

Türkiye’de İnfeksiyon Hastalıkları Hekimlerinin HIV ile İnfekte Hastaya Yaklaşımı; Sokrates Çalışması

The Approach of Infectious Diseases Physicians to Patients Infected with HIV in Turkey; Socrates Study

Yeşim YILDIZ¹(iD), Yakup DEMİR²(iD), Meryem Merve ÖREN³(iD), Ömer KARŞAHİN⁴(iD), İrem AKDEMİR KALKAN⁵(iD), Tuba DAL⁶(iD), Merve AYHAN⁷(iD), Mustafa Kemal ÇELEN²(iD)

¹ Mardin Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Mardin, Türkiye

² Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

³ İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi, Halk Sağlığı Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁴ Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Erzurum, Türkiye

⁵ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

⁶ Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

⁷ Serbest Eczacı, Batman, Türkiye

* HIV/AIDS Kampı Malatya, 11-13 Ekim 2019’da poster bildiri olarak sunulmuştur.

Makale atfı: Yıldız Y, Demir Y, Ören MM, Karşahin Ö, Akdemir Kalkan İ, Dal T ve ark. Türkiye’de infeksiyon hastalıkları hekimlerinin HIV ile infekte hastaya yaklaşımı; sokrates çalışması. FLORA 2021;26(1):196-207.

ÖZ

Giriş: Türkiye’de, HIV-1 ile infekte kişi sayısı 2011-2018 yılları arasında beş kat artış göstermiş; 2019’da 20202 HIV ile infekte birey ve 1786 AIDS hastası bildirilmiştir. Hekimlerin HIV ile infekte hastalarla ilgili tıbbi, etik, hukuki ve sosyal konulardaki bilgilerinin güncellenmesi ve bu hastaları takip eden hekim sayısının artırılması gerekmektedir. Bu çalışmada infeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji (EHKM) hekimlerinin tanı, tedavi ve takipte yaşadıkları sorunların belirlenmesi ve farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Çalışmada 400 EHKM hekimine 39 soruluk anket formu elektronik posta ile gönderilmiştir. Toplamda 131 hekimin sonuçları analiz edilmiştir. İstatistiksel analizde kategorik veriler için ki kare testi kullanılmış ve %95 güven aralığında 0.05’in altındaki p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS v 21.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 131 hekimin 89’u (%67.9) kadındır, %75.6’sı (n= 99) HIV ile infekte hastaları takip ettiğini belirtmiştir. Hasta takip eden ve etmeyen hekimlerin meslekte ortalama çalışma süreleri sırasıyla 16.0 ± 10.4 (1-44) ve 11.9 ± 5.6 (2-26) yıldır. Hasta takip etmeyen 32 hekimin 22’si (%68.8) uygun koşulları olduğunda takip etmek istediğini belirtmiştir. Hekimlerin HIV ile infekte hasta takip etmemesinin en sık nedenleri takipte kullanılacak laboratuvar testlerine erişilememesi (%56.3 n= 18) ve hastane/poliklinik şartlarının yetersiz olmasıdır (%50.0 n= 16). HIV ile infekte hasta takip eden 99 hekimden 87’si (%87.8) tanı testlerinin tümüne erişebilmekte, 98 hekim (%98.9) en az birine erişebilmektedir. Hasta takibinde en çok zorlanan konular hastanın sosyal güvencesinin olmaması (%43.4) ve hastalık konusunda yakınlarının bilgilendirilmesidir (%37.4). Hekimlerin %72.7’si sosyal özellikleri sorunlu olan hasta grubunun (mental bozukluk, ilaç bağımlılığı ve mahkûmlar) yönetiminde zorlanmaktadır. Hekim-hasta uyumu (%96), ilaç pozolojisi (%79.8) ve sigorta sorunları (%79.8) tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin başında gelmektedir.

Sonuç: HIV ile infekte hasta takip eden hekimlerin en zorlandığı konular sosyal güvencesi olmayan hastaların takibi, hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve sosyal olarak sorunlu hastaların yönetimidir. Hekimlerin hasta takip etmemesinin en sık nedenleri laboratuvar testlerine erişilememesi ve hastane şartlarının yetersiz olmasıdır. Çalışmamız çıktıkları ülkemizdeki infeksiyon hastalıkları hekimlerinin eğitim planlarına katkı sağlayacaktır. Hekim hasta uyumunun artırılması bu hastalıkla mücadelede önemlidir.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS; Hekim; Bilgi düzeyi

Geliş Tarihi/Received: 26/04/2020 - Kabul Ediliş Tarihi/Accepted: 13/07/2020

©Telif Hakkı 2021 Flora. Makale metnine www.floradergisi.org web adresinden ulaşılabilir.

Çevrimiçi Yayın Tarihi: 24.03.2021

ABSTRACT

The Approach of Infectious Diseases Physicians to Patients Infected with HIV in Turkey; Socrates Study

Yeşim YILDIZ¹, Yakup DEMİR², Meryem Merve ÖREN³, Ömer KARAŞAHİN⁴, İrem AKDEMİR KALKAN⁵, Tuba DAL⁶, Merve AYHAN⁷, Mustafa Kemal ÇELEN²

¹ Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Mardin State Hospital, Mardin, Turkey

² Department of Clinical Microbiology and Infectious Disease, Dicle University Faculty of Medicine, Diyarbakır, Turkey

³ Public Health Clinic, Istanbul University Capa Faculty of Medicine Hospital, İstanbul, Turkey

⁴ Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Erzurum Regional Training and Research Hospital, Erzurum, Turkey

⁵ Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Ankara University Faculty of Medicine İbni Sina Hospital, Ankara, Turkey

⁶ Department of Medical Microbiology, Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey

⁷ Pharmacist, Batman, Turkey

Introduction: In Turkey, the number of infected people with HIV-1 increased five-fold between the years 2011-2018. In 2019, 20202 HIV-infected individuals and 1786 AIDS patients were reported. It is necessary to update the physicians' knowledge on medical, ethical, legal and social issues about HIV infected patients, and to increase the number of physicians following these patients. In this study, it was aimed to determine the problems experienced by infectious diseases and clinical microbiology (IDCM) physicians on diagnosis, treatment and follow-up and to increase their awareness.

Materials and Methods: In the study, a questionnaire with 39 questions was sent to 400 IDCM physicians via e-mail. The results of 131 physicians in total were analyzed. In statistical comparison, chi-square test was used for categorical data, and p value below 0.05 was accepted as statistically significant in 95% confidence interval. SPSS v 21.0 program was used for statistical analysis.

Results: Of the 131 physicians who participated in the study, 89 (67.9%) were females, 75.6% of these physicians stated that they follow HIV-infected patients. Average working durations of the physicians who followed and did not follow the patients were 16.0 ± 10.4 (1-44) and 11.9 ± 5.6 (2-26) years, respectively. Of the 32 physicians who did not follow the patients, 22 (68.8%) stated that they wanted to follow patients on provided conditions. The most common reasons for physicians not following HIV-infected patients are lack of access to laboratory tests (56.3% n= 18) and inadequate hospital/outpatient conditions (50.0% n= 16). Of the 99 physicians who follow HIV-infected patients, 87 (87.8%) can access all diagnostic tests, and 98 physicians (98.9%) can access at least one. The most commonly found difficulties in patient follow-up are the lack of social insurance of the patient (43.4%) and informing relatives about the disease (37.4%). Seventy-two point seven percent of the physicians have difficulties in the management of the patient group (mental disorder, drug addiction and prisoners) who has social problems. Physician-patient compliance (96%), drug posology (79.8%) and insurance problems (79.8%) were found to be the leading factors affecting treatment compliance.

Conclusion: The most challenging issues of physicians following HIV-infected patients are the follow-up of patients without social insurance and the management of socially problematic patients. The most common reasons for physicians not following these patients are inaccessibility to laboratory tests and insufficient hospital conditions. Our study outputs will contribute to the education plans of infectious diseases physicians in our country. Increasing physician patient compliance is important in combating this disease.

Key Words: HIV/AIDS; Physician; Knowledge

GİRİŞ

Human İndeficiency Virus (HIV), *Retroviridae* ailesinin lentivirüs alt ailesine ait zarflı bir RNA virüsüdür. HIV-1 (Human İndeficiency Virus-1) 1982 yılında, HIV-2 ise 1986 yılında tanımlanmıştır. Pandemi HIV-1 dünyadaki tüm ülkelerden bildirilmişken, HIV-2 genellikle Batı Afrika ülkelerinde sınırlı kalmıştır. Ülkemizde ise HIV-1 ilk kez 1985 yılında saptanmıştır. Ülkemizde, 30 Haziran 2019 tarihine kadar doğrulama testi po-

zitif 20202 HIV ile infekte birey ve 1786 AIDS hastası bildirilmiştir. Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü verilerine göre, 2018 yılı içinde 3678 HIV ile infekte kişi ve 122 AIDS hastası olmak üzere 3800 olgu, HIV doğrulama testleri ile pozitif olarak tespit edilerek bildirilmiştir. Bildirimi yapılan bu olguların büyük çoğunluğu (%83.7) erkek olup %16.4'ü yabancı uyrukludur^[1]. HIV-1, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Rusya dahil olmak üzere dünyada yaygındır. Özellikle

Ukrayna, Yunanistan gibi ülkelerde olgu sayıları ülkemize göre oldukça fazladır^[2-4].

Ülkemizde, HIV ile infekte kişi sayısı 2011 yılında 676 iken, 2018 yılında bu sayının beş kattan daha fazla artış göstermesi, HIV’in ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunu haline geldiğinin önemli bir göstergesidir^[1]. Son yıllarda yapılan bildirimlerde, infekte bireylerin daha çok 25-39 yaş arasındaki genç popülasyonda olduğu görülmektedir. Ülkemiz hekimlerinin HIV ile infekte hastalarla ilgili tıbbi, etik, hukuki ve sosyal konulardaki bilgilerinin güncellenmesi ve HIV ile infekte hastaları takip eden merkez ve hekim sayısının artırılması gerekmektedir. Bu nedenle HIV ile infekte bireylerle sıklıkla karşılaşan hekimlerin tanı, tedavi ve izlemde güçlük yaşadıkları konuların bilinmesi ve bu hekimlerde farkındalık oluşturulması önemlidir. Çalışmada enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji (EHKM) hekimleri arasında, HIV ile infekte hasta takip etmeyen hekimlerin, bu hastaları takip etmeme nedenlerinin, HIV ile infekte hastaları takip eden hekimlerin ise hastalıkla ilgili bilgi düzeyinin, hastalara yaklaşımlarının, tanı, tedavi ve takipte yaşadıkları sorunların araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmanın diğer amaçları ise bu hastalarla ilgili hukuki ve etik sorunları tespit etmek ve hekimlerin hasta uyumunu arttırmaya yönelik uygulamalarını saptamaktır.

MATERYAL ve METOD

Çalışma bir tanımlayıcı tipte bir araştırma olup veriler anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Örneklem hesabı için ülkemizdeki EHKM uzmanı olan hekim sayısı uzmanlık derneklerinin üye sayılarından yola çıkılarak 2000 kişi olarak kabul edilmiş, HIV ile infekte hasta takip eden oran bilinmediği için %50 olarak alınmış, %8’lik hata, %80 güç ve %95 güven aralığında örneklem büyüklüğü 274 kişi olarak hesaplanmıştır. Olası kayıplar göz önüne alınarak örnek büyüklüğü %20 artırılmış ve en az 330 hekime anket ulaştırılması hedeflenmiştir. Anket gönderilecek hekimler için herhangi bir tabakalandırma yapılmaksızın iletişim bilgilerine ulaşılan 400 EHKM hekime çevrimiçi ortamda hazırlanan anket formu elektronik posta ile gönderilmiş, onar gün aralıklarla üç hatırlatma yapılmış ve ardından veriler toplanmıştır. Tüm hekimlere, hekimlerin demografik özelliklerini sorgulayan, HIV

ile infekte hasta takip eden ve etmeyen hekimlere deneyimlerini tanımlamaya yönelik 39 farklı sorudan oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Çalışmaya cevrimici anketi tam olarak yanıtlayan 131 EHKM hekimi dahil edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sürekli verilerde ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, kategorik verilerde sayı ve yüzde değerleriyle birlikte verilmiştir. İstatistik karşılaştırmada kategorik veriler için ki kare testi kullanılmış olup %95 güven aralığında 0.05’in altındaki p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS v 21.0 programı kullanılmıştır. Çalışma için Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 01.07.2019 tarihli ve 2009/10-101 karar numaralı onay alınmıştır.

BULGULAR

Anket gönderilen 400 EHKM hekimi arasından 137’si ankete katılmış ve soruları cevaplamıştır. Anket sorularını cevaplayan 137 hekimden bir kişi anketi tamamlamadığı için, beş kişi ise anketin elektronik ortamda cevaplarının alınması sebebiyle eklenmiş olan kontrol sorusuna olması gerekenden farklı cevaplar verdiği için analiz dışında bırakılmış ve 131 hekimin sonuçları değerlendirilmeye alınmıştır. Değerlendirilmeye alınan hekimlerden %67.9 (n= 89)’unun kadın olduğu, yaş ortalamasının ise 39.1 ± 9.3 (25-66) olduğu ortaya konmuştur. Anket sorularını cevaplayan hekimlerin çoğunun (%77.1) üçüncü basamak üniversite hastanesi ve üçüncü basamak eğitim araştırma hastanesinde çalışmakta olduğu bulunmuştur. Ankete katılan hekimlere yöneltilen demografik özelliklere ait soruların cevapları Tablo 1’de verilmiştir.

Anket sorularını cevaplayan 131 hekimden 32’si (%24.4) HIV ile infekte hasta takip etmediğini, 99’u ise %75.6’sı (n= 99) HIV ile infekte hasta takip ettiğini belirtmiştir.

“HIV ile infekte hasta takip etmiyorum” cevabını veren hekimlere ait anket sonuçlarının değerlendirilmesi:

“HIV ile infekte hasta takip etmiyorum” cevabını veren 32 hekimin meslekte ortalama çalışma süresi 11.9 ± 5.6 (2-26) yıl olarak bulunmuştur. Bu hekimlerin 22’si (%68.8) uygun koşulları olduğunda hasta takip etmek istediğini; 8 kişi

Tablo 1. Ankete katılan hekimlerin tanımlayıcı özellikleri

	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	42	32.1
Kadın	89	67.9
Yaş	39.1 ± 9.3 (25-66)	
Meslekte kaçınıcı yılınız? (Tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren)	15.0 ± 9.6 (1-44)	
Çalıştığınız kurum?		
3. basamak üniversite hastanesi	70	53.4
3. basamak eğitim araştırma hastanesi	31	23.7
2. basamak devlet hastanesi	23	17.6
3. basamak özel hastane	7	5.3
Bulduğunuz kurumda göreviniz nedir?		
Uzman hekim	43	32.8
Araştırma görevlisi	30	22.9
Doktor öğretim görevlisi	24	18.3
Profesör	22	16.8
Doçent	12	9.2
Toplam	131	100.0

(%25) ise hasta takip etmek konusunda kararsız olduğunu belirtmiştir. HIV ile infekte hasta başvurduğunda hekimlerin 13'ü (%40.6) bu hastaları bir üst merkeze, 12'si (%37.5) deneyimli bir merkeze, 5'i (%15.6) referans hekime yönlendirdiğini ifade etmiştir.

Hekimlerin en sık HIV ile infekte hasta takip etmeme nedenlerinin, takipte kullanılacak testlere erişilememesi (%56.3 n= 18) ve hastane/poliklinik şartlarının yetersizliği (%50.0 n= 16) olduğu kaydedilmiştir. Hekimler HIV ile infekte hasta takip etmek için en önemli gereksinimlerinin kullanılan testlere ulaşmak (%71.9 n= 23) olduğunu bildirmiştir.

"HIV ile infekte hasta takip ediyorum" cevabını veren hekimlere ait anket sonuçlarının değerlendirilmesi:

"HIV ile infekte hasta takip ediyorum" cevabını veren 99 hekimin meslekte ortalama çalışma süresi 16.0 ± 10.4 (1-44) olarak belirlenmiştir. Hekimlerin HIV ile infekte hasta takip etme süresinin ise 5 (1-32) yıl olduğu saptanmıştır. Çalışmada hekimlerin takip ettikleri ortalama HIV ile infekte hasta sayısının 132 ± 21 (1-1400) olduğu ve her ay ortalama iki (0-20) HIV ile infekte yeni hastanın takibe alındığı tespit edilmiştir. Çalışmada, HIV ile infekte hasta takip eden 99 hekimden 87'sinin (%87.8) HIV ELISA, HIV RNA ve CD4-

CD8 testlerinin tümüne erişebildiği, 98 hekimin (%98.9) ise bu testlerden en az birine erişebildiği gözlenmiştir. Bir hekim ise bu üç testten hiçbirine ulaşamadığını ifade etmiştir.

Hekimlerin, HIV ile infekte hasta takibinde en çok zorlandıkları konuların, hastaların sosyal güvence sorunları (%43.4), hasta yakınlarına bilgi verme (%37.4) ve hastanın tanı sonrası anksiyetesini yönetme (%33.3) olduğu ortaya çıkmıştır. Takipte en sık (%72.7) mental bozukluğu, ilaç bağımlılığı olan hastalarda veya mahkum hastalarda sorunlar yaşandığı belirlenmiştir.

Çalışmada, hekim-hasta uyumunun (%96), ilaçların pozolojisinin (%79.8) ve sigorta sorunlarının (%79.8) tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin başında geldiği bulunmuştur.

Hekimlerin, tedavi uyumunu arttırmak için psikolojik danışmanlığı (%88.9) ve ilaç uyumu ile ilacın yan etkileri konusunda bilgi vermeyi (%82.8) önerdiği, danışmanlık için psikiyatristlere (%76.8) ve sivil toplum kuruluşlarına (%42.4) yönlendirme yaptığı belirlenmiştir.

Hastalara ait gizli kalması gereken bilgiler sorusuna, hekimlerin %13.1'i (n= 13) hasta takibinde hiçbir bilginin gizli kalmaması gerektiğini, %71.7'si (n= 71) ise olası bulaş yolunun en çok gizlenmesi gereken durum olduğunu bildirmiş-

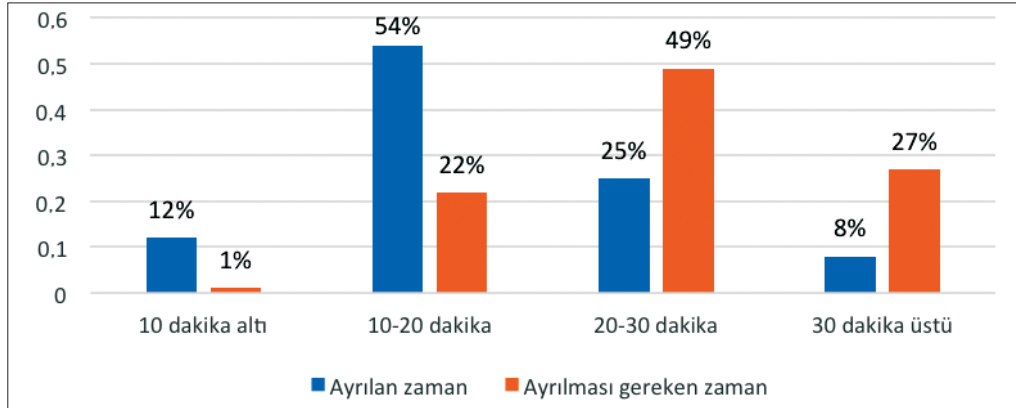
Tablo 2. HIV ile infekte hasta takip eden hekimlerin HIV ile infekte hasta takibi ve tedavi

	Sayı	Yüzde (%)
En çok zorlanılan konular		
Hastanın sosyal güvencesinin olmaması	43	43.4
Hasta yakınlarına bilgi vermek	37	37.4
Hastanın tanı sonrası anksiyetesini yönetmek	33	33.3
Hastayı yan etki açısından izlemek	29	29.3
Hastayı hastalık takibinde izlemek	27	27.3
Hastaya tanıyı söylemek	17	17.2
Hastaya tedavi kararı vermek	10	10.1
En çok sorun yaşanan hasta grupları		
Sosyal özellikler (mental bozukluk, ilaç bağımlılığı, mahkum)	72	72.7
Seks işçisi	25	25.3
Genç-erişkin hasta	24	24.2
Yaşlı hasta	22	22.2
Adolesan hasta	15	15.2
Şoför	5	5.1
Tedavi uyumunda etkili olan faktörler		
Hekim-hasta uyumu	95	96.0
İlaçların pozolojisi	79	79.8
Sigorta kapsamı	79	79.8
Aile desteği	63	63.6
Hekimin ulaşılabilir olması	63	63.6
Hastalığın ailesi tarafından bilinmesi	48	48.5
Tedavi uyumunu arttırmak için öneriler		
Psikolojik danışmanlık	88	88.9
İlaç uyumu ve yan etkileri konusunda bilgi verilmesi	82	82.8
Hekimin ulaşılabilir olması	81	81.8
Hastalık süreci hakkında düzenli bilgi vermek	73	73.7
Periyodik hasta takip sıklığı	70	70.7
Hastalık süreci hakkında güncel verilerin paylaşılması	58	58.6
Aile danışmanlığı	48	48.5
Danışmanlık için yapılan yönlendirmeler		
Psikiyatrist	76	76.8
Sivil toplum kuruluşları	42	42.4
Psikolog/psikolojik danışman	30	36.6
Gönüllü danışmanlık ve test merkezleri	15	15.2
Online HIV danışmanlığı	9	9.1
Hemşire	2	2
Sosyolog	1	1

tir. Hasta takip eden hekimlere çoktan seçenekli olarak yöneltilen bilgi kaynağı sorusuna, en çok European AIDS Clinical Society (EACS) (%78, n= 78) cevabı verilmiştir. Hekimlerin %12.1'i (n= 10) EACS, ulusal rehberler, AIDSinfo, IDSA (Infectious Diseases Society of America), DHHS (Department of Health and Human Services), BHIVA (British HIV Association) kaynaklarından yalnızca birinden yararlanırken %7.3'ü (n= 6) tüm kaynakları kullandığını ifade etmiştir. HIV ile infekte hasta takip eden hekimlerin %54'ü (n= 43) hastalara 10-20 dakika vakit ayırabildiğini, %49'u (n= 40) ise 20-

30 dakika ile daha fazla süre ayrılması gerektiğini belirtmişlerdir (Şekil 1).

EHKM hekimlerinin %71.7'si (n= 71) HIV ile infekte hasta takibinde etik konulara yeterince hakim olduğunu, %5.1'i (n= 5) hakim olmadığını, %23.2'si (n= 23) ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin %93.9'unun (n= 93) yataklı servise kabul ettiği hastanın HIV ile infekte olduğu bilgisini servis hemşireleri ile çoğunlukla/her zaman paylaştığı belirlenmiştir. Etik konulara yeterince hakim olma ile ilgili düşünce ile HIV ile infekte hasta takip süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı



Şekil 1. HIV ile infekte hastada zaman yönetimi.

farklılık saptanmıştır ($p < 0.001$). HIV ile infekte hasta takip etme süresi arttıkça etik konulara hakim olma düşüncesi artmaktadır.

HIV ile infekte hasta takip eden/etmeyen tüm hekimlere ait anket sonuçlarının değerlendirilmesi:

Hekimlerin %57'si cerrahi girişim öncesi anti-HIV taraması gerekiyor/kesinlikle gerekiyor, %37'si bazı özel durumlarda gerekebilir şeklinde cevap vermiştir. Cerrahi girişim öncesi tetkiklerde anti-HIV test sonucu reaktif olan hasta için konsültasyon istendiğinde operasyona ait önerileri sorulduğunda, hekimlerin %67.9'u vaka sonrası ameliyathane temizliği için standart uygulamaların yeterli olduğunu, %65.6'sı ameliyathane personelinin ek önlem almasına gerek olmadığını; %18'i ($n = 24$) ise operasyon ekibinin infeksiyon kontrolü açısından standart önlemlere ek önlem alması gerektiğini belirtmiştir. Hekimlerin %26'sı ($n = 35$) sağlık personelinin kesici delici aletle yaralanmasında yaralanma kaynağı bilinmeyen hiçbir durumda anti-retroviral (ARV) profilaksi başlamadığını belirtirken hekimlerin yalnızca %3'ü kaynağın ELISA sonuçlarından bağımsız olarak her yaralanmada ARV profilaksi başladığını belirtmiştir. Öte yandan sağlık personeli olmayan kişiler için hekimlerin yalnızca %43.5'inin 'korunmasız cinsel ilişki sonrası ilk 72 saatte başvuran hastaya ARV profilaksi başlama eğiliminde olduğu saptanmıştır. Hekimlerin büyük çoğunluğu, kan donörleri (%96.2), organ donörleri (%96.2) ve seks işçilerinde (%75.6) yasal olarak hasta onamı alınmadan anti-HIV testi yapılabileceğini belirtmiştir (Tablo 3). Ayrıca hekimlerin %9.9'unun ($n = 13$) hastanın onamı olmadan hastanın eşine bilgi vermeyi

tercih ettiği, hekimlerin hiçbirinin hastanın onamı olmadan hastanın işverenine bilgi vermeyi tercih etmediği belirlenmiştir.

EHKM hekimlerinin %51.1'i ($n = 67$) HIV ile infekte seks çalışanının viral yükü baskılandıktan sonra çalışabileceğini düşünmektedir.

Hekimlerin %51.9'u ($n = 68$) hastaları, HIV bulaşı açısından riskli temas sonrası 6. ayın sonuna kadar takip etmek gerektiğini belirtmiştir.

Sağlık personeline olası HIV teması sonrası kullanılmak üzere hastanesinde ARV ilaç bulunduğunu ifade edenlerin oranı %64.1 ($n = 84$) olarak saptanmıştır.

Hekimlerden, HIV infeksiyonunun yayılmasını önlemek için kullanılan yöntemleri önemine göre sıralaması istenmiş; hekimler, danışmanlık hizmetlerini ve HIV tarama programlarını daha etkin; kondom kullanımı ve ARV profilaksi uygulamalarını daha az etkin olarak değerlendirmiştir. HIV ile infekte hasta takip etme oranı, üçüncü basamak hastanelerde 2. basamak hastanelere göre; akademik unvana sahip hekimlerde uzman hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$).

TARTIŞMA

Ülkemizde son on yıl içerisinde giderek artan sıklıkta görülmeye başlayan HIV infeksiyonu, bazı gereklilikleri de beraberinde getirmektedir. Hekimlerin bilgi birikiminin artırılması ve çalıştıkları kurumların alt yapı olanaklarının HIV ile infekte hastaların tanısı açısından geliştirilmesi bu gereklilikler arasında yer alır. Ayrıca HIV ile infekte hastaların takibi, HIV'in bulaş yollarının

Tablo 3. Hekimlerin HIV ile ilgili çeşitli konulardaki görüşleri

	Sayı	Yüzde (%)
Cerrahi girişim öncesi tetkiklerde anti-HIV test sonucu reaktif olan hasta için konsültasyon istendiğinde operasyona ait önerileri		
Vaka sonrası ameliyathane temizliği için standart uygulamalar yeterlidir.	89	67.9
Ameliyathane personelinin ek önlem almasına gerek yoktur.	86	65.6
Günün son vakası olarak operasyona alınmalıdır.	39	29.8
Elektif bir cerrahi ise doğrulama testi sonuçlanana kadar operasyon ertelenmelidir.	36	27.5
Operasyon ekibinin infeksiyon kontrolü açısından standart önlemlere ek önlem alması gerekmektedir.	24	18.3
Günün ilk vakası olarak operasyona alınmalıdır.	1	0.8
Sağlık personelinin delici kesici aletle yaralanması durumunda HIV enfeksiyonu profilaksisi açısından yaklaşımı		
Yalnızca HIV ile infekte hasta ile olan temas durumunda sağlık personeline ART profilaksi başlanmam.	94	71.8
Hasta verilerine ulaşıbiliyorsa ve hasta anti-HIV negatif ise antiretroviral (ARV) profilaksi başlanmam.	78	59.5
Hasta anti-HIV negatif olsa bile HIV bulaşı için riskli davranışları varsa ARV profilaksi başlanmam.	38	29.0
Yaralanma kaynağı bilinmeyen hiçbir durumda ARV profilaksi başlanmam.	35	26.7
Yaralanma kaynağı bilinmiyorsa yalnızca derin kesi oluşmuş ise ARV profilaksi başlanmam.	23	17.6
Hasta ELISA sonuçlarından bağımsız olarak her yaralanmada ARV profilaksi başlanmam.	5	3.8
Sağlık personeli olmayan kişiler için ARV profilaksi başlama durumu		
HIV ile infekte partneri olanlara ARV profilaksi başlanmam.	97	74.0
Korunmasız cinsel ilişki sonrası ilk 72 saatte başvuran hastaya ARV profilaksi başlanmam.	57	43.5
Çoklu seksüel yaşam olanlara ARV profilaksi başlanmam.	10	7.6
Cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkların varlığında ARV profilaksi başlanmam.	6	4.6
Ülkemizde anti-HIV testinin yasal olarak hasta onamı alınmadan tarama amaçlı yapılması gerektiği düşünülen hasta grupları		
Organ donörleri	126	96.2
Kan donörleri	126	96.2
Seks işçileri	99	75.6
Gebeler	73	55.7
Nikah için başvuruda bulunanlar	59	45.0
Tüberküloz tanısı koyulan hastalar	53	40.5
MaHKumlar	31	23.7
Cerrahi operasyon öncesi hazırlık yapılan hastalar	26	19.8

belirlenmesi, yayılımının engellenmesi ve HIV enfeksiyonundan korunma stratejilerinin belirlenmesi de önemlidir^[5]. Çalışmamızda “HIV ile enfekte hasta takip etmiyorum” cevabını veren hekimlerin büyük çoğunluğu (%68.8) uygun koşulları olduğunda hasta takip etmek istediğini; ancak takipte kullanılacak testlere erişilememesi (%56.3) ve hastane/poliklinik şartlarının yetersizliği (%50) nedenleriyle, hasta takibi yapmadığını belirtmiştir. Bu hekimler HIV ile enfekte hasta takip etmek için en önemli gereksinimlerinin kullanılan testlere ulaşmak (%71.9) olduğunu bildirmiştir. Ayrıca çalışmamızda HIV ile enfekte hasta takip etme oranı, üçüncü basamak hastanelerde ve akademik unvana sahip hekimlerde daha yüksek bulunmuştur. Türkiye’de yıllar içinde HIV ile enfekte hasta dağılımına bakıldığında yeni tanı alan olgu sayılarında ciddi artış olduğu tespit edilmiştir^[6-8]. Büyük merkezler hasta yükünü karşılayamamaktadır. Bütün bu veriler ve bulgularımız HIV ile enfekte hasta takip eden merkezlerde artışa gereksinim olduğunu ortaya koymaktadır. Aynı zamanda Türkiye’nin her yerinde ikinci basamak hastanelerde uzman hekimlerin HIV ile enfekte hasta takibi yapabilmesi için deneyim kazanmaları ve hastanelerde uygun koşulların sağlanması gerektiğini göstermektedir. Çalışmamızda, hasta takip etmeyen hekimlerin yarısından fazlası uygun koşulların sağlanması durumunda hasta takip etmek istediğini belirtmiştir. Bu durum, enfeksiyon hastalıkları hekimlerinin, ülkemizde son beş yıl içinde vaka sayısında 2.5 kat artış kaydeden HIV enfeksiyonuna ilgisinin orantılı olarak arttığını düşündürmektedir^[9]. Öte yandan çalışma kapsamında hesaplanan örneklem 274 kişi olup, 131 EHKM uzmanına ulaşmıştır. Kişilere erişimde tüm EHKM hekimlerinin iletişim bilgilerine ulaşamadığından randomizasyon yapılamamış olup bu nedenle verilerin genellenebilirliği oldukça sınırlıdır. Çalışmanın internet ortamında yapılmış olması kısıtlı bir kitleye ulaşmış olmaya neden olmuş olabilir. Çalışmaya katılan hekimlerin çoğunun üniversite hastanelerinde görev yapan hekimler olması ülkemizdeki EHKM hekimlerin çalışma alanlarına dağılımı düşünüldüğünde sonuçların bu durum göz önüne alınarak yorumlanmasını gerektirmektedir. Bununla birlikte detaylı soruların analizi ile elde edilen veriler ülkemiz literatürüne ve ülkemizdeki EHKM hekimlerinin eğitim planlarına bu vesile ile de HIV ile enfekte hasta yönetimine katkı sağlayacaktır.

HIV enfeksiyonu teşhisi konulması, bir bireyin eşi, aile üyeleri ve toplum ile olan fiziksel, sosyal ve duygusal ilişkilerinde ciddi değişiklikleri beraberinde getirmektedir^[10-12]. Çalışmamızda hastalara ait gizli kalması gereken bilgiler sorusuna hekimlerin %13.1’i (n= 13) hasta takibinde hiçbir bilginin gizli kalmaması gerektiğini belirtmiş; hekimler tarafından olası bulaş yolunun (%71.7) ise en çok gizlenmesi gereken durum olduğu belirtilmiştir. Anketimizde hekimlerin %9.9’u hastanın onamı olmadan eşine bilgi vermeyi tercih ettiğini belirtmiştir. Ancak HIV ile enfekte hastalar dahil olmak üzere tüm hastaların yasal hakları; Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AIHS), Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (Anayasa), Türk Ceza Kanunu (TCK), İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (İHBS) ve Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) tarafından güvence altına alınmıştır^[12-15]. Hasta Hakları Yönetmeliği’nde “kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamayacağı” ifade edilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen hastaya ilişkin verilerin, kanun ile müsaade edilen haller dışında, kişinin rızası olsa dahi hiçbir şekilde açıklanamayacağı, araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgilerinin, rızası olmaksızın açıklanamayacağı hususu ifade edilmiştir^[13]. Tıbbi kayıtlar, hastanın kişisel verileri niteliğinde olduğundan, bu bilgilerin hukuka aykırı bir şekilde açıklanması halinde 5237 sayılı TCK’nin 136 ve 137. maddeleri kapsamında tanımlanan suçlar oluşabilecektir^[14]. Tıp etiğine göre de bireyin mahremiyeti ve özerkliği toplum haklarından üstündür^[15]. Çalışma bulgularımız değerlendirildiğinde ülkemiz EHKM hekimlerinin bir kısmının Hasta Hakları Yönetmeliği’nde belirtilen mahremiyete saygı ilkesi ile çelişen cevaplar verdiği görülmüştür^[13]. Bu da hekimlerin etik ve hukuksal konulardaki bilgi eksikliklerinin tamamlanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, EHKM hekimlerinin %51.1’i HIV ile enfekte seks çalışanın viral yükü basıldıktan sonra çalışabileceğini düşünmektedir. Ancak, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun, Zührevi Hastalıklarla Mücadele Faslında yer alan 103-112. maddeler; Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadelede Müsterek Hükümler Faslında 123,

125, 126. maddeler; Umumi Kadınlar hakkındaki 128-132. maddeler^[16]; Genel Kadınlar ve Genelevlerin Tabi Olacakları Hükümler ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Hastalıklarla Mücadele Tüzüğü^[17]; genelevlerde çalışan kadınların, zührevi hastalıklardan herhangi birini geçirmesi halinde sanatlarını tedavi oluncaya kadar icra edemeyeceklerini ve gerekirse tecrit altına alınacaklarını belirtmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 1993 yılında yayımladığı genelgesinde ‘hayatını fuhuşla kazanan kişiler HIV ile infekte olduğunda meslekten men edilirler’ ifadesi yer almakta ve konu ile ilgili daha güncel bir yönetmelik/genelge bulunmamaktadır^[18].

Genel popülasyonda anti-HIV ELISA testinin yaklaşık %50’si, başka bir tıbbi durum veya hastalığa yönelik tanısız işlemler sırasında çalışılmaktadır^[5]. Çalışmamızda, EHKM hekimlerinin çoğu kan donörleri (%96.2), organ donörleri (%96.2) ve seks işçilerinde (%75.6) yasal olarak hasta onamı alınmadan anti-HIV testi yapılabileceğini belirtmiştir. Diğer yandan, hekimlerin %55.7’si gebelerde, %45’i nikah için başvuruda bulunanlarda, %19.8’i ise cerrahi operasyon öncesi hazırlık yapılan hastalarda anti-HIV testinin onam alınmadan yapılabileceği yönünde görüş bildirmiştir. Ülkemizde toplumsal yararı sağlamak için zorunlu test uygulanabilecek kişiler T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2019 yılında güncellenen HIV/AIDS tanı ve tedavi rehberinde tanımlanmıştır. Rehberine göre; kan, organ vericilerine, paralı seks yaptığı tespit edilenlere, yurt dışında yaşayan ve askere alınacak olanlara zorunlu test uygulanması yasal açıdan haklı çıkarılabilmektedir. Ayrıca seks suçlarından yargılananlara, hapis haneye girecek olanlara ve HIV ile infekte annenin doğurduğu bebeğe zorunlu test yapılması görüşü destek bulmaktadır^[18]. Çalışmalarda HIV bulaşı açısından yüksek riskli davranışı olan kişilerde infeksiyon gelişme potansiyelinin yüksek olduğu, matematik modelleme ile bu kişilerin belirlenerek onlara anti-HIV ELISA tarama testleri ile ‘test et ve tedavi et’ prensibinin uygulanması gerektiği savunulmaktadır. Test et ve tedavi et prensibinin erken tanı ve tedaviye katkıda bulunması yanında ilaç direncini azalttığı da gösterilmiştir. Bu nedenle HIV taramasının yapıp yapılmayacağı konusu halen tartışmaya açıktır^[19].

Anti-HIV testinin, hastadan onam alınmadan tarama amaçlı yapılabileceği durumlar ulusal rehberlerce belirlenmiş olmasına rağmen pratikte operasyon öncesi değerlendirme durumunda hekimler tarafından rutin olarak anti-HIV testi istenmektedir. Anketimizde EHKM hekimlerinin %30’u cerrahi girişim öncesi anti-HIV tarama testinin kesinlikle yapılması gerektiğini savunmuştur. Literatüre bakıldığında, bir özel hastanede anestezi polikliniğinde operasyon öncesi değerlendirilmesi yapılan 994 hastanın sonuçlarının geriye dönük incelendiği bir çalışmada anti-HIV testi pozitif olan hasta saptanmamıştır^[20]. Başka bir çalışmada maksillofasiyal cerrahi öncesi ELISA taraması yapılan 787 hastanın 5’inde (%0.6) anti-HIV testinin pozitif olduğu görülmüştür^[21]. Hindistan’da yapılan bir çalışmada ise katarakt cerrahisi öncesi ELISA taraması yapılan 4529 hastanın 4’ünde (%0.08) anti-HIV pozitif saptanmıştır^[22]. Güncel çalışmalarda rutin anti-HIV ELISA taramaları ile saptanan seropozitifliğin düşük olması nedeniyle bu taramaların maliyet etkin olmadığı savunulmakta, tarama yerine infeksiyon kontrol önlemlerine gerekli özenin gösterilmesi ve riskli davranışları olan bireylerin taranması gerektiği vurgulanmaktadır^[23].

Cerrahi girişim öncesi yapılan tetkiklerde anti-HIV test sonucu reaktif olan hasta için konsültasyon istendiğinde operasyona ait hangi önerilerde bulunuyorsunuz?’ sorumuza infeksiyon hastalıkları uzmanlarının %65.6’sı ameliyathane personelinin ek önlem almasına gerek yoktur diye cevap verirken %18’i infeksiyon kontrolü açısından operasyon ekibinin standart önlemlere ek önlem alması gerektiğini düşündüğü yönünde cevap vermiştir. Kesici alet yaralanmaları konusundaki eğitim müdahalesinin, sağlık çalışanlarının konuyla ilgili bilgi ve farkındalığını artırdığına dair çalışmalar mevcuttur^[24,25]. Bu çalışmalar ve çalışmamızın verileri, hekimlere HIV ile infekte hastaya girişim yapılması halinde infeksiyon kontrolü ile ilişkili pratik uygulamaların öğretilmesinin ve eğitimin gerekliliğini açıkça ortaya koymaktadır.

‘Sağlık personelinin delici kesici aletle yaralanması durumunda HIV infeksiyonu profilaksisi açısından yaklaşımınız nasıldır?’ sorusuna hekimlerin verdiği cevaplar değerlendirildiğinde infeksiyon hastalıkları uzmanlarının kaynağın risk durumu

bilinmesi halinde veya yüksek bulaş riski taşıyan yaralanma olması halinde ARV profilaksi başlama eğiliminde olduğu sonucuna varılmıştır. Pozitif olduğu bilinen bir kaynaktan perkütan yaralanma sonucu HIV enfeksiyonu gelişme riski %0.3 olup mukozal temas (%0.1) veya sağlam cilde temasta (< %0.1) bu oranlar daha da düşmektedir. Hızlı ve uygun temas sonrası profilaksi yaklaşımlarıyla bu oranlar %80 azalmaktadır^[26]. Delici-kesici alet yaralanmaları sağlık çalışanlarının kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar açısından risk altında olduğu durumlar olup bu riskli temasların bildirimi, temas sonrası profilaksi uygulamaları ve takip süreci uluslararası ve ulusal rehberlerce tanımlanmıştır^[18,27]. Ancak yapılan çalışmalarda delici-kesici alet ile yaralanma yaşayan sağlık personeline temas sonrası yaklaşım konusunda, eğitim almama oranlarının yüksek olduğu görülmüş olup; bu kişilere temas sonrası profilaksi konusunda eğitim verilmesi gerektiği açıktır^[28].

'HIV bulaşı açısından riskli durum (cinsel ilişki, dövme-piercing uygulaması, akupunktur, vb.) sonrası anti-HIV ELISA testi yaptırmak için başvuran hastayı en erken ne zaman takipten çıkarırsınız?' sorusuna hekimlerin %51.9'u HIV bulaşı açısından riskli durum sonrası hastanın altıncı ayın sonuna kadar takip edilmesi gerektiği yönünde cevap vermiştir. Ancak yaygın olarak kullanılan 4. kuşak combo test kit için belirtilen süre 44 gündür^[29]. Aynı hekimlere bu riskli durumlarda hasta takibine ek olarak profilaksi uygulamaları konusundaki yaklaşımları sorulduğunda, enfeksiyon hastalıkları hekimlerinin yalnızca %57'sinin korunmasız cinsel ilişki sonrası ilk 72 saatte başvuran hastaya ARV profilaksi başlama eğiliminde olduğunu göstermiştir. Bu sonuç; HIV bulaşı açısından yüksek riskli durumların göz ardı edildiğini ve bu konudaki bilgi eksikliğini açıkça ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, hekimlerin hastaların sosyal güvencesi (%43.4), hasta yakınlarına bilgi verme (%37.4) ve hastanın tanı sonrası anksiyetesini yönetme (%33.3) konularında zorluklar yaşadığı, özellikle sosyal yönden sorunlu hastaların (%72.7) takibinde güçlüklerle karşılaştığı ortaya çıkmıştır. Hekim-hasta uyumunun (%96), ilaçların pozolojisinin (%79.8) ve sigorta sorunlarının (%79.8) tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin başında geldiği bulunmuştur. Literatürde de toplum ve işle

ilgili sosyal problemlerin ve sağlık hizmetlerine erişimin hekimler ve hastalar için sorun olduğu bildirilmiştir^[30]. Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde, HIV ile enfekte hastaların hastalıklarını güvindikleri doktordan öğrenmeyi tercih ettikleri, HIV ile enfekte hastalar ile ilgilenmek istemeyen ve rahatsız edici yorumlarda bulunan sağlık çalışanlarına güvenmedikleri görülmüştür^[31,32]. Bu veriler ışığında, hekimlerin HIV enfeksiyonunun sadece fiziksel değil, sosyal ve psikolojik yönleri konusunda da bilgi sahibi olması gerektiği açıkça görülmektedir. Hekimlik bir iletişim sanatı olmakla birlikte, bu iletişim tek yönlü değildir. Hasta ve hekimin uyumlu olmasının hastanın tedavi uyumunu etkileyen önemli bir faktör olduğunu savunmaktayız.

Çalışmamızda, hekimler, tedavi uyumunda, en etkili yöntemin psikolojik danışmanlık (%88.9); en az etkili yöntemin ise aile danışmanlığı (%48.5) olduğunu belirtmiştir. Psikolojik danışmanlık HIV hastaları için çok önemlidir ancak yapılan bir çalışmada, hastanın onayı varsa ailenin sağladığı desteğin, HIV hastalarında çok sayıda olumlu etki yarattığı vurgulanmıştır^[33].

Anketimize katılan hekimlerden, HIV enfeksiyonunun yayılmasını engellemek için kullanılan yöntemlerin önemine göre sıralanması istenmiştir. Yanıtlar değerlendirildiğinde hekimler tarafından HIV enfeksiyonunun yayılmasını engelleme konusunda tarama programlarının ve danışmanlık hizmetlerinin daha yüksek oranlarda etkin olduğu; kondom kullanımı ve ARV profilaksi uygulamalarının ise daha az oranlarda etkin olduğu düşünülmektedir. Çalışmalarda tarama programları ile HIV ile enfekte bireylerin saptanmasının, danışmanlık hizmetlerinin, kondom kullanımının ve anti-retroviral profilaksi uygulamalarının, HIV enfeksiyonunun yayılmasının önleminde faydalı olduğu gösterilmiştir^[34].

Sonuç olarak, çalışmamızda HIV ile enfekte hasta takip eden hekimlerin en zorlandığı konuların sosyal güvencesi olmayan hastaların takibi, hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve sosyal olarak sorunlu hastaların yönetimi olduğu gösterilmiştir. Hekim-hasta uyumunun, ilaç pozolojisi ve sigorta sorunlarının tedavi uyumunu etkilediği bildirilmiştir. Hekim hasta uyumunun artırılması HIV ile mücadelede etkin rol oynayacaktır. Hekimlerin HIV

ile enfekte hastaların tanısı, tedavisi, takibinde, bu hastalarla ilgili etik ve hukuksal konularda kısmi bilgi eksiklikleri olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin etik ve hukuksal konulardaki bilgi eksiklikleri giderilmelidir. Hekimlerin hasta takip etmemesinin en sık nedenleri ise takipte kullanılacak laboratuvar testlerine erişilememesi ve hastane şartlarının yetersiz olmasıdır. Çalışmamızda, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji hekimlerinin HIV enfeksiyonunun sosyal ve psikolojik yönleri konusunda da eğitilmesi, hastanelerde takip ve tedavi olanaklarının geliştirilmesi gerektiği ortaya konmuştur. Çalışmamızın çıktıları ülkemizdeki enfeksiyon hastalıkları hekimlerinin eğitim planlarına katkı sağlayacaktır.

Sokrates ismi çalışmaya, felsefenin en önemli isimlerinden olan filozofun gerçek bilgiye ulaşmanın önemi konusundaki fikirlerinin çalışmanın amacını yansıttığı düşüncesiyle verilmiştir.

ETİK KURUL ONAYI

Çalışma için Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı (Tarih: 01.07.2019 Karar no: 2009/10-101).

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

YAZAR KATKISI

Anafikir/Planlama: Tüm yazarlar

Analiz/Yorum: YY, MMÖ, İAK, YD

Veri Sağlama: Tüm yazarlar

Yazım: YY, TD, MMÖ, İAK, YD

Gözden Geçirme ve Düzeltme: TD, MKÇ, YY, MMÖ, İAK

Onaylama: Tüm yazarlar

KAYNAKLAR

1. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı HIV/AIDS İstatistik. Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2019. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/862-hiv-aids/1135-h%C4%B1v-aids-istatistik.html>
2. Del Rio C. The global HIV epidemic: What the pathologist needs to know. *Semin Diagn Pathol* 2017 Jul;34(4):314-17.
3. Greenberg AE, Gordon CM, Purcell DW. Promotion of Research on the HIV Continuum of Care in the United States: The CFAR HIV Continuum of Care/ECHPP Working Group. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2017;74 Suppl 2:S75-S80.
4. Breskin A, Adimora AA, Westreich D. Women and HIV in the United States. *PLoS One* 2017;12(2):e0172367.
5. Dokuzoguz B, Korten V, Gökengin D, Fincanci M, Yıldırım T. Transmission route and reasons for HIV testing among recently diagnosed HIV patients in HIV-TR cohort, 2011–2012. *J Int AIDS Soc* 2014;17(4 Suppl 3):19595.
6. Alp E, Bozkurt I, Doğanay M. Epidemiological and clinical characteristics of HIV/AIDS patients followed-up in Cappadocia region: 18 years experience. *Mikrobiyol Bul* 2011; 45(1):125-36.
7. Erdinç FŞ, Dokuzoğuz B, Ünal S. Changing trends in the epidemiology of Turkey. In: 30th IUSTI Europe Conference (15-17 September 2016, Budapest, Hungary) Abstract Book. UK: International Union Against Sexually Transmitted Infections, 2016: 115-6.
8. Şengöz G, Pehlivanoğlu F. İnsan bağışıklık eksikliği virüsü/edinsel immün yetmezlik sendromu: Dünyada ve Türkiye’de epidemiyolojik değişimler. *Med Bull Haseki* 2017;55:248-53.
9. Gökengin D. Türkiye’de HIV enfeksiyonu: Hedefe Ne Kadar Yakınız? *Klimik* 2018;31(1):4-10.
10. Sandelowski M, Barroso J. Toward a metasynthesis of qualitative findings on motherhood in HIV-positive women. *Res Nurs Health* 2003;26(2):153-70.
11. Lee SJ, Li L, Iamsrithaworn S, Khumtong S. Disclosure challenges among people living with HIV in Thailand. *Int J Nurs Prac* 2013; 19(4), 374-80.
12. Pozitif Yaşam Derneği. Türkiye’de HIV ile yaşayanların yaşadıkları hak ihalleri raporu. 2008. Erişim adresi: <http://pozitifyasam.org/tr/tamamlanan-projeler/turkiyede-hivpozitiflerin-yasadiklari-hak-ihalleri-raporu.html>.
13. Hasta Hakları Yönetmeliği (1998, 01 Ağustos) Resmi Gazete (Sayı: 23420) Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeli.html>
14. Türk Ceza Kanunu: Kanun Numarası: 5237 Kabul Tarihi: 26/9/2004 Yayımlandığı R. Gazete: Tarih: 12/10/2004 Sayı :25611 Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5 Cilt: 43.
15. Dünya Tabipleri Tıp Etiği El Kitabı, Türk Tabipler Birliği Yayınları.
16. Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930, 24 Nisan) Resmi Gazete (Sayı: 1489) Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>
17. Genel Kadınlar ve Genelevlerin Tabi Olacakları Hükümler ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Hastalıklarla Mücadele Tüzüğü (1961, 19 Nisan) Resmi Gazete (Sayı: 10786) Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.4.5984.pdf>.
18. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı (2019-2024). Ankara: 2019 Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/hastaliklar/HIV-ADS/Tani-Tedavi_Rehberi/HIV_AIDS_Tani_Tedavi_Rehberi.pdf.

19. Nah K, Nishiura H, Tsuchiya N, Sun X, Asai Y, Imamura A. Test-and-treat approach to HIV/AIDS: a primer for mathematical modeling. *Theor Biol Med Model* 2017;14:16.
20. Sayhan H. Anestezi polikliniğine başvuran hastalarda pre-operatif HbsAg, Anti-HCV, Anti-HIV Seroprevalansı. *Van Tıp Dergisi* 2015;22(2):80-3.
21. Assoumou L, Thormann F, Soulié C, Caby F, Dudoit Y, Marcelin A-G, et al. Routine screening for HIV, hepatitis B virus and hepatitis C virus in individuals undergoing oral and maxillofacial surgery. *HIV Med* 2019;20(5):353-8.
22. Rewri P, Sharma M, Vats DP, Singhal A. Seroprevalence, risk associations and costanalysis of screening for viral infections among patients of cataract surgery. *Indian J Ophthalmol* 2018;66(3):394-9.
23. Ahmed R, Bhattacharya S. Universal screening versus universal precautions in the context of preoperative screening for HIV, HBV, HCV in India. *Indian J Med Microbiol* 2013;31:219-25.
24. Karabay O, Kaya G, Öğütlü A. The effect of training on the notification of sharp instrument injuries. *MJIMA* 2014;3.
25. Çiçek-Şentürk G, Tekin A, Gürbüz Y, Tütüncü EE, Sevinç G, Kuzi S, et al. Retrospective investigation of 9 years of data on needlestick and sharps injuries: Effect of a hospital infection control committee. *Am J Infect Control* 2019;47(2):186-90.
26. Beltrami EM, Williams IT, Shapiro CN, Chamberland ME. Risk and management of blood-borne infections in health care workers. *Clin Microbiol Rev* 2000;13:385-40.
27. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV - United States, 2016. *April* 18:1-91.
28. Rapisarda V, Loreto C, Vitale E, Matera S, Ragusa R, Coco G, et al. Incidence of sharp and needle-stick injuries and mucocutaneous blood exposure among healthcare workers. *Future Microbiol* 2019 Jun;14:27-31.
29. World Health Organization (WHO). Consolidated Guidelines On HIV Testing Services Scs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct Results And Connection. 2015. Erişim Tarihi: 2 Şubat 2019. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/1179870/9789241508926_eng.pdf;jsessionid=0BDC4F6A0783ACFCD2B1B020E0AEA-5E9?sequence=1
30. Azap A, Ergönül Ö, Memikoğlu KO, Yeşilkaya A, Altunsoy A, Bozkurt GY, et al. Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. *Am J Infect Control* 2005;33:48-52.
31. Kose S, Mandiracioglu A, Mermut G, Kaptan F, Ozbel Y. The social and health problems of people living with HIV/AIDS in Izmir, Turkey. *Eur J Med* 2012;44(1):32.
32. Hogan TP, Palmer CL. Information preferences and practices among people living with HIV/AIDS: results from a nationwide survey. *J Med Lib Assoc* 2005;93(4):431.
33. Li L, Wu S, Wu Z, Sun S, Cui H, Jia M. Understanding family support for people living with HIV/AIDS in Yunnan, China. *AIDS and Behavior* 2006;10(5):509-17.
34. Garnett GP, Anderson RM. Factors controlling the spread of HIV in heterosexual communities in developing countries: patterns of mixing between different age and sexual activity classes. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B. Biol Sci* 1993;342(1300):137-59.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Uzm. Dr. Yesim YILDIZ

Mardin Devlet Hastanesi,
İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği,
Mardin-Türkiye

E-posta: meryem.oren@istanbul.edu.tr