet	127	56,2
Hayır	99	43,8
Toplam	**226**	**100,0**

Katılımcıların HIV/AIDS hastalığı ile ilgili bilgi sorularına verdikleri yanıtlar Tablo 8'de gösterilmiştir. En çok doğru bilinen soru %98,7 (n=223) "Sizce HIV/AIDS hastalığı eşcinsellere özgü bir hastalık mıdır?" iken, en az doğru bilinen soru %18,2 (n=41) ile "Sizce HIV/AIDS hastalığını kesinleştirmek için yapılan en yaygın test ELİSA testi midir?" sorusu olmuştur (Tablo 8).

Tablo 4.8. Katılımcıların HIV/AIDS Hastalığı ile İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Evet		**Hayır**		**Bilmiyorum**	
Bilgi Sorusu	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Sizce HIV/AIDS hastalığı eşcinsellere özgü bir hastalık mıdır?	1	0,4	**223**	**98,7**	2	0,9
Sizce HIV/AIDS hastaları günümüz tedavi yöntemleriyle normal yaşamını sürdürebilir mi?	**204**	**90,3**	13	5,7	9	4,0
Sizce HIV/AIDS hastalığı kesin ölümcül bir hastalık mıdır?	25	11,1	**191**	**84,5**	10	4,4
Sizce HIV/AIDS hastalığı madde bağımlısı kişilerin hastalığı mıdır?	43	19,0	**179**	**79,2**	4	1,8
Sizce HIV/AIDS hastalığı kolay bulaşan bir hastalık mıdır?	72	31,9	**147**	**65,0**	7	3,1
Sizce HIV/AIDS hastalığı günümüz tedavi yöntemleriyle tamamen iyileşebilen bir hastalık mıdır?	41	18,1	**143**	**63,3**	42	18,6
Sizce HIV/AIDS hastalığını kesinleştirmek için yapılan en yaygın test ELİSA testi midir?	158	69,9	**41**	**18,2**	27	11,9

* Doğru cevapların sayı ve yüzde değerleri koyu punto ile gösterilmiştir.

Katılımcıların HIV/AIDS hastalığının bulaş yolu ile ilgili önermelere verdikleri yanıtlar Tablo 9'da gösterilmiştir. Katılımcıların %99,1'inin (n=224) korunmasız cinsel ilişkinin HIV bulaş yollarından biri olduğunu doğru bir şekilde bildikleri ancak HIV/AIDS ile yaşayan bir annenin bebeğini emzirmesinin HIV bulaş yollarından biri olduğunu sadece %36,3'ünün (n=82) bildiği görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 4.9. Katılımcıların HIV/AIDS Hastalığının Bulaş Yolu İle İlgili Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Evet		**Hayır**	
HIV/AIDS Hastalığı Bulaş Yolu	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Korunmasız cinsel ilişki	**224**	**99,1**	2	0,9
El sıkışma	2	0,9	**224**	**99,1**
Riskli cinsel ilişki	**223**	**98,7**	3	1,3
Kan transfüzyonu, organ nakli	**222**	**98,2**	4	1,8
HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin enjektörünün batması	**218**	**96,5**	8	3,5
Hapşırma-öksürme	10	4,4	**216**	**95,6**
Ortak banyo-havuz-tuvalet kullanma	17	7,5	**209**	**92,5**
Sivrisinek ve böcek ısırığı	18	8,0	**208**	**92,0**
HIV/AIDS ile yaşayan hamile anneden çocuğa	**207**	**91,6**	19	8,4
Ortak çatal-kaşık-havlu kullanma	21	9,3	**205**	**90,7**
Ortak tırnak makası ve tıraş bıçağı kullanımı	**177**	**78,3**	49	21,7
HIV/AIDS ile yaşayan annenin bebeğini emzirmesi	**82**	**36,3**	144	63,7

***** Doğru cevapların sayı ve yüzde değerleri koyu punto ile gösterilmiştir.

Katılımcıların HIV/AIDS'ten korunma yöntemleri ile ilgili önermelere verdikleri yanıtlar Tablo 10'da gösterilmiştir. Katılımcıların %97,3'ü (n=220) bariyer yöntem kullanımının HIV/AIDS hastalığından korunmada etkili bir yöntem olduğunu bildiği ancak HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin vücut sıvıları ile temastan kaçınmanın etkili bir yöntem olmadığını bilenlerin, katılımcıların %12,8'i (n=29) olduğu görülmüştür (Tablo 10).

Tablo 4.10. Katılımcıların HIV/AIDS Hastalığından Korunma Yöntemleri İle İlgili Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Evet		**Hayır**	
HIV/AIDS Hastalığı Korunma Yöntemleri	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Bariyer yöntemlerin (prezervatif vb.) kullanımı	**220**	**97,3**	6	2,7
Tek partnerliği tercih etme	**205**	**90,7**	21	9,3
Muayene sırasında maske takmak	24	10,6	**202**	**89,4**
HIV/AIDS aşısı olma	37	16,4	**189**	**83,6**
HIV/AIDS ile yaşayan bireylerden uzak durma	42	18,6	**184**	**81,4**
HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin muayenesinden önce ve sonra el yıkamak	109	48,2	**117**	**51,8**
HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin muayenesi sırasında eldiven kullanmak	160	70,8	**66**	**29,2**
HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin vücut sıvıları ile temastan kaçınma	197	87,2	**29**	**12,8**

* Doğru cevapların sayı ve yüzde değerleri koyu punto ile gösterilmiştir.

Katılımcıların HIV/AIDS hastalığı ile ilgili tutumlarını ölçen önermelere verdikleri yanıtlar Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Katılımcıların Tutum Ölçen Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tutum Ölçen Önermeler	**Kesinlikle katılıyorum**		**Katılıyorum**		**Kararsızım**		**Katılmıyorum**		**Kesinlikle katılmıyorum**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
HIV/AIDS ile yaşayan bireyler herhangi bir işte çalışmamalı	3	1,3	2	0,9	11	4,9	83	36,7	**127**	**56,2**
HIV/AIDS ile yaşayan bir sağlık çalışanı sadece HIV/AIDS ile yaşayan bireylere hizmet vermelidir	5	2,2	9	4,0	29	12,8	92	40,7	**91**	**40,3**
HIV/AIDS ile yaşayan bir sağlık çalışanı herhangi bir sağlık kurumunda görev yapmamalı	9	4,0	20	8,9	36	15,9	90	39,8	**71**	**31,4**
HIV/AIDS ile yaşayan bireyler hastanede ayrı bir odada tutulmalı ve izlenmeli	17	7,5	57	25,2	26	11,5	69	30,6	**57**	**25,2**
HIV/AIDS ile yaşayan bireyleri takip ve tedavi ederken korkarım, anksiyete yaşarım	10	4,4	54	23,9	47	20,8	74	32,8	**41**	**18,1**
HIV/AIDS ile yaşayan bireyler evlenmemeli	9	4,0	26	11,5	55	24,3	99	43,8	**37**	**16,4**
HIV/AIDS ile yaşayan bireyler çocuk sahibi olmamalı	19	8,4	41	18,1	62	27,4	79	35,0	**25**	**11,1**
Bir sağlık çalışanı olarak kendimi HIV/AIDS bulaşma açısından yüksek riskli görüyorum	26	11,5	64	28,3	47	20,8	67	29,6	**22**	**9,7**

Katılımcıların HIV/AIDS hastalığı ile ilgili davranışlarını ölçen önermelere verdikleri yanıtlar Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Katılımcıların Davranış Ölçen Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Davranış Ölçen Önermeler	**Kesinlikle katılıyorum**		**Katılıyorum**		**Kararsızım**		**Katılmıyorum**		**Kesinlikle katılmıyorum**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
HIV/AIDS ile yaşayan bir bireye kalp masajı yapmaktan kaçınırım	1	0,4	6	2,7	22	9,8	95	42,0	**102**	**45,1**
HIV/AIDS ile yaşayan bireyin uzattığı tetkik kâğıdını tutmak istemem	4	1,8	10	4,4	18	7,9	103	45,6	**91**	**40,3**
HIV/AIDS ile yaşayan bir bireyi muayene etmek istemem	1	0,4	6	2,7	19	8,4	122	54,0	**78**	**34,5**
HIV/AIDS ile yaşayan bireylere kendi kalemimi vermek istemem	8	3,5	24	10,6	22	9,7	94	41,5	**78**	**34,5**
HIV/AIDS ile yaşayan bir bireyi sosyal ortamda fark etsem uzak dururum, anksiyete yaşarım	8	3,6	22	9,7	31	13,7	90	39,8	**75**	**33,2**
HIV/AIDS ile yaşayan bireylerden sonra masamın üstünü dezenfekte etme ihtiyacı duyarım	26	11,5	50	22,1	19	8,4	86	38,1	**45**	**19,9**
HIV/AIDS ile yaşayan bireylere idrar sondası-N/G sonda takmak ve aspirasyon işlemi yapmak istemem	6	2,6	40	17,7	51	22,6	92	40,7	**37**	**16,4**
HIV/AIDS ile yaşayan bireyin doğumunu yaptırmaktan kaçınırım	10	4,4	49	21,7	65	28,8	71	31,4	**31**	**13,7**
HIV/AIDS ile yaşayan bir bireyin öksürüğü, burun akıntısı, hapşırığı olduğunu gördüğümde endişe yaşarım, muayene aletlerini birkaç kez dezenfekte ettiririm	12	5,3	71	31,4	39	17,3	74	32,7	**30**	**13,3**
HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin küçük cerrahi işlemlerini yapmak istemem	16	7,1	57	25,2	53	23,4	77	34,1	**23**	**10,2**
HIV/AIDS ile yaşayan bireyler ile karşılaştığımda diğer sağlık çalışanlarına bilgi veririm	82	36,3	82	36,3	26	11,5	21	9,3	**15**	**6,6**

Katılımcıların HIV/AIDS ile yaşayan bireylere karşı alacağı önlemlerin dağılımı Tablo 13'te gösterilmiştir. Buna göre %82,7 (n=187) ile katılımcıların en sık alacağı önlem muayene sırasında eldiven giymek iken, %1,3 (n=3) ile katılımcıların en seyrek alacağı önlem HIV/AIDS hastalığı ile yaşayan bireyleri muayene etmemek olarak görülmektedir (Tablo 13).

Tablo 4.13. Katılımcıların HIV/AIDS ile Yaşayan Bireylere Karşı Alacağı Önlemlerin Dağılımı

	Evet		**Hayır**	
HIV/AIDS Hastasına Karşı Alınacak Önlem	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Muayene sırasında eldiven giyerdim	187	82,7	39	17,3
HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin muayenesinde kullandığım aletleri birkaç kez dezenfekte ettirirdim	139	61,5	87	38,5
HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin muayenesinde kullandığım aletleri çöpe atardım	59	26,1	167	73,9
Diğer hastaları nasıl muayene ediyorsam öyle yapardım, endişe yaşamazdım, fazladan koruyucu önlemler almazdım	57	25,2	169	74,8
Muayene sırasında maske takardım	54	23,9	172	76,1
HIV/AIDS hastalığı ile yaşayan bireyleri muayene etmezdim	3	1,3	223	98,7

Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri cevaplar kullanılarak HIV/AIDS hastalığı konusunda katılımcıların bilgi toplam puanı hesaplanmıştır. Bu hesaplamada Tablo 8'de yer alan 7 adet bilgi sorusu için her doğru cevap 1 puan kabul edilirken, yanlış cevap ve "bilmiyorum" cevabı 0 puan olarak kabul edilmiştir. Katılımcıların Tablo 9'da yer alan HIV/AIDS hastalığının bulaş yolu ile ilgili 12 önerme için, doğru bildikleri her önerme 1 puan, yanlış bildikleri her önerme 0 puan kabul edilmiştir. Katılımcıların Tablo 10'da yer alan HIV/AIDS hastalığından korunma yöntemleriyle ilgili 8 önerme için, doğru bildikleri her önerme 1 puan,

yanlış bildikleri her önerme 0 puan kabul edilmiştir. Böylece üç tabloda yer alan veriler kullanılarak en düşük puan "0", en yüksek puan "27" olmak üzere bilgi toplam puanı hesaplanmıştır (Tablo 8-10).

Katılımcıların bilgi toplam puanı ortalaması 21,0±2,2 puan iken, ortancası 21 puandır. Katılımcıların aldığı en düşük puan 13 puan iken, en yüksek puan 26 puandır (Tablo 14).

Katılımcıların HIV/AIDS hastalığı konusundaki Tablo 11'de yer alan 8 adet tutum önermesine verdikleri cevaplar kullanılarak tutum toplam puanı hesaplanmıştır. Tutum ölçen önermelerin hepsi olumsuz tutum ifadesi olup katılımcılara, "kesinlikle katılıyorum" ifadesi için 1 puan, "katılıyorum" ifadesi için 2 puan, "kararsızım" ifadesi için 3 puan, "katılmıyorum" ifadesi için 4 puan ve "kesinlikle katılmıyorum" ifadesi için 5 puan verilmiştir. Böylece en düşük puan "8", en yüksek puan "40" olmak üzere tutum toplam puanı hesaplanmıştır.

Katılımcıların tutum toplam puanı ortalaması 29,0±4,9 puan iken, ortancası 29 puandır. Katılımcıların aldığı en düşük puan 14 puan iken, en yüksek puan 40 puandır (Tablo 14).

Katılımcıların HIV/AIDS hastalığı konusundaki Tablo 12'de yer alan 11 adet davranış önermesine verdikleri cevaplar kullanılarak davranış toplam puanı hesaplanmıştır. Davranış ölçen önermelerin hepsi olumsuz davranış ifadesi olup katılımcılara, "kesinlikle katılıyorum" ifadesi için 1 puan, "katılıyorum" ifadesi için 2 puan, "kararsızım" ifadesi için 3 puan, "katılmıyorum" ifadesi için 4 puan ve "kesinlikle katılmıyorum" ifadesi için 5 puan verilmiştir. Böylece en düşük puan "11", en yüksek puan "55" olmak üzere tutum toplam puanı hesaplanmıştır.

Katılımcıların davranış toplam puanı ortalaması 39,1±7,3 puan iken, ortancası 39 puandır. Katılımcıların aldığı en düşük puan 18 puan iken, en yüksek puan 55 puandır (Tablo 14).

Tablo 4.14. Katılımcıların Bilgi, Tutum ve Davranış Toplam Puanı Dağılımı

Bağımlı Değişken	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	En Küçük Değer	En Büyük Değer
Bilgi Toplam Puanı	21,0	2,2	21	13	26
Tutum Toplam Puanı	29,0	4,9	29	14	40
Davranış Toplam Puanı	39,1	7,3	39	18	55

Katılımcıların yaşı ile bilgi toplam puanı arasında çok zayıf düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (r=-0,179, p=0,007). Katılımcıların yaşı ile tutum toplam puanı ve davranış toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Sırasıyla; p=0,129, p=0,166), (Tablo 15).

4.2. Analitik Bulgular

Tablo 4.15. Katılımcıların Yaşı ile Bilgi, Tutum ve Davranış Toplam Puanı Arasındaki İlişki

		Bilgi Toplam Puanı	Tutum Toplam Puanı	Davranış Toplam Puanı
Yaş	**r**	**-0,179**	-0,101	0,092
	p	**0,007**	0,129	0,166

Kadınların bilgi toplam puanı ortalaması 21,2±2,1 puan iken erkeklerin bilgi toplam puanı ortalaması 20,9±2,2 puandır. Kadınlarla erkeklerin bilgi toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,308), (Tablo 16).

Tablo 4.16. Cinsiyet ve Bilgi Toplam Puanı İlişkisi

Cinsiyet	**Sayı (n)**	**Bilgi Toplam Puanı**	**MWU**	**p**
Kadın	121	21,2±2,1		
Erkek	105	20,9±2,2	5858,50	0,308
Toplam	**226**	**21,0±2,2**		

Kadınların tutum toplam puanı ortalaması 29,4±4,6 puan iken erkeklerin tutum toplam puanı ortalaması 28,6±5,2 puandır. Kadınlarla erkeklerin tutum toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,222), (Tablo 17).

Tablo 4.17. Cinsiyet ve Tutum Toplam Puanı İlişkisi

Cinsiyet	**Sayı (n)**	**Tutum Toplam Puanı**	**t**	**p**
Kadın	121	29,4±4,6		
Erkek	105	28,6±5,2	1,225	0,222
Toplam	**226**	**29,0±4,9**		

Kadınların davranış toplam puanı ortalaması 38,6±7,2 puan iken erkeklerin davranış toplam puanı ortalaması 39,6±7,4 puandır. Kadınlarla erkeklerin davranış toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,313), (Tablo 18).

Tablo 4.18. Cinsiyet ve Davranış Toplam Puanı İlişkisi

Cinsiyet	**Sayı (n)**	**Davranış Toplam Puanı**	**t**	**p**
Kadın	121	38,6±7,2		
Erkek	105	39,6±7,4	-1,010	0,313
Toplam	**226**	**39,1±7,3**		

Evlilerin bilgi toplam puanı ortalaması 21,1±2,0 puan iken bekârların bilgi toplam puanı ortalaması 21,0±2,5 puandır. Evlilerle bekârların bilgi toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,881), (Tablo 19).

Tablo 4.19. Medeni Durum ve Bilgi Toplam Puanı İlişkisi

Medeni Durum	Sayı (n)	Bilgi Toplam Puanı	MWU	p
Evli	152	21,1±2,0		
Bekâr	74	21,0±2,5	5556,00	0,881
Toplam	**226**	**21,0±2,2**		

Evlilerin tutum toplam puanı ortalaması 28,7±5,1 puan iken bekârların tutum toplam puanı ortalaması 29,5±4,5 puandır. Evlilerle bekârların tutum toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,283), (Tablo 20).

Tablo 4.20. Medeni Durum ve Tutum Toplam Puanı İlişkisi

Medeni Durum	Sayı (n)	Tutum Toplam Puanı	t	p
Evli	152	28,7±5,1		
Bekâr	74	29,5±4,5	-1,075	0,283
Toplam	**226**	**29,0±4,9**		

Evlilerin davranış toplam puanı ortalaması 39,3±7,7 puan iken bekârların davranış toplam puanı ortalaması 38,5±6,5 puandır. Evlilerle bekârların davranış toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,445), (Tablo 21).

Tablo 4.21. Medeni Durum ve Davranış Toplam Puanı İlişkisi

Medeni Durum	Sayı (n)	Davranış Toplam Puanı	t	p
Evli	152	39,3±7,7		
Bekâr	74	38,5±6,5	0,765	0,445
Toplam	**226**	**39,1±7,3**		

Pratisyen hekimlerin bilgi toplam puanı ortalaması 20,5±2,2 puan, araştırma görevlisi hekimlerin bilgi toplam puanı ortalaması 21,2±2,0 puan ve uzman hekimlerin bilgi toplam puanı ortalaması 22,3±1,8 puandır. Uzman hekimlerin bilgi

toplam puanı, araştırma görevlisi ve pratisyen hekimlere göre istatistiksel olarak daha yüksektir (p<0,001), (Tablo 22).

Tablo 4.22. Unvan ve Bilgi Toplam Puanı İlişkisi

Unvan	**Sayı (n)**	**Bilgi Toplam Puanı**	**Chi-Square**	**p**
Pratisyen hekim	115	20,5±2,2	21,666	<0,001
Araştırma görevlisi	72	21,2±2,0		
Uzman hekim	39	22,3±1,8		
Toplam	**226**	**21,0±2,2**		

Pratisyen hekimlerin tutum toplam puanı ortalaması 28,4±5,2 puan, araştırma görevlisi hekimlerin tutum toplam puanı ortalaması 29,4±4,4 puan ve uzman hekimlerin tutum toplam puanı ortalaması 30,0±4,7 puandır. Katılımcıların unvanlarına göre, tutum toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,157), (Tablo 23).

Tablo 4.23. Unvan ve Tutum Toplam Puanı İlişkisi

Unvan	**Sayı (n)**	**Tutum Toplam Puanı**	**F**	**p**
Pratisyen hekim	115	28,4±5,2	1,867	0,157
Araştırma görevlisi	72	29,4±4,4		
Uzman hekim	39	30,0±4,7		
Toplam	**226**	**29,0±4,9**		

Pratisyen hekimlerin davranış toplam puanı ortalaması 38,9±7,4 puan, araştırma görevlisi hekimlerin davranış toplam puanı ortalaması 38,5±6,5 puan ve uzman hekimlerin davranış toplam puanı ortalaması 40,4±8,6 puandır. Katılımcıların unvanlarına göre, davranış toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,422), (Tablo 24).

Tablo 4.24. Unvan ve Davranış Toplam Puanı İlişkisi

Unvan	Sayı (n)	Davranış Toplam Puanı	F	p
Pratisyen hekim	115	38,9±7,4	0,867	0,422
Araştırma görevlisi	72	38,5±6,5		
Uzman hekim	39	40,4±8,6		
Toplam	**226**	**39,1±7,3**		

Katılımcıların meslekte geçirdikleri yıl ile bilgi toplam puanı arasında çok zayıf düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (r=-0,146, p=0,006). Katılımcıların meslekte geçirdikleri yıl ile tutum toplam puanı ve davranış toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Sırasıyla; p=0,119, p=0,657), (Tablo 25).

Tablo 4.25. Katılımcıların Meslekte Geçirdikleri Yıl ile Bilgi, Tutum ve Davranış Toplam Puanı Arasındaki İlişki

	Bilgi Toplam Puanı	Tutum Toplam Puanı	Davranış Toplam Puanı
Meslekte Geçirdikleri Yıl	**r -0,146**	-0,080	0,022
	p 0,006	0,119	0,657

HIV enfeksiyonu konusunda yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünenlerin bilgi toplam puanı ortalaması 21,2±2,2 puan iken HIV enfeksiyonu konusunda yeterli bilgi düzeyi olmadığını düşünenlerin bilgi toplam puanı ortalaması 20,8±2,2 puandır. İki grubun bilgi toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,082), (Tablo 26).

Tablo 4.26. HIV Enfeksiyonu Konusunda Yeterli Bilgi Düzeyine Sahip Olduğunu Düşünme ve Bilgi Toplam Puanı İlişkisi

HIV Enfeksiyonu Konusunda Yeterli Bilgi Sahibi Olduğunu Düşünme	Sayı (n)	Bilgi Toplam Puanı	MWU	p
Evet	127	21,2±2,2	5448,00	0,082
Hayır	99	20,8±2,2		
Toplam	**226**	**21,0±2,2**		

Katılımcıların bilgi toplam puanı ile tutum toplam puanı ve davranış toplam puanı arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Sırasıyla; r=0,220, p=0,001 ve r=0,229, p=0,001). Katılımcıların tutum toplam puanı ve davranış toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (r=0,660, p<0,001), (Tablo 27).

Tablo 4.27. Bilgi, Tutum ve Davranış Toplam Puanları Arasındaki İlişki

		Bilgi Toplam Puanı	**Tutum Toplam Puanı**	**Davranış Toplam Puanı**
Bilgi Toplam Puanı	**r**	-	0,220	0,229
	p	-	0,001	0,001
Tutum Toplam Puanı	**r**	-	-	0,660
	p	-	-	<0,001
Davranış Toplam Puanı	**r**	-	-	-
	p	-	-	-

5. TARTIŞMA

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı istatistik verilerine göre 1985-2022 yılları arasında HIV ile enfekte 34.453 kişi bildirilmiştir (13). Bununla birlikte halen tanı konulmamış çok sayıda HIV (+) kişi olduğu da düşünülmektedir. Bu kişilere tanı koyma aşamasında bütün hekimlere özellikle hastalarla ilk karşılaşan aile hekimlerine büyük görev düşmektedir. Bu nedenle aile hekimlerinin hastalık konusundaki bilgi düzeylerinin yanı sıra bu hastalara karşı tutum ve davranışları da önem arz etmektedir. Çalışmamızda, Eskişehir il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri ve uzman aile hekimleri ile üniversite hastanesinde çalışan aile hekimliği asistanlarının HIV/AIDS hastalığı ve hastaları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi amaçladık.

HIV/AIDS hastalığının tanısının konulması hastaların tedavi ve takiplerinin başarılı bir şekilde yapılabilmesi için hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının yeterli bilgi düzeyine sahip olması gerekmektedir (49). Literatürde sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin ölçüldüğü birçok çalışma yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada, 36'sı doktor 194'ü hemşire olan 230 sağlık çalışanına HIV/AIDS hastalığının eşcinsellere özgü bir hastalık olup olmadığı sorulmuş. Katılımcıların %89.1'i doğru cevap vererek, HIV/AIDS' in homoseksüellere özgü olmadığını ifade etmiş (50). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde katılımcıların büyük çoğunluğu (%98.7) HIV/AIDS hastalığının homoseksüellere özgü bir hastalık olmadığını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının bilgi düzeyini ölçen Memish ve ark. Suudi Arabistan'da çalışan 1458 doktorun katıldığı başka bir çalışmada ise katılımcıların sadece % 20'si HIV/AIDS hastalığının tamamıyla iyileşmediğini ifade etmiştir (51). Bu çalışmadan farklı olarak aynı soruya bizim çalışmamıza katılan katılımcıların %63,3'ü doğru cevap vererek HIV/AIDS hastalığının kür sağlanabilen bir hastalık olmadığını belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarının HIV/AIDS hastalığının bulaş yolları ile ilgili bilgi düzeylerinin ölçüldüğü, Rotem ve ark. İsrail'de 1470 preklinik tıp öğrencisinin katıldığı bir çalışmada; katılımcıların %100'ü hastalığın cinsel yolla, %94,2'si kan ve kan ürünleri nakli ile %91,2'si hamilelik ve doğum sırasında anneden bebeğe bulaşın gerçekleşebildiğini belirterek soruları doğru cevaplamışlardır (52). Fakat sadece %36,6'sının HIV'in anneden bebeğe emzirme yoluyla bulaşabileceğini bildiği

görülmüştür. Suudi Arabistan'da aile hekimlerinin de yer aldığı 182 birinci basamak hekim, hemşire ve diğer sağlık personellerinin katıldığı ve HIV/AIDS hakkında bilgi, tutum ve davranışın ölçüldüğü bir çalışmada da sağlık çalışanlarının hastalığın en sık bulaş yolları konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip oldukları fakat emzirme ile bulaşın olabileceğini bilenlerin sayısının oldukça az olduğu tespit edilmiş. Ayrıca yine aynı çalışmada aile hekimlerinin, hemşire ve diğer sağlık personelinden anlamlı olarak daha yüksek bilgi puanına sahip olduğu bulunmuş. Yapılan bu çalışmada HIV/AIDS ile ilgili eğitimlerin yapılması gerektiği vurgulanmış (53).

HIV, daha çok virüsle karşılaşmış kişilerin kanlarında mevcuttur. Bunun haricinde meni, vajinal salgılar, rektal sıvılar, anne sütü gibi değişik vücut sıvılarının mukoza ya da kesi, çatlak gibi nedenlerle bütünlüğünü kaybetmiş cilde teması neticesinde vücuda girebilir (11). Çalışmamızda da benzer şekilde katılımcıların çoğunluğu hastalığın en sık bulaş yolu olarak cinsel yolla bulaş, kan ve kan ürünleri nakliyle bulaş ve hamilelik ve doğum esnasında bulaş olduğunu belirtirken, %63,7' si yanlış olarak emzirme ile hastalığın bulaşmayacağını ifade etmiştir. Gebe takibi yapan, emzirme eğitimi veren aile hekimlerinin bu konuda daha fazla bilgiye sahip olması bizlere toplumun daha doğru yönlendirilebilmesi açısından gereklidir. Ayrıca çalışmamızda uzman aile hekimlerinin, pratisyen ve asistan aile hekimlerine göre daha yüksek bilgi puanına sahip olması bizlere HIV/AIDS hastalığı konusunda eğitimlerin sıklığının artması gerektiğini düşündürmektedir.

Dünya'da HIV/AIDS'in bulaş ve korunma yollarına yönelik zihinlerde çeşitli soru işaretleri yer almaktadır. HIV/AIDS ile enfekte bireyin vücut sıvıları ile de bulaş olabilmektedir. Kan dışındaki bu vücut sıvıları meni, rektal sıvılar, vajinal sıvılar ve pre-seminal sıvılardır. Fakat bu sıvılar ile bulaş mukozal zarlar veya hasarlı dokuların direkt teması ile mümkün olabilmektedir. Bunun dışında bu sıvıların sağlam deriye teması ile bulaş beklenmemektedir (54). HIV'e karşı etkili olduğu gösterilen çok çeşitli dezenfektan solüsyonlar mevcut olmasına rağmen, Center for Diseases Control (CDC) tarafından kontamine yüzeylerin dezenfeksiyonu için çamaşır suyu kullanımı önerilmektedir. 1/100'den 1/10'a kadar dilüe edilmiş çamaşır suyu HIV'e etkilidir. Çamaşır suyu kan ve mukus gibi organik materyallerin dezenfeksiyonunda da kullanılır (55). HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin muayenesinde kullanılan materyallerin dezenfeksiyonunda çamaşır suyu kullanımı

yeterli olsa da çalışmamızdaki katılımcıların %61,5'i birkaç kez dezenfekte ettirme ihtiyacı duyduğunu ifade etmiştir. Ayrıca yine katılımcılarımızın %74,8'i bu hastaları muayene sırasında endişe yaşayacağını, fazladan koruyucu önlem alacağını belirtmiştir. Bu sonuçlarla katılımcıların standart koruyucu önlemler dışında ekstra önlem alma ihtiyacının olması bizlere bu kişilere karşı ön yargılı olduklarını düşündürmektedir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi konusunda çok sayıda çalışmalar yapılmıştır. Son yıllarda aşı bilimi de bu yönde önemli ölçüde ilerlemiş ve insan patojenleri için yeni aşılar ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu aşamada HIV aşısı araştırmaları alanında da çok yol katedilmiştir. Fakat HIV, uzun yıllardır aşı araştırmacılarına meydan okuyan bir patojen olmuştur ve halen etkili bir aşı bulunmamaktadır (54, 56). Çalışmamıza katılan katılımcıların %83,6'sı aşı ile hastalıktan korunamayacağını bilmektedir. Bu sonuç bizlere katılımcıların hastalıktan korunmaya yönelik aşı olmadığı konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu göstermektedir.

HIV/AIDS hastalığı ile ilgili bilgi düzeylerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, uzmanlık alanları ve meslekte geçirilen sürelere göre karşılaştırıldığı bir çalışmada bilgi düzeyi ile yaş, cinsiyet ve medeni durum arasında anlamlı bir fark izlenmemiş. Meslekte geçirilen süre bakımından değerlendirildiğinde ise; 5 yıldan daha kısa süre meslekte olan katılımcıların daha uzun süre meslekte olanlara göre daha bilgili olduğu izlenmiş. Yine aynı çalışmada pratisyenlerin ise diş hekimlerine göre daha bilgili olduğu tespit edilmiş (51). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da meslekte geçirilen süresi daha az olan katılımcıların daha bilgili olması son zamanlarda hastalığın bilinirliğinin arttığını ve yakın zamanda tıp fakültesinden mezun olmuş hekimlerin HIV/AIDS tanılı hastalara daha fazla temas ettiğini düşündürmektedir.

HIV ile enfekte kadınların %84'ü, AIDS tanısı almış kadınların ise %79'u reprodüktif çağda tanı almıştır. Bu kadınların çocuk sahibi olup olmama seçimi önemli bir konu olmaya devam etmektedir (57). 2019 yılında Kolombiya'da Spence ve ark. yaptığı, 334'ü doktor 102'si hemşire olan 436 katılımcının yer aldığı bir çalışmada sağlık çalışanlarının HIV/AIDS ile yaşayan bireylere karşı olan tutum ve davranışları irdelemiştir. Çalışmada katılımcıların %52.8'i HIV ile enfekte bireylerin

çocuk sahibi olabileceğini düşünse de, %32,6'sının bu konuda kararsız olduğu tespit edilmiş (58). Bizim çalışmamızı "HIV ile yaşayan bireyler çocuk sahibi olmamalı" önermesi üzerinden değerlendirdiğimizde; katılımcıların % 35'i HIV ile enfekte bireyin çocuk sahibi olabileceğini düşünürken, %27,5'i kararsız olduğunu, %26,5'i çocuk sahibi olmaması gerektiğini düşünmektedir. Son yıllarda HIV/AIDS tedavisi konusunda önemli adımlar atılmış olması nedeniyle artık etkili ART ile HIV(+) bireylerin de sağlıklı çocuk sahibi olabileceği konusunda yeterli eğitimin özellikle birinci basamak hekimlere yönelik arttırılması gerektiği aşikârdır.

HIV/AIDS hastalığı önceden tedavi edilemeyen bir hastalık iken günümüzde düzenli tedavi ile kronik bir hastalık haline gelmiştir. Buna rağmen dünyada halen önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir (59). Bunun en önemli sebebi bireylerin tanı almakta gecikme ve takiplerini aksatmalarından kaynaklanmaktadır. Bu durumun birçok nedeni olmakla birlikte en sık olarak karşımıza bu kişilerin yaşadığı sosyal damgalanma çıkmaktadır. Sağlık çalışanlarının, özellikle HIV/AIDS'li hastalarla ilgili önyargılı ve damgalayıcı düşünce ve davranışlar sergilemeleri hastaların tedavi ve bakımdan yoksun kalmalarına neden olabilir (60).

Ülkemizde ilk AIDS vakası 1985 yılında görülmüştür ve o dönemden bu yana HIV enfeksiyonunun bildirimi zorunludur. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne hastalara kodlar verilerek bildirimi yapılmaktadır. Kesin tanı laboratuvar bulgularına dayanmaktadır. 15 Mart 2018 tarihi itibari ile doğrulama testi pozitif sonuçlanan vakalar bildirimi yapılan vakalardır (1). Her ne kadar kamu sağlığını koruma amacıyla HIV/AIDS vakalarının bakanlığa bildirilmesi söz konusu olsa da bu bilgilerin gizliliğinin korunamaması durumunda kişinin maddi veya manevi varlığının zarara uğraması, ayrımcılığa ve damgalamaya maruz kalmasına sebep olabilecektir (61). Doktor ve hemşirelerin tutum ve davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada doktorların hemşirelere göre anlamlı olarak daha fazla hastalarının hastalıklarını bildirdiği izlenmiş (62). Çalışmamızda da "HIV/AIDS ile yaşayan bireyler ile karşılaştığımda diğer sağlık çalışanlarına bilgi veririm" ifadesine katılımcıların %72,6'sı evet cevabı vermiştir (%36,3'ü kesinlikle katılıyorum, %36,3'ü katılıyorum olarak cevaplamıştır). Bu sonuç bizlere hastalar üzerinde işlem

yapacak diğer sağlık çalışanlarını olası bulaştan korumak ve hastalara daha iyi bir sağlık bakımı sağlamak amacıyla olabileceğini düşündürmüştür.

Andrew ve ark. tarafından yapılan hemşire ve doktorlardan oluşan 230 sağlık çalışanın katıldığı bir çalışmada HIV/AIDS konusunda bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarının HIV/AIDS ile enfekte bireylere daha az ayrımcılık yapıldığı sonucuna ulaşmışlardır. Yine aynı çalışmada 37 yaşın üzerinde olan sağlık çalışanlarının HIV/AIDS ile enfekte bireylere daha olumlu tutum ve davranış içerisinde olduğu tespit edilmiş (62). Ülkemizde Bayrak ve ark. ise bilgi düzeyi arttıkça HIV/AIDS ile enfekte bireylere karşı daha az damgalayıcı davranışlarda bulunulduğu sonucuna varmıştır (63).

Literatürde yer alan birçok çalışma bilgi düzeyi ile tutum ve davranış arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit etse de aksini iddia eden yayınlar da mevcuttur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalığı olan bireylere bakım veren sağlık çalışanlarının, bu hastalık grubundaki bireylere bakım vermeyen sağlık çalışanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek damgalayıcı davranış içerisinde olduğu tespit edilmiş (64). HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yapılan damgalama ve ayrımcılık davranışı ART'ye erişimi ve uyumu sınırlandırabildiği için fiziksel sağlığı da olumsuz etkileyebilir, bu durum da hastalığın ilerlemesini hızlandırır ve HIV bulaş riskini arttırır (65). Porto Riko'da yapılan başka bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının HIV/AIDS ile yaşayan bireylere karşı olan sosyomedikal ve psikolojik bakış açılarının nasıl olduğu değerlendirilmiş. 501 sağlık çalışanının katıldığı çalışmada HIV/AIDS ile ilgili verilen eğitimlerin enfekte kişilere karşı damgalamayı azaltmak için tek başına yeterli olmadığı sonucuna varılmış (66). Çalışmamızda katılımcıların statüsüne göre bilgi, tutum ve davranış puanlarını incelediğimizde uzmanların hastalık konusundaki bilgi puanı, asistan ve pratisyen hekimlerin bilgi puanına göre anlamlı olarak daha yüksekken, tutum ve davranış bakımından üç grup arasında anlamlı bir fark izlenmemiştir. Bu sonuç bizlere hastalık konusunda verilen eğitimin tek başına HIV/AIDS ile enfekte bireylere karşı olan tutum ve davranış üzerinde duygusal açıdan etkisinin yetersiz olabileceğini ortaya koymuştur. Bu da eğitim programlarına hastalık psikososyal bakış açısını değerlendirebilecek eğitimlerin gerekliliğini bizlere göstermiştir.

HIV/AIDS'li hastaların cerrahi girişime ihtiyaç duyması halinde, bu hastalarla temas ve bulaş riski, cerrahi işlemi uygulayacak hekimlerin ve sağlık çalışanlarının karşılaştığı en sık ve zor durumlardan birisidir. Bu nedenle HIV ile enfekte bireyler cerrahi girişim gerektiren durumlarda kaliteli sağlık bakımı almakta birtakım zorluklar yaşayabilmektedirler. HIV ile enfekte bireyin acil cerrahi girişime gereksinimi bulunması halinde, HIV pozitif çıkması üzerine girişimin yapılamaması gibi durumlar günümüzde hala görülebilmektedir (67). Sears ve ark. 2003-2006 yılları arasında yaptığı çalışmada katılımcılar içerisinde yer alan plastik cerrahların %26'sı, kadın-doğum uzmanlarının ise %47'sinin HIV ile yaşayan bireylere, hastaların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetinden bağımsız olarak herhangi bir işlem yapmak istemediklerini ifade etmişlerdir (68). Benzer şekilde çalışmamıza katılan katılımcıların HIV ile enfekte kişilere yapılacak müdahalelere verecekleri tepkiler açısından irdelediğimizde; "HIV ile yaşayan bireylere idrar sondası- N/G sonda takmak ve aspirasyon işlemi yapmak istemem" ifadesine %56'sı katılmadığını belirtirken, %22,6'sı kararsız kalmış, %20,3'ü işlemleri yapmaktan kaçındığını belirtmiştir. "HIV/AIDS ile yaşayan bireyin doğumunu yaptırmaktan kaçınırım" ifadesine de yine katılımcıların yaklaşık yarısı katılmadığını belirtmesine rağmen yarıdan fazlası kararsız kalmış ya da doğumu yaptırmaktan kaçınmıştır (sırasıyla n/%; kesinlikle katılmıyorum: 31/%13,7; katılmıyorum: 71/%31,4; kararsızım: 65/%28,8; katılıyorum: 49/%21,7; kesinlikle katılıyorum: 10/%4,4). Cerrahi işleme yönelik ankette sorulan bir diğer ifadeye ("HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin küçük cerrahi işlemleri yapmak istemem") yönelik verilen cevaplarda ise katılımcıların %44,3'ü cerrahi işlem yapma konusunda olumlu bir davranış sergilerken %23,4'ü kararsız kalmış, %32,3'ü işlem yapmayı reddetmiştir. Bu sonuçlar hekimlerin bulaş riskinden dolayı işlem yapmaktan kaçınma eğiliminde olduklarını düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza Eskişehir'de görev yapan 226 gönüllü aile hekimi katılmıştır. Katılımcıların %50,9'u pratisyen aile hekimi, %31,8'i aile hekimliği araştırma görevlisi ve %17,3'ü aile hekimliği uzmanıdır. Cinsiyetlerine göre %53,5'i kadınlardan, %46,5'i erkeklerden oluşan katılımcıların %67,3'ü evli, %32,7si bekârdır. Katılımcıların yaş ortalaması 38,9±11,0 yıl olup, ortanca değer 34, en küçük değer 25 ve en büyük değer 65 yıldır. Çalışmamızda katılımcılara HIV/AIDS hastalığı hakkında bilgi ve bu hastalara karşı tutumları ve davranışları sorulmuş ve cevapları kaydedilmiştir.

HIV ile enfekte birey sayısı dünyada ve ülkemizde her geçen yıl giderek artmaya devam etmektedir. Bu bireylerin tanı almaması ya da tanıda gecikme olması halinde AIDS gelişimi bu hastalar için kaçınılmaz bir son olmaktadır. Bu bireylerin birçoğu non-spesifik semptom ve bulgularla ilk olarak birinci basamakta görev alan aile hekimlerine başvurmaktadır. İlk tanı konma aşamasında bu kişileri muayene eden hekimin aklına HIV/AIDS hastalığının gelmesi HIV ile yaşayan bireylerin tanısında gecikmenin önüne geçecektir. Bu yüzden birinci basamak hekimlerine önemli bir görev düşmektedir.

Son yıllarda etkili ART rejimlerinin kullanıma girmesi ile HIV ile enfekte bireylerde mortalite ve morbidite oranları önemli ölçüde azalmış olsa da hastaların yaşadıkları damgalama ve ayrımcılık, bu kişilerin sağlık merkezlerine başvurusunu kısıtlamaktadır. Bu nedenle HIV/AIDS hastalığına yönelik sağlık merkezlerinde çalışan hemşiresinden doktoruna tüm sağlık çalışanlarının eğitim alması gerekmektedir. Verilecek eğitim, virüsün yapısı, hastalığın patolojisi, bulaş yollarının yanında enfekte kişilere verilecek psikolojik desteği de kapsamalıdır.

Sonuç olarak anketimize katılan hekimlerin verdiği cevaplar değerlendirildiğinde, hastalıkla ilgili olarak temel bilgilerin katılımcıların çoğu tarafından yeterli düzeyde bilindiğini ortaya koysa da halen bazı hekimlerin bilgilerinin yeterli olmadığı izlenmiştir. Bu durumun belirli aralıklarla yapılabilecek meslek içi eğitimlerle giderilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

HIV/AIDS enfeksiyonuyla ilgili bilgi, tutum ve davranışlara yönelik katılımcıların büyük çoğunluğunda anket sayesinde bir farkındalık geliştiğine inanıyoruz. Bu konuyla ilgili daha kapsamlı randomize kontrollü çalışmaların

yapılması ülkemizdeki sağlık çalışanlarının bakış açısını daha doğru ve detaylı olarak ortaya koyacaktır. Böylelikle eğitim faaliyetlerine yönelik farkındalık artacaktır.

KAYNAKLAR

1. Akin L, Çelik G, Demirbilek EKİCİ M, Ersöz G, İnan D, İnan A, et al. TC Sağlik Bakanliği HIV/AIDS Tani Ve Tedavi Rehberi. 2019.
2. Deeks SG, Overbaugh J, Phillips A, Buchbinder S. HIV infection. Nature reviews Disease primers. 2015;1(1):1-22.
3. Vernazza PL, Eron JJ, Fiscus SA, Cohen MS. Sexual transmission of HIV: infectiousness and prevention. AIDS (London, England). 1999;13(2):155-66.
4. Akdeniz M, Yaman H. The role of primary care physicians at HIV/AIDS management. SENDROM. 2008;20:70-6.
5. Yaman H. HIV/AIDS yönetiminde birinci basamak hekimlerinin rolü. 2008.
6. Fauci AS. The syndrome of Kaposi's sarcoma and opportunistic infections: an epidemiologically restricted disorder of immunoregulation. American College of Physicians; 1982. p. 777-9.
7. Gottlieb MS, Schanker HM, Fan PT, Saxon A, Weisman JD, Pozalski I. Pneumocystis pneumonia—Los Angeles. Mmwr. 1981;30(21):250-2.
8. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science. 1983;220(4599):868-71.
9. Clavel F, Guétard D, Brun-Vézinet F, Chamaret S, Rey MA, Santos-Ferreira MO, et al. Isolation of a new human retrovirus from West African patients with AIDS. Science. 1986;233(4761):343-6.
10. Burgard M, Jasseron C, Matheron S, Damond F, Hamrene K, Blanche S, et al. Mother-to-child transmission of HIV-2 infection from 1986 to 2007 in the ANRS French Perinatal Cohort EPF-CO1. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2010;51(7):833-43.

11. Baggaley RF, Boily MC, White RG, Alary M. Risk of HIV-1 transmission for parenteral exposure and blood transfusion: a systematic review and meta-analysis. AIDS (London, England). 2006;20(6):805-12.

12. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS (London, England). 2014;28(10):1509-19.

13. T.C.SağlıkBakanlığı. HIV/AIDS İstatistik Ankara2022 [Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/hiv-aids-istatislik.html.

14. Giannou FK, Tsiara CG, Nikolopoulos GK, Talias M, Benetou V, Kantzanou M, et al. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission: a systematic review and meta-analysis of studies on HIV serodiscordant couples. Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research. 2016;16(4):489-99.

15. Jin F, Crawford J, Prestage GP, Zablotska I, Imrie J, Kippax SC, et al. Unprotected anal intercourse, risk reduction behaviours, and subsequent HIV infection in a cohort of homosexual men. AIDS (London, England). 2009;23(2):243-52.

16. Tümer A, Serhat Ü. HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2001;4(4).

17. Ergör G, Serdar B. HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma. S Ünal (Edt) Güncel Bilgiler Işığında HIV/AIDS. 1998:7-20.

18. Babayigit MA, Bakir B. HIV enfeksiyonu ve AIDS: Epidemiyoloji ve korunma. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2004;3(11):280-90.

19. Esen A. AIDS: HIV-Bulaşma Yollari Ve Riskli Durumlar. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 1995;11(1):105-12.

20. Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. The Cochrane database of systematic reviews. 2002(1):Cd003255.

21. Mirmonsef P, Krass L, Landay A, Spear GT. The role of bacterial vaginosis and trichomonas in HIV transmission across the female genital tract. Current HIV research. 2012;10(3):202-10.

22. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. The New England journal of medicine. 2000;342(13):921-9.

23. Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham CS. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. Lancet (London, England). 1992;340(8819):585-8.

24. Jamieson DJ, Sibailly TS, Sadek R, Roels TH, Ekpini ER, Boni-Ouattara E, et al. HIV-1 viral load and other risk factors for mother-to-child transmission of HIV-1 in a breast-feeding population in Cote d'Ivoire. Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999). 2003;34(4):430-6.

25. Control CfD, Prevention. Achievements in public health. Reduction in perinatal transmission of HIV infection--United States, 1985-2005. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2006;55(21):592-7.

26. Doğan SG. HIV'li hastaların stigma, depresyon, yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi: Sakarya Üniversitesi (Turkey); 2019.

27. who. HIV data and statistics 2022 [Available from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids.

28. Çalık Başaran N. HIV İnfeksiyonunun Doğal Seyri. In: Ünal S, Tümer A, editors. Güncel Bilgiler Işığında HIV/AIDS. 1. 4 ed. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2016. p. 95-109.

29. Gülten E, Zeka AN. HIV İnfeksiyonunun Kliniği. 2021. In: HIV/AIDS Tanı, İzleme ve Tedavi El Kitabı [Internet]. 2. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2022/03/HIV_AIDS-El-Kitabi_-Su%CC%88ru%CC%88m-2.pdf.

30. Güven G, Ünal S. HIV infeksiyonunun doğal seyri, sınıflandırılması ve hastaların ilk değerlendirilmesi. Flora. 2001;6:12-21.

31. Fields BN. Fields' virology: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

32. Dimmock NJ, Easton AJ, Leppard KN. Introduction to modern virology: John Wiley & Sons; 2015.

33. Selik RM, Mokotoff ED, Branson B, Owen SM, Whitmore S, Hall HI. Revised surveillance case definition for HIV infection—United States, 2014. Morbidity and mortality weekly report: Recommendations and reports. 2014;63(3):1-10.

34. Zarokulu Köşker P. HIV Enfeksiyonunun Laboratuvar Tanısı ve Kullanılan Testler. In: Tümer A, Ünal S, editors. Güncel Bilgiler Işığında HIV/AIDS. 1. 4 ed. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2016.

35. Organization WH. Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection 2015. 2015.

36. Branson BM, Owen SM, Wesolowski LG, Bennett B, Werner BG, Wroblewski KE, et al. Laboratory testing for the diagnosis of HIV infection: updated recommendations. 2014.

37. Kuşkucu M, Midilli K, Çelik G. Retrovirüs Ailesi. In: Willke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M, editors. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. 2. 4 ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2017. p. 1634-65.

38. Altuğlu İ, Devrim İ, Midilli K, Sayan M, Sertöz R, Sili U. HIV Enfeksiyonlarının Taranması, Tanısı ve Direnç Testleri 2021. In: HIV/AIDS Tanı İzleme ve Tedavi El Kitabı [Internet]. [6-22]. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ekmud.org.tr/files/uploads/files/HIV-ADIS-el-kitabi.pdf.

39. Zerdali UDE. HIV/AIDS güncel tedavi: Kullanılan ilaçlar ve yan etkileri. 50 Başlıkta Birinci Basamakta HIV/AIDS. 2021:10-4.

40. Özyavuz Alp Ş, Ünal S. HIV İnfeksiyonunda Antiviral Tedavi ve Direnç In: Tümer A, Ünal S, editors. Güncel Bilgiler Işığında HIV/AIDS. 1. 4 ed. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2016. p. 233-48.

41. Akalın H, Demirkan K, İnkaya AÇ, Kaptan F, Kara E, Sönmezer MÇ, et al. Antiretroviral Tedavi. 2021. In: HIV/AIDS Tanı İzlem ve Tedavi El Kitabı [Internet]. 2. [42-67].

42. Tümer A, Ünal S. HIV/AIDS Epidemiyolojisi ve Korunma. In: Tümer A, ÜNAL S, editors. Güncel Bilgiler Işığında HIV/AIDS. 1. 4 ed. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2016. p. 1-18.

43. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, Hickman M, Mattick RP, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. The Lancet. 2010;375(9719):1014-28.

44. WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach: World Health Organization; 2021.

45. Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, Sangkum U, Mock PA, Leethochawalit M, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. The Lancet. 2013;381(9883):2083-90.

46. Muralidhar S, Singh PK, Jain R, Malhotra M, Bala M. Needle stick injuries among health care workers in a tertiary care hospital of India. Indian Journal of Medical Research. 2010;131(3):405-10.

47. Atalay S, Gökengin D, Sarıgül Yıldırım F. Temas Öncesi ve Temas Sonrası Profilaksi. 2021. In: HIV/AIDS Tanı İzlem ve Tedavi El Kitabı [Internet]. 2. [148-56].

48. Mete ÖÜAÖ. Yaşam kalitesi ve damgalanma. 50 Başlıkta Birinci Basamakta HIV/AIDS. 2021:21-3.

49. İnci A, Altan Y, Biçer İG, Derbent A, Salihoğlu Z, editors. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Sağlık Personelinin HIV/AIDS Konusundaki Bilgi Düzeyi. Presented at the 21st International Intensive Care Symposium; 2017.

50. İnci A. HIV/AIDS Konusunda Bilgi Düzeyi ve Tutum/Knowledge Level and Attitude About HIV/AIDS.

51. Memish ZA, Filemban SM, Bamgboyel A, Al Hakeem RF, Elrashied SM, Al-Tawfiq JA. Knowledge and Attitudes of Doctors Toward People Living With HIV/AIDS in Saudi Arabia. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2015;69(1):61-7.

52. Baytner-Zamir R, Lorber M, Hermoni D. Assessment of the knowledge and attitudes regarding HIV/AIDS among pre-clinical medical students in Israel. BMC Research Notes. 2014;7(1):168.

53. Alharbi HH, Al-Dubai SA, Almutairi RM, Alharbi MH. Stigmatization and discrimination against people living with HIV/AIDS: Knowledge, attitudes, and practices of healthcare workers in the primary healthcare centers in Madinah, Saudi Arabia, 2022. Journal of Family and Community Medicine. 2022;29(3):230-7.

54. CDC. HIV 2021 [Available from: https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-transmission/not-transmitted.html.

55. Control CfD. Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers …; 1987.

56. Lee JH, Crotty S, editors. HIV vaccinology: 2021 update. Seminars in immunology; 2021: Elsevier.

57. Bedimo-Rung AL, Clark AR, Dumestre J, Rice J, Kissinger P. Reproductive decision-making among HIV-Infected women. Journal of the National Medical Association. 2005;97(10):1403.

58. Spence AB, Wang C, Michel K, Ocampo JM, Kharfen M, Merenstein D, et al. HIV related stigma among healthcare providers: opportunities for education

and training. Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC). 2022;21:23259582221114797.

59. Koseoglu Ornek O, Tabak F, Mete B. Stigma in Hospital: an examination of beliefs and attitudes towards HIV/AIDS patients, Istanbul. AIDS care. 2020;32(8):1045-51.

60. Hossain MB, Kippax S. Stigmatized attitudes toward people living with HIV in Bangladesh: health care workers' perspectives. Asia Pacific Journal of Public Health. 2011;23(2):171-82.

61. Yıldız B, Dedeoğlu AK. HIV İle Yaşayan Bireylerin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanırken Ayrımcılık ve Damgalanma Bağlamında Karşılaştıkları Hukuksal Sorunlar. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2023;10(1):18-27.

62. Andrewin A, Chien LY. Stigmatization of patients with HIV/AIDS among doctors and nurses in Belize. AIDS patient care and STDs. 2008;22(11):897-906.

63. Bayrak B, Keten S, Fincanci M. Attitude of Health Personnel Towards People Living With HIV. Klimik Dergisi/Klimik Journal. 2015;27:103-8.

64. Stringer KL, Turan B, McCormick L, Durojaiye M, Nyblade L, Kempf MC, et al. HIV-Related Stigma Among Healthcare Providers in the Deep South. AIDS and behavior. 2016;20(1):115-25.

65. Varas-Díaz N, Neilands TB, Rodríguez-Madera SL, Padilla M. The role of emotions in the reduction of HIV/AIDS stigma among physicians in training. AIDS care. 2016;28(3):376-83.

66. Varas-Diaz N, Marzan-Rodriguez M. The emotional aspect of AIDS stigma among health professionals in Puerto Rico. AIDS care. 2007;19(10):1247-57.

67. Andsoy İİ, Özyaral O. HIV/AIDS ve cerrahi yaklaşım. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi. (1):41-7.

68. Sears B. HIV discrimination in health care services in Los Angeles County: the results of three testing studies. Wash & Lee J Civil Rts & Soc Just. 2008;15:85.