

Avrupa Birliği Türkiye Teknik Yardım Programı



Türkiye’de Cinsel Yolla Bulaşan Önemli Enfeksiyonlar ve HIV ile İlgili Hizmet Araştırması

DELTUR/2006/116-986

Nisan 2007 Nihai Rapor



Bu proje Avrupa Birliği tarafından
finanse edilmektedir



PUBLIC SECTOR



Bu proje ICON-INSTITUT Public Sector
GmbH, Hacettepe Üniversitesi ve
Institute of Tropical Medicine, Antwerp
tarafından uygulanmıştır.

İçindekiler

Ekler Listesi

Kısaltmalar	3
Tablolar Listesi.....	5
1 Proje Özeti	8
2 Kısa Yönetici Özeti.....	10
3 Giriş	10
3.1 Çalışmanın Gerekçesi	10
3.1.1 Pasif Bildirim	10
3.1.2 Aktif veri toplama ve bildirim	10
3.2 Proje Hedefleri	11
3.3 Organizasyon ve Yönetim Yapısı	12
3.3.1 Yararlanıcı.....	12
3.3.2 Sözleşme Mercii.....	12
3.3.3 Kilit Personel	12
3.3.4 Yönlendirme Komitesi.....	13
3.3.5 Katılan diğer ortaklar	14
4. Çalışma Tasarımı	15
4.1 Gözlem gruplarının seçimi.....	15
4.2 Gözlem yerlerinin seçimi.....	15
4.3 Örneklem büyüklüğünün tanımı	16
4.4 Önemli CYBE'lerin seçimi.....	16
4.5 Laboratuvar test yöntemlerinin seçimi.....	16
4.6 Araştırma protokollerinin hazırlanması	17
4.7 Soru kağıtlarının hazırlanması	17
4.8 Görev ve sorumlulukların tanımı	18
4.8.1 Altyapı oluşturulması için kilit kişilerin belirlenmesi	18
4.8.1.1 Sürveyans için Sağlık Bakanlığı Merkez Düzeyindeki Sorumlulukları	18
4.8.1.2 İl sağlık müdürlüklerinin sürveyans için sorumlulukları	18
4.8.1.3 Sürveyans için sağlık kuruluşu düzeyinde sorumluluklar	19
4.9 Laboratuvar Kalite Kontrolü.....	21
4.9.1 Referans laboratuvar (Hacettepe Merkez Laboratuvar) tarafından Kalite Kontrolü ..	22
4.9.2 Antwerp Tropikal Tıp Enstitüsü tarafından dış kalite kontrolü	22
4.10 Eğitim çalışmaları	23
4.10.1 Eğitim kılavuzları.....	23
4.10.2 Çalışma yerlerinde eğitim oturumları	23
4.10.3 Ankara'daki eğitim programları	24
4.10.3.1 Danışmanların Eğitimi.....	24
4.10.3.2 Akran Yönlendiricilerin Eğitimi	24
4.10.3.3 Laboratuvar uzmanlarının eğitimi.....	25
4.11 Veri girişi ve işleme	25
5. Hedef Gruplara Erişim Deneyimleri.....	26
5.1 RDG'ler ile çalışan STÖ'ler (AMATEM'ler dahil) ile 3 araştırma yerinde işbirliği	26

5.1.1	Ankara'daki STÖ'ler	26
5.1.2	İstanbul'daki STÖ'ler	29
5.1.3	İzmir'deki STÖ'ler.....	32
5.2	Risk davranışı gösteren kişiler (ECE, DUK, ve KSC)......	32
5.3	Özel sektör sağlık kurumu ile çalışma	37
5.4	DÖB kuruluşlarında katılımcılara erişim.....	37
5.5	DÖB grubu kadınların özellikleri	38
6	İş Planı (Ek 9'a bakınız)	38
7	İzleme / Değerlendirme & Gözetim.....	38
7.1	İzleme / Değerlendirme	39
7.2	Saha çalışmasının denetimi.....	39
8.1	Ana çalışma sonuçları	41
8.2.1	Araştırma sahası kayıt defteri sonuçları.....	41
8.2.2	Gebe kadınlara ait bulgular	42
9.1	Genel durum.....	71
9.3	Aktif süveyans koşullarının hazırlanması.....	73
9.3.1	Aktif gözlemci (sentinel) süveyans için altyapının hazırlanması	73
9.4	Gözlemci süveyansın başlatılması ve süreç.....	76
9.5	Aktif gözlemci süveyans için protokollerin geliştirilmesi.....	76
9.6	Laboratuvar kalite kontrolü için öneriler	77
9.7	Hedef gruplara erişim	78
9.7.1	Kamu sağlık sektörü ile çalışmak	78
	Kullanılan dokümanların referans listesi.....	84

Kısaltmalar

AIDS	Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
AMATEM	Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
ART	Anti retroviral tedavi
BHSS	Bulaşıcı hastalıklar süveyans sistemi
STÖ	Sivil Toplum Örgütü
THGM	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
AB	Avrupa Birliği
AP	Aile Planlama
RDG	Risk Davranışı Gösteren Gruplar
GFATM	AIDS, Tüberküloz ve Sıtma için Küresel Fon
TH	Türk Hükümeti
HIV	İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
DUK	Damar İçi Uyuşturucu Kullanıcıları
LITAT	ICON Yerel Teknik Destek Ekibi
IEC	Bilgi, Eğitim ve İletişim
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
İ&D	İzleme ve Değerlendirme
SB	Sağlık Bakanlığı
ECE	Erkekler İle Cinsel İlişkiye Giren Erkekler
UAK	Ulusal ADIS Komisyonu
HDO	Hükümet Dışı Organizasyonlar
KSAPUSP	Kadının Sağlığı ve Aile Planlaması için Ulusal Stratejik Plan
ORKSH	Önemli CYBE ve HIV ile İlgili Hizmet Araştırması
PDY	Proje Döngüsü Yönetimi
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
İSM	İl Sağlık Müdürlüğü
HAYİ	HIV/AIDS ile Yaşayan İnsanlar
AÇGE	Anneden Çocuğa Geçişin Engellenmesi
PB	Program Birimi
ÜS	Üreme Sağlığı
ÜSP	Üreme Sağlığı Programı
YK	Yürütme Kurulu
İKİ	İsviçre Kalkınma İşbirliği
GA	Güvenli Annelik
CÜS	Cinsel ve Üreme Sağlığı
GSS	Gözlemci Süveyans Sistemi
KDU	Kısa Dönem Uzman
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
GDT	Gönüllü Danışmanlık ve Test
TADOC	Türkiye Uluslararası Uyuşturucu ve Organize Suçlarla Mücadele Akademisi
TDE	Teknik Destek Ekibi (ICON-Köln)
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
EE	Eğitimcilerin Eğitimi
KŞÇ	Kayıt Dışı Seks Çalışanları

UNAIDS Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Birleşik Programı
UNFPA Birleşmiş Milletler Nüfus Programı

EKLER:

- Ek 1: CYBE Durum Analizi
- Ek 2: Sağlık Bakanlığı'nın Sürveyans Faaliyetleri
- Ek 3: Geliştirilmiş formları içeren araştırma protokolleri
- Ek 4: Personel eğitim kılavuzları
- Ek 5: Çalışmada kullanılan bütün soru kağıtları
- Ek 6: Test yerleri ve katkıda bulunan personel
- Ek 7: Hacettepe personeli görev tanımları
- Ek 8: LITAT personeli görev tanımları
- Ek 9: Çalışma Planı (müdahaleler için zaman çizelgesi)
- Ek 10: Mantıksal Çerçeve
- Ek 11: Laboratuvar örnekleri işleme akış şeması
- Ek 12: Laboratuvar dışardan değerlendirme raporu
- Ek 13: Araştırma sonuçları
- Ek 14: Bütün proje çalışanlarının katıldığı sonuç toplantısı raporu
- Ek 15: Kalite Kontrol Sonuçları

Tablolar Listesi

Tablo 1: Proje Özeti

Tablo 2: AMATEM'e madde bağımlılığı tedavisi için başvuran hasta sayısı (1983-2003)

Tablo 3: Planlanan RDG katılımcı sayısı

Tablo 4: Saha başına ANC grubu katılımcı sayısı

Tablo 5: Saha başına RDG grubu katılımcı sayısı

Tablo-6: Araştırmaya katılan gebe kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-7: Araştırmaya katılan gebe kadınların evliliğe göre dağılımları ve birlikte yaşadıkları eşlerinin bazı özellikleri (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-8: Araştırmaya katılan gebe kadınların erkek kondomunu bilip bilmeme özelliklerine göre dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo 9: Araştırmaya katılan gebe kadınların erkek kondomu kullanma özelliklerine göre dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-10: Araştırmaya katılan gebe kadınların son 12 ayda vajinal akıntı veya genital ülser görülmesine göre dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-11: Araştırmaya katılan gebe kadınların HIV/AIDS konusundaki bilgilerine göre dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-12: Çalışmaya katılan gebe kadınlar arasında HIV/AIDS hakkında bilgi ve düşüncelerin eğitim düzeyine göre yüzde dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-13: Çalışmaya katılan gebe kadınlar arasında HIV/AIDS hakkında bilgi ve düşüncelerin yaşa göre yüzde dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-14: Araştırmaya katılan gebe kadınların en son genital ülser ya da vajinal akıntıları olduğunda ne yaptıklarına göre yüzde dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-15: Araştırmaya katılan gebe kadınların genital ülser ya da vajinal akıntıları olduğunda reçetelenmiş ilaç kullanmalarına göre yüzde dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-16: Araştırmaya katılan gebe kadınların genital ülser ya da vajinal akıntıları olduğunda neden reçetelenmiş ilaç kullanmadıklarına göre yüzde dağılımları (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-17: Araştırmaya katılan gebe kadınların en son genital ülser ya da vajinal akıntıları olduğunda bir klinik ya da hastaneye başvurmalarına kadar geçen süre (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-18: Araştırmaya katılan gebe kadınların HIV/AIDS ile ilgili eğitim ya da danışmanlık ve eğitim yerine yüzde dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-19: Araştırmaya katılan gebe kadınların HIV/AIDS enfekte bir kişi hakkındaki düşüncelerine göre yüzde dağılımları (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo 20: Araştırmaya katılan gebe kadınların HIV, :Hepatit B, Sifiliz, Gonore, Klamidya test sonuçlarına göre yüzde dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-21: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (DUK) iller ve kuruluşlara göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-22: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (DUK) çeşitli sosyodemografik özelliklere göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-23: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (DUK) evlenmiş olup olmamalarına göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-24: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (DUK) evlilik ya da cinsel eş durumlarına göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-25: Çalışmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC) ve erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkeklerin (ECE) erkek kondomu bilgisi hakkında bazı özellikleri (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-26: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC) ve erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkeklerin (ECE) erkek kondomu kullanımı ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-27: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanlarının ödeme yapan müşteriler ile davranışlarına göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-28: Kondom kullanan ECE'lerin HIV/AIDS hakkında eğitim/danışmanlık programlarına katılımlarına göre dağılımları (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006-Şubat 2007)

Tablo-29: Araştırmaya katılan ECE'lerin eşlerinin sayısı ve türüne göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006-Şubat 2007)

Tablo-30: Araştırmaya katılan damar içi uyuşturucu kullanıcılarının **son bir ayda** kullandıkları iğneleri başkasıyla paylaşma sıklığına göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006-Şubat 2007)

Tablo-31: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (DUK) cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgilerine göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-32: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (DUK) **son 12 ayda** vajinal akıntı ya da genital ülser sorunları yaşayıp yaşamamalarına göre dağılımları (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo-33: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (DUK) en son genital ülser ya da vajinal akıntı sorunu yaşadıklarında ne yaptıklarına göre dağılımı (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006-Şubat 2007)

Tablo-34: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (DUK) HIV/AIDS konusundaki bilgilerine göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo 35: Çalışmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (DUK) HIV/AIDS ile ilgili eğitim ve danışmanlık programlarına katılımları ve eğitim yerlerine göre dağılımı (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo 36: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (DUK) HIV. Hepatit B. Sifiliz. Gonore ve Klamidya test sonuçlarına göre (%) dağılımı (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo 37: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (DUK) HIV/Hepatit B/Sifiliz için (+) test sonucu almasına göre dağılımı(%) (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo 38: Araştırmaya katılan HIV/Hepatit B/Sifiliz test sonuçlarından herhangi biri (+) olan kayıtsız seks çalışanlarının (KSC) eğitim düzeyi. (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo39: Araştırmaya katılan HIV/Hepatit B/Sifiliz test sonuçlarından herhangi biri (+) olan kayıtsız seks çalışanlarının (KSC) yaşı (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo 40: Araştırmaya katılan HIV/Hepatit B/Sifiliz test sonuçlarından herhangi biri (+) olan erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkeklerin eğitim düzeyi (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006-Şubat 2007)

Tablo 41: Araştırmaya katılan HIV/Hepatit B/Sifiliz test sonuçlarından herhangi biri (+) olan erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkeklerin yaşı (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo 42: Araştırmaya katılıp HIV/Hepatit B/Sifiliz için pozitif (+) test sonucu alan damar içi madde kullanıcılarının eğitim düzeyi (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo 43: Araştırmaya katılıp HIV/Hepatit B/Sifiliz için pozitif (+) test sonucu alan damar içi madde kullanıcılarının yaşı (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Tablo 44: Sağlık Bakanlığı için Hazırlanan Sürveyans Yapısı

1 Proje Özeti

Projenin Adı:	Türkiye’de Cinsel Yolla Bulaşan Önemli Enfeksiyonlar ve HIV ile İlgili Hizmet Araştırması
Sözleşme No.:	DELTUR/ 2006 / 116 - 986
Ülke:	Türkiye
Sözleşme mercii	Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu
Yararlanıcı	Türkiye Sağlık Bakanlığı (SB)
Genel Hedef:	Türkiye’de iyileştirilmiş bir üreme sağlığı durumuna katkıda bulunmak (Kapsamlı Türkiye Üreme Sağlığı Programı’nın genel hedefi)
Özel Hedef:	Genel nüfus ve yüksek risk grupları arasında önemli CYBE’ler ve HIV’in güncel epidemiyolojisini belirlemek ve ulusal 2. jenerasyon HIV sürveyans sisteminin geliştirilmesine katkıda bulunmak
Sonuçlar:	1. Ankara, İstanbul, Trabzon ve Gaziantep’te doğum öncesi bakım kliniklerine gelen gebe kadınlarda, genel nüfus içindeki yaygınlığı temsil etmek üzere CYBE’ler ve HIV sıklığı (yaygınlık değil) ve ilgili demografik ve davranışsal ilişkilerin belirlenmesi 2. Ankara, İstanbul ve İzmir’de yüksek riskli davranış gösteren alt-gruplar arasında önemli CYBE’ler ve HIV sıklığı (yaygınlık değil) ve ilgili demografik ve davranışsal ilişkilerin belirlenmesi 3. Ulusal 2. jenerasyon HIV sürveyans sistemi için metodoloji geliştirilmesi
Öngörülen sonuçların özeti:	1. Bir proje ofisi kurulması 2. Proje personelinin hazırlanması 3. Koordinatörler, uzmanlar ve SB yapısı içinde görevli bütün düzeylerden kişiler için oryantasyon toplantıları 4. Araştırma dokümanlarının hazırlanması (protokoller, soru kağıtları, formlar vb.) 5. Danışmanlar, laboratuvar uzmanları ve akran yönlendiriciler için eğitim modüllerinin hazırlanması 6. İşbirliği için STÖ ve HDK’ların belirlenmesi 7. Yüksek risk grupları ile çalışacak akran yönlendiricilerin belirlenmesi 8. Hedef gruplar ile görüşecek STÖ personelinin (akran yönlendiriciler) eğitimi 9. Danışmanların eğitimi 10. Laboratuvar personelinin eğitimi 11. Soru kağıtlarının ön-testi 12. Soru kağıdı ve formların basımı ve dağıtımı 13. Test ve laboratuvar malzemelerinin siparişi ve temini 14. Doğum öncesi bakım kliniklerine gelen gebe kadınlardan veri (soru kağıdı) ve örnek toplanması

	15. Yüksek risk gruplarından veri (soru kağıdı) ve örnek toplanması 16. Toplanan örneklerin laboratuvar testleri 17. Çalışma yeri etkinliklerinin denetlenmesi 18. Kalite kontrolü 19. Veri kağıtlarının Hacettepe veri giriş personeline ulaştırılması 20. Veri girişi ve analizi 21. Bütün katılımcılar ile birlikte sonuç toplantısı 22. Final (Sonuç) raporunun hazırlanması 23. Sonuçların duyurulması
Proje Başlama Tarihi:	01.04.2006
Proje Süresi:	13 Ay (bir aylık bedelsiz uzatma dahil)

Tablo 1: Proje Özeti

2 Kısa Yönetici Özeti

Avrupa Komisyonu tarafından finanse edilen ve 2003 Ocak ayında başlayan dört yıllık **Üreme Sağlığı Programı (ÜSP)**'nin bir parçası olarak **Türkiye’de Cinsel Yolla Bulaşan Önemli Enfeksiyonlar ve HIV ile İlgili Hizmet Araştırması** bileşeni öngörülmüştür.

Teknik destek bileşeninin ana hedefi: **Genel nüfus ve yüksek risk davranışı gösteren gruplar arasında önemli CYBE ve HIV epidemiyolojisi bilgisine katkıda bulunmak ve ulusal 2. jenerasyon HIV sürveyans sistemi geliştirilmesine yardımcı olmaktır.**

Sonuçlar Sağlık Bakanlığı’na CYBE ve HIV alanında daha özel müdahalelerde bulunmak için bilgi sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığı’na doğrudan destek sağlayarak, program ayrıca sağlık sektörünün bazı yapılarının kurumsal kapasitesini güçlendirmiş ve çalışmaların kalitesini de yükseltmiştir.. Hedeflenen çalışma ile “Sivil Toplum Örgütleri” (STÖ) ile işbirliği başlatılmış ve sivil toplum örgütleri ve Sağlık Bakanlığı arasındaki ileri işbirliği için temel bilgiler toplanmıştır..

Proje beklenen faaliyetleri gerçekleştirebilmiş ve planlanmış olan sonuçlar öngörüldüğü üzere elde edilmiştir.

3 Giriş

3.1 Çalışmanın Gerekçesi

Bu çalışma Türkiye’de ikinci jenerasyon gözlemci sürveyansın uygulanması için ilk denemedir. Sürveyansta biyolojik ve sosyal davranış verilerinin birleştirilmesi şu ana kadar ülkede kullanılmamıştır.

3.1.1 Pasif Bildirim

Farklı tıbbi faaliyetlere dayanan olgu bildirimini Türkiye’deki sürveyansın ana kaynağını oluşturmaktadır. Bu, sunulan sürveyans verilerinin bazı gözlem gruplarına yönelmiş olsa da, pasif toplamadan kaynaklandığı anlamına gelir. Olgu bildirimini dışındaki kaynaklardan toplanan veri düzensizdir. Bulaşıcı hastalıkların bildirimini DSÖ yapısına uygun olarak Sağlık Bakanlığı yönetmelikleri ile zorunlu kılınmıştır.

Bu çeşitli veri kaynaklarına rağmen ne genel nüfus ne de risk davranışı gösteren gruplardaki HIV/AIDS ve diğer CYBE hakkında güvenilir, temsili ve sistematik veri bulunmamaktadır. Resmi rakamların gerçek rakamları yansıtmaktan çok uzak olmasından korkulmaktadır. Güncel bildirim sisteminin ayrıntılı tanımını Ek 2’de yer almaktadır.

3.1.2 Aktif veri toplama ve bildirim

Şimdiye kadar, DÖB için gelen kadınlar, ameliyat olan hastalar, evlilik öncesi muayene, yurda dönüş, askeri personel, kan, sperm ya da organ bağışçıları, kayıtlı ve kayıtsız seks çalışanları ile yapılan açık bir şekilde organize olmamış faaliyetlerin ötesinde, seçilmiş gözlem grupları arasında açık olarak tanımlanmış enfeksiyonlara dair sistematik aktif veri toplamak için bir yapı

geliştirilmemiştir. Veri toplamak için katılımcılara aktif olarak yaklaşılın kimi çalışmalar olmuştur, fakat bunlar ancak belirli araştırmalar kapsamında yapılmıştır. Bununla birlikte, şu anda ülkenin bazı illerinde evlilik öncesi HIV testi zorunludur.

HIV testi için uluslararası önerilen kılavuzlar genellikle izlenmemektedir çünkü birçok hasta için testler onam dışı ve danışmanlık verilmeden zorunlu olarak uygulanmaktadır.

Ulusal HIV/AIDS Stratejik Eylem Planı'nda (Taslak Mart 2007) "Ulusal HIV/AIDS sörveyans sisteminin güçlendirilmesi için ve ikinci jenerasyon HIV/AIDS sörveyansının başlatılması ve genişletilmesini de kapsamak üzere, sörveyans sisteminin ulusal stratejiler doğrultusunda işletilmesi için mekanizmalar geliştirileceği" vurgulanmıştır.

3.2 Proje Hedefleri

Proje, ülkede HIV de dahil olmak üzere CYBE sörveyansının geliştirilmesine katkıda bulunmak için bir fırsat yaratmaktadır. Gelecekteki ikinci jenerasyon gözlemci sörveyans için araçlar hazırlayarak ve araçların uygulanmasında deneyim edinerek, Sağlık Bakanlığı gelecekte ülkede sentinel (gözlemci) sörveyans planlama ve uygulama çalışmaları için daha iyi bir konuma sahip olacaktır.

Temsili gözlemci sörveyans yoluyla toplanan bilgi Sağlık Bakanlığı'nın planlamasını geliştirmesine olanak tanıyacak ve sörveyans ile belirlenen bazı gerekli müdahaleler üzerinde yoğunlaşmalarına yardımcı olacaktır.

Proje'nin çeşitli düzeylerdeki sağlık personelinin katılımı ile uygulanması, anahtar personeli gelecekte yapılacak müdahaleler için hazırlayacak ve uygun bir yapı geliştirecektir. Bir özel sağlık kuruluşunun (İstanbul Balıklı Rum Hastanesi) çalışmaya dahil edilmesi ile özel sektör ile iyi bir işbirliği örneği deneyimi yaşanmıştır.

Çalışmanın genel hedefi:

Türkiye'de ulusal 2. jenerasyon HIV sörveyansının geliştirilmesini başlatabilmek için kentsel alanlarda seçilmiş topluluklarda önemli CYBE'nin (HIV dahil) mevcut epidemiyolojisinin belirlenmesi.

Özel hedefler:

- a. Ankara, İstanbul ve Gaziantep'te doğum öncesi bakım kliniklerine gelen gebe kadınlar arasında genel nüfus için bir tahmin olacak şekilde HIV ve CYBE'nin (Sifiliz, Klamidya, Gonore, Hepatit B) yaygınlığı ve ilgili demografik ve davranışsal ilişkileri belirlemek;
- b. Ankara, İstanbul ve İzmir'de risk davranışı gösteren alt gruplar (KSÇ, ECE, DUK) arasında HIV ve CYBE'nin (Sifiliz, Klamidya, Gonore, Hepatit B) yaygınlığını ve ilgili demografik ve davranışsal ilişkileri belirlemek;
- c. Türkiye'de yukarıda belirtilen gruplar içinde 2. jenerasyon HIV sörveyans programlarının geliştirilmesi için bir yöntem sağlamak;

3.3 Organizasyon ve Yönetim Yapısı

“Türkiye’de Cinsel Yolla Bulaşan Önemli Enfeksiyonlar ve HIV ile İlgili Hizmet Araştırması” teknik destek projesi Türkiye’de bir Konsorsiyum tarafından yürütülmüştür. Üyeler, AB’ye karşı sözleşme partneri ICON-İNSTITUT Kamu Sektörü (Almanya), Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü, (Türkiye) ve Antwerp Tropikal Tıp Enstitüsü’dür (Belçika).

3.3.1 Yararlanıcı

Projenin doğrudan yararlanıcısı il sağlık müdürlüğü ve sağlık kuruluşları düzeyindeki yapıları da kapsamak üzere Türkiye Sağlık Bakanlığı’dır. Sağlık altyapısının geliştirilmesiyle birlikte genel nüfus da bundan yararlanacaktır.

Projenin Sağlık Bakanlığı’ndaki ortağı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ndeki Bulaşıcı Hastalıklar Bölümü Zührevi Hastalıklar Şube Müdürü Dr. Peyman Altan’dır.

3.3.2 Sözleşme Mercii

Sözleşme mercii Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu’dur. Projeden sorumlu kişi Sayın Figen Tunçkanat’tır.

3.3.3 Kilit Personel

Projeyi uygulayan kilit personel Yerel ICON Teknik Destek Ekibi üyelerinden oluşmaktadır (Personelin görev tanımları Ek 7-8’de sunulmaktadır). Bu personel aşağıda belirtilmiştir:

ICON Yerel Teknik Destek Ekibi kilit personeli (LITAT)

- * Kilit uzman 1, Ekip Lideri: Dr. Raphael Baltes
Kendisi araştırma programının genel koordinasyonundan sorumludur.
- * Kilit uzman 2, Dr. Derman Boztok
Kendisi doğum öncesi bakım için gelen kadınlar ile ilgili işlerden sorumludur
- * Kilit uzman 3, Dr. Özen Aşut
Kendisi yüksek risk koşullarında olan nüfuslar ile ilgili işlerden sorumludur (ECE, DUK, KSÇ)
- * Proje Asistanı, Melike Kuş
Kendisi çevirmenlik de dahil proje ofisinin koordinasyonu ve organizasyonundan sorumludur.
- * Kısa dönem danışman: Dr. Rudolf Schumacher
Araştırmanın teknik konularının geliştirilmesi için destek sağlamaktadır.
- * Almanya’daki ICON Merkez Ofisindeki Teknik Destek Ekibi
Ekip bütün proje yönetimi ve AB ile işbirliği konularından sorumludur

Hacettepe personel grubu aşağıdaki üyelerden oluşmaktadır:

- * Hacettepe grubu koordinatörü: Prof. Dr. Levent Akın
Hacettepe grubu koordinatörü, Hacettepe grubu tarafından uygulanan bütün faaliyetleri Hacettepe Üniversitesi ve ICON Service Kamu Sektörü arasında imzalanan sözleşmeye uygun olarak organize etmek ve denetlemekten sorumludur.
- * Doğum ve Jinekoloji uzmanı: Prof. Dr. Ayşe Akın
Uzman, HIV ve CYBE araştırmasının doğum öncesi bakım klinikleri bölümünün uygulanmasında görev almıştır.
- * Proje Asistanı: Nur Aktümen
Organizasyon konuları ve bütçeden sorumludur.
- * Aşağıdaki konularda 8 kısa dönem uzman görev almıştır:
Mikrobiyoloji: Enfeksiyon hastalıkları, Danışmanlık, Epidemiyoloji, Demografi

Antwerp, Tropik Hastalıklar Enstitüsü tarafından destek verilmektedir:

- * CYBE/HIV Araştırma uzmanı: Prof. Dr. Anne Buve
Uzman, araştırma araçlarının (Protokoller ve Soru Kağıtları) revizyonu ve araştırma verilerinin analizi ve final raporunun hazırlanması görevlerinde yer almıştır
- * CYBE Laboratuvar uzmanı: Eddy van Dyke
Uzman, test kitleri dahil laboratuvar malzemeleri seçiminde danışmanlık yapmıştır.
- * Laboratuvar uzmanı: Prof. Dr. Jan Jakobs
Uzman, farklı düzeylerde laboratuvarları ziyaret ederek dışardan kalite kontrol konusunda katkıda bulunmuştur.

3.3.4 Yönlendirme Komitesi

Proje Yönlendirme Komitesi projeye ilgili bütün faaliyetleri ve projenin uygulanmasının ilerleme durumunu denetlemiştir. Komite projeyi her açıdan desteklemiştir. Proje hedeflerinde ve öngörülen sonuçlarda yapılan değişiklikleri de kapsamak üzere, Projenin ilerleyişi ile ilgili tüm kararlar Yönlendirme Komitesi tarafından alınmıştır. Proje ile ilgili önemli gelişmeler düzenli olarak Yönlendirme Komitesine rapor edilmiştir.

Yönlendirme Komitesi şu üyelerden oluşmuştur:

Sağlık Bakanlığı

Dr. Mehmet Ali Torunoglu, TSHGM Bulaşıcı Hastalıklar Bölüm Başkanı

Dr. Peyman Altan, TSHGM Zührevi Hastalıklar Şube Müdürü

Dr. Levent Eker, SB AÇSAPGM

Dr. Saime Sahinoz, Tedavi Hizmetleri (SB THGM)

Dr. İnci Yılmaz, SB THGM

Cemil Güneş, TSHGM, Avukat

İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü

Bülent Özcan, Türkiye Uluslararası Uyuşturucu ve Organize Suçlarla Mücadele Akademisi

İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. Nuray Özgülner, İst. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Bölümü

Hacettepe Üniversitesi

Doç. Dr. Pınar Zarakolu, Enfeksiyon Hastalıkları Birimi

AB Komisyonu

Figen Tunçkanat

Konsorsiyum

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı bölümü

Prof. Dr. Ayşe Akın

Prof. Dr. Levent Akın

ICON Yerel Teknik Destek Ekibi (LITAT)

Dr. Raphael Baltes, Kilit Uzman I (Ekip Lideri)

Dr. Derman Boztok, Kilit Uzman II

Dr. Özen Aşut, Kilit Uzman III

Melike Kus, Proje Asistanı

3.3.5 Katılan diğer ortaklar

Polis

Araştırmanın iki hedef nüfusu, Türkiye’de yasa dışı koşullarda yaşamaktadır. Bunlar, “Kayıtsız Seks Çalışanları” ve “Damar İçi Uyuşturucu Kullanıcıları”dır. Bu nedenle, yasa ve düzenden sorumlu kurumlar ile işbirliği yapılması gerekmiştir. Bu işbirliğinin sağlanabilmesi için polis temsilcilerinden biri Yönlendirme Komitesi üyesidir.

Bu sonucun elde edilebilmesi için polis güçlerinden bir ekip ile pratik bir çözüm üretilmiştir.

Projenin tanıtılmasından sonra akran yönlendiricilerin hedef gruplar ile görüşmeleri sırasında polis tarafından yanlış tutuklanmalarının engellenmesi için bir yol belirlenmiştir. Bu hazırlıkta TADOC personeli daha çok diğer bölümlerin suç örgütlerine karşı yaptıkları operasyonlar sırasında olabilecek tutuklamalardan endişe ettiklerini belirtmişlerdir.

Bir çözüm olarak polis departmanında yerel polisin gerektiği zaman iletişime geçebileceği ve yerel polisi proje hakkında bilgilendirebilecek üst düzey bir iletişim kişisi olması konusunda uzlaşmıştır. Proje ekibi ayrıca diğer çalışma illerindeki yerel polis yapısını proje hakkında bilgilendirmiştir.

Bu nedenle, yönlendiricilerin çalışmaları sırasında tutuklanmalarının engellenmesi ya da eğer tutuklanmışlarsa salıverilmelerinin sağlanması için Uyuşturucu ve Organize Suçlarla Mücadele Birimi (TADOC) aşağıdaki konularda bilgilendirilmiştir:

- Çalışmanın zamanı
- Çalışmanın yeri

- Akran yönlendiricilerin adları

Bu önlmler, çalışmaları sırasında akran yönlendiricilerin tutuklanmalarının engellenmesi ya da eğer tutuklanmışlarsa salıverilmelerinin sağlanması için alınmıştır.

Ayrıca yönlendiricilerin çalışma sırasında yasa dışı faaliyette bulunduklarının belirlenmesi durumunda, emniyet güçlerinin bu kişiler için diğer suçlulara uyguladığı prosedürü uygulaması konusunda uzlaşmaya varılmıştır:

- Bir polis ekibiyle toplantı tutanağı hazırlanmış ve TADOC personeli tarafından onaylanmıştır.
- Toplantı tutanağının onaylanmasından sonra Sağlık Bakanlığı tarafından yukarıda belirtilen bütün konuları içeren bir resmi yazı Uyuşturucu ve Organize Suçlarla Mücadele Birimi'ne gönderilmiştir.

Bir saha gezisi sırasında, proje personelinin gözaltına alınması durumunda polis ile yaşanan sorunlar gecikmeden ve kolaylıkla çözülmüş, modelin başarılı olduğu kanıtlanmıştır.

4. Çalışma Tasarımı

Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanan bütün değişiklikleri de içeren çalışma tasarımı önerisi, Türkiye'deki yapılacak müdahalelerin planlandığı kamu sağlık kuruluşlarının "Etik Komiteleri"ne teslim edilmiştir ve hepsi tarafından çalışmanın uygulanması için yetki verilmiştir.

Araştırma önerisinin önemli bölümleri, değişik uzmanların katkılarıyla Proje'nin başlamasından önce SB tarafından ToR olarak hazırlanmış bulunuyordu. Kararların önemli bölümü, temsil edici sentinel sürveyans çalışmaların gerektirdiği bilimsel yönleri daha az gözetirken, daha çok uygulama kolaylığına dayalıydı.

4.1 Gözlem gruplarının seçimi

Doğum öncesi bakım için ilk kez başvuran gebe kadınlar, genel nüfusun temsilcileri olarak seçilmişlerdir.

HIV ve CYBE ile ilgili olarak yüksek risk davranışı gösteren nüfuslar arasından KSC, ECE ve DUK seçilmiştir. Diğer gruplar çalışmaya alınmamıştır.

4.2 Gözlem yerlerinin seçimi

Bu çalışmaya katılan sağlık kuruluşları HIV'i ve önemli CYBE'leri (Sifiliz, Gonore, Klamidya, Hepatit B) tanıyıp tedavi edebilecek personel ve laboratuvar kapasitesine sahip olmalıydı. Yer seçimi için diğer kriterler coğrafi konum, öngörülen 500 saysına ulaşabilecek doğum öncesi bakım için gelen kadın sayısının yeterli olması, yol ile erişilebilirlik ve gelecek yıllarda sürveyans kontrolünü sürdürebilme gibi hususları içermektedir

DÖB araştırması için hastaneler ve yüksek risk gruplarına erişim için seçilen kuruluşlar, Sağlık Bakanlığı tarafından seçilmiştir. Belirli bir kapasiteye sahip ve katılım için hevesli yerler çalışmaya dahil olmaları için seçilmiş ve bunlar çalışma başlamadan önce çalışma hedefleri ve yaklaşımları ile ilgili olarak bilgilendirilmişlerdir.

İşbirliği için belirlenen personelle birlikte, araştırmada yer almış gözlem yerleri Ek 6'da bulunmaktadır.

4.3 Örneklem büyüklüğünün tanımı

Çalışma, DÖB grubu için yıllık 3500'den fazla kadının ziyaret ettiği 4 ana kentsel doğum öncesi bakım kliniğinde planlanmıştır. Kentsel alanlarda bile düşük olan HIV yaygınlığı (%1 altında) göz önüne alındığında, kuruluş başına en az 500 kadının bir örneklem olabileceği düşünülmüştür. Bu sayının bile HIV yaygınlığı için temsil edici olmayacağı bilinmekteydi. CYBE prevalansının (Sifiliz, Klamidya, Gonore ve Hepatit B) daha yüksek olacağı bekleniyordu.

Yüksek risk grupları arasında HIV ve CYBE yaygınlık değerlendirmeleri, üç ana şehirde (İstanbul, Ankara, İzmir) toplamda 300 Kayıtsız Seks Çalışanı (KSC), 200 Damar İçi Uyuşturucu Kullanıcısı (DUK) ve 150 erkelerle cinsel ilişkiye giren erkek (ECE) örneklem sayısı ile planlanmıştır.

4.4 Önemli CYBE'lerin seçimi

Türkiye'de bulunan CYBE arasından HIV, Sifiliz, Klamidya, Gonore ve Hepatit B çalışma için seçilmiştir. Başlangıçta Hepatit C çalışmaya dahil edilse de, güncel araştırma bulgularına göre artık bir CYBE olmadığı düşünüldüğü için çalışmadan çıkarılmıştır. Bu nedenle, bu hastalıkla ilgili yoğun tartışmalardan sonra, sürveyans yaklaşımlarında diğer enfeksiyon hastalıkları ile birlikte ele alınması kabul edilmiştir.

4.5 Laboratuvar test yöntemlerinin seçimi

“Türkiye’de doğum öncesi bakım kliniklerine giden gebe kadınlar ve riskli davranışlar gösteren alt-gruplar arasında 2. jenerasyon sürveyans programları geliştirmek için bir metodoloji sağlanması.” proje hedeflerinden biriydi.

Yukarıda belirtilen proje teklifinin üçüncü özel hedefi, araştırma programında önerilen hastalıkların test edilmesi için gerekli teknolojiler üzerine yoğun tartışmalar başlatmıştır. Klamidya ve Gonore için ülkede sadece birkaç laboratuvar da kullanılabilir olan PCR yerine yerel olarak uygulanabilir testlerin (Hızlı Testler) kullanılmasına karar verilmesindeki nedenler aşağıda belirtilmiştir.

Sağlık Bakanlığı temsilcileri, yer seçimlerinin ülkede hedef nüfus için temsili bir örneklem elde edebilmek için önerilerin izlenmesinden çok, uygunluk (erişim) temellerinde yapılması nedeniyle çalışma sonuçlarının sınırlı epidemiyolojik değere sahip olduğunun farkındadırlar. Ayrıca HIV enfeksiyonu testi için planlanmış olan insan sayısı, bu enfeksiyonun tahmini yaygınlığının düşük olması nedeniyle (%1'in altında) güvenilir güven aralıkları elde etmek için çok düşüktür.

Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı'nın çalışmadan beklentisi ileri çalışmalar için uygun araçların geliştirilmesi yönünde olmuştur. Bu durum, çalışmalarını var olan altyapıya ve oradaki teknolojilere dayandırmayı gerektirmiştir.

Sonuç olarak, özellikle Klamidya ve Gonore için sonuçların sınırlı kalitesinin bilinmesine karşın, test yerlerinde mevcut test yöntemlerinin kullanılmasına karar verilmiştir.. Sürveyansın tanınan teknikleri, seçilen test yerlerinde uygulanan ya da uygulanabilecek yöntemler olmalıdır.

Sürveyans çalışması, hastaların tedavisine yönelik bir araştırma yaklaşımı olarak düşünülmemiştir. Çünkü çalışmada hastalar test sonuçlarını da elde edebildikleri için, test edilen ve pozitif bulunan hastalar daha ileri tetkikler için sağlık sektörünün tedavi hizmetlerine yönlendirilmiştir. Bu, tedavi için gerekli kriterler oluşuncaya kadar hastaya daha ileri testler uygulanacağı anlamına gelmektedir.

Bu sürveyans çalışması için, ülkedeki bütün kurumların ve test yerlerine yakın tüm kuruluşların araştırmaya alınmasının önemli olduğu düşünülmüştür. Bu nedenle, kalite kontrolünü de Türkiye’de bulunan ve Dünya Sağlık Örgütü standartlarını izleyen bir Referans Laboratuvar’ın yapmasına karar verilmiştir. Seçilmiş olan bu laboratuvar, uluslararası kalite kontrol çalışmalarına da katılmaktadır.

Ülkede başlatılmış olan laboratuvar olanaklarının geliştirilmesi çalışması gelecek sürveyans müdahalelerinde test yöntemlerinin değişmesine neden olabilir. Bu sürveyans faaliyetlerinin hangi düzeyde uygulanacağına ve bu düzeyde hangi laboratuvar kapasitelerinin erişilebilir olacağına bağlıdır.

4.6 Araştırma protokollerinin hazırlanması

Araştırma protokollerinin temel unsurları, çalışmanın başlamasından önce DÖB grubu ve yüksek risk grupları (KSC, ECE ve DUK) için SB uzmanları tarafından hazırlanmıştır. Bu protokoller çalışmada kullanılan mevcut protokollerin geliştirilmesi için temel oluşturmuştur. Bu nihai protokoller Ek 3’te bulunabilir.

Çalışma için yerel olarak adapte edilmiş formlar gerekmiştir ve bunlar LITAT ekibi tarafından hazırlanmıştır. Daha sonra bunlar yorumlar için bütün ortaklar ile paylaşılmış ve bu yorumlar Ek 3’te bulunan araştırma protokolünün nihai versiyonunda göz önüne alınmıştır.

4.7 Soru kağıtlarının hazırlanması

Bütün dört çalışma grubu için hazırlanan soru kağıtları, bir çalışma modeli olarak, USAID ve DIFID tarafından finanse edilen sürekli davranışsal araştırmalar Kılavuz’undaki (Davranışsal Sürveyans Araştırmaları) örneklerden geliştirilmiştir. Bunlar Türkiye koşullarına uyarlanmış ve katılımcı ortaklar tarafından gözden geçirilmiştir.

Soru kağıtlarının Türkçeye çevrilmesi ve saha testinden sonra, önerilen değişiklikler entegre edilmiştir. Bundan sonra, bunlar uzman grubu tarafından bir kez daha gözden geçirilmiş ve basılıp araştırmada kullanılmıştır. Bütün hedef gruplar için kullanılan nihai soru formları Ek 5’te bulunabilir.

Cevaplanan soruların verimliliği temel olarak katılımcıların eğitim düzeyine bağlıdır. Daha düşük eğitim düzeyine sahip kadınlar için daha fazla yardım gerekmiştir. İyi eğitilmiş olan danışmanlar, soru kağıtlarının doldurulması ile ilgili gerekli yönlendirmeleri birçok durumda iyi yönetmişlerdir.

Araştırmanın uygulanmasından sonra, danışmanlar bütün soru kağıtlarının genel olarak iyi çalıştığı, ancak bazı katılımcılar tarafından çok uzun bulunduğu yorumunu yapmışlardır. DÖB’daki kadınlar tarafından bazı sorular anlaşılamamış ve bazı sorular oldukça mahrem bulunmuştur. “Bilmiyorum/Hatırlamıyorum” yanıtı sık işaretlenmiş, danışmanlar birkaç sorunun sırasının gözden geçirilebileceğini önermişlerdir.

4.8 Görev ve sorumlulukların tanımı

Çalışmanın uygulanabilmesi için farklı katılımcıların fonksiyonları ve faaliyetleri tanımlanmıştır.

4.8.1 Altyapı oluşturulması için kilit kişilerin belirlenmesi

Sağlık Bakanlığı merkez altyapısı içinde sürveyans için ekip kapasitesi oluşturmak amacıyla anahtar kişilerin belirlenmesi zor bir süreç olmuştur. Bu kişinin ileride sürveyans çalışmaları başlatabilmesi için araştırmanın tüm etkinliklerine katılması beklenmekteydi. Sağlık Bakanlığı içinde araştırmanın bütün aşamalarına katılabilecek bir kişi bulunamamıştır.

Sağlık Bakanlığı ile işbirliği Zührevi Hastalıklar Şube Müdürü aracılığıyla yapılmıştır. Şube, Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi'nin bir birimidir. Bu Daire, Sağlık Bakanlığı'nda bir Müsteşar Yardımcısı'na bağlı olarak çalışan Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yapısı içinde yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı çalışmanın son yararlanıcısıdır ve çalışmanın ana hedefi Sağlık Bakanlığı için mevcut araştırmanın sonuç ve deneyimleri temelinde benzer yaklaşımları uygulamaları için araçlar ve öneriler geliştirmektir. Araştırmanın gözlemci (sentinel) sürveyans faaliyetlerinin uygulanması sırasında, SB yapısı içinden kilit kişilerin sürveyans kapasitesi olarak katılımı ve bunların fonksiyonlarının tanımlanması, araştırmanın önemli bir bölümünü oluşturmaktaydı. Kilit kişilerin sağlık altyapısı içindeki fonksiyonlarının tanımları, alanda sınanmış, bu çalışmanın uygulanması sırasında başarısı kanıtlanmıştır. Araştırma kapsamında üç konsorsiyum ortağının uygulayacağı çalışma için hazırlanan iş tanımlarında, Sağlık Bakanlığı'nın gelecekte uygulayacağı sürveyans çalışmaları için değişiklikler yapılması gerekebilir.

4.8.1.1 Sürveyans için Sağlık Bakanlığı Merkez Düzeyindeki Sorumlulukları

Sağlık Bakanlığı'nda sürveyanstan sorumlu kişilerin (ya da birimin), sürveyansın bütün hazırlık çalışmalarının eşgüdümüne katılımları bekleniyordu.

Sürecin başlamasından sonra, bu kişilerin veri toplama ve işleme aşamalarını yürütme ve denetleme süreçlerine katkıları beklenmiştir.

Nihai bir işlev olarak, bu kişilerin sürveyans çalışmasının sonuçlarının hazırlanmasına katılımı beklenmiştir. Bu işlevleri yapacak bir kişi bulunamamıştır.

4.8.1.2 İl sağlık müdürlüklerinin sürveyans için sorumlulukları

CYBE ve HIV ikinci jenerasyon gözlemci sürveyansı araştırma projesi ile işbirliği için il sağlık müdürlüğünde bulaşıcı hastalıklardan sorumlu bir kişi Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilmiştir. Bu kişi il bazında gözlemci sürveyans ile ilgili bütün etkinlikleri koordine etmiştir.

İl Araştırma Koordinatörü (İAK)

- İl Sağlık Müdürü (İSM) adına bütün araştırma faaliyetlerini koordine eder.
- Araştırma ilinde SB-İSM yerel kişisi ve teknik destek ekibi (TDE) kilit uzmanları için paydaş olarak hareket eder.
- TDE kilit uzmanları ile yakın işbirliği içinde, araştırma yerleri ve çalışacak sorumlu personelin belirlenmesine katkıda bulunur.
- TDE, SB Merkez Düzeyi, İSM kilit personeli, araştırma yeri hastane kilit personeli, ilgili kamu ve özel araştırma yerleri, laboratuvarlar ve STÖ'ler arasında il düzeyinde araştırma konularıyla ilgili iletişimi ve koordinasyonu sürdürür.
- Araştırma etkinliklerini (altyapı, personel, veri toplama, verilerin toplanıp Hacettepe'deki veri toplama merkezine gönderilmesi) kesintisiz biçimde, doğrudan kendisi ve sahada oldukları zaman TDE ile birlikte denetler.
- Yerel araştırma kuruluşları sorun ve gereksinimlerine İSM kaynaklarını kullanarak çözümler getirir.
- Yerel halkla ilişkiler iletişimini yönlendirir ve araştırmadaki bütün kamu/özel/STÖ tarafları bilgilendirir.
- Araştırma yerleri ve Sağlık Bakanlığı arasında, yazılı ve sözlü resmi iletişimi kolaylaştırır.
- Sağlık Bakanlığı merkez düzeyi ve TDE'yi ortaya çıkabilecek engelleri önlemek için düzenli olarak bilgilendirir.

4.8.1.3 Sürveyans için sağlık kuruluşu düzeyinde sorumluluklar

Hastane Klinik koordinatörü (HKK)

- Araştırma faaliyetlerini hastane düzeyinde hastane yönetimi (hastane başhekimisi ve baş hemşire) ile yakın işbirliği içinde koordine eder.
- Hastane yerel kişisi ve aynı zamanda TDE kilit uzmanları ve İAK adına hareket eder.
- Araştırma personelinin belirlenmesine ve altyapının(fiziksel alan, araştırma akışı, veri toplama, laboratuvarlar ile bağlantı ve personel eğitiminin hazırlanması) organizasyonuna TDE kilit uzmanları ve İSM ile yakın işbirliği içinde katkıda bulunur.
- TDE, İAK, araştırma sahası hastane kilit personeli, ilgili kamu ve özel araştırma yerleri ve laboratuvarlar ve STÖ'lar arasında hastane düzeyinde araştırma konularıyla ilgili iletişimi ve koordinasyonu sürdürür.

- Kilit hastane personelini araştırma kavramları ve protokolleri hakkında doğrudan ya da TDE uzmanları ve İAK hastanedeyken, onlarla birlikte yönlendirir.
- Araştırma faaliyetlerinin (altyapı, personel, veri toplama, verinin toplanıp İSM'ye gönderilmesi) sürekli denetimini yapar.
- Yerel araştırma yeri sorun ve gereksinimlerine, hastane yönetimi aracılığıyla hastane kaynaklarını kullanarak çözümler getirir.
- Yerel halkla ilişkileri yönlendirir ve gerekli olduğunda bütün hastane taraflarını araştırma konusunda bilgilendirir
- Sağlık Bakanlığı ve İSM ile hastane arasındaki yazılı ve sözlü resmi iletişimde hastane yönetimine yardımcı olur.
- Engelleri önlemek için İSM ve TDE'yi sorunlar hakkında zamanında bilgilendirir.
- Numunelerin laboratuvarlara iletimi ve tamamlanan sonuç formlarının merkez için toplanmasını organize eder (sadece yüksek riskli grupların test edildiği yerlerde)

Danışman

- Araştırma protokolündeki talimatları uygular.
- Katılımcıların katılım kriterlerine uygunluğunu (ilk başvuru, vb) onaylar.
- Araştırma kodlarını verir ve kayıt defterine girer, katılımları ya da retleri kaydeder.
- Araştırmadaki hastalara bilgilendirici danışmanlık sağlar ve onların kabul ve onamını alır.
- Kodlanmış soru kağıdını hastaya verir ve bu kağıda aydınlatılmış onamının alındığına ilişkin imza atar.
- Katılımcının sorularını yanıtlar.
- Doldurulmuş soru kağıtlarını toplar (zarf içinde kutuya atar, vb).
- Kan/idrar örneklerini alır (ya da alınmasını koordine eder), tüplere ve laboratuvar formlarına kodları yazar ve laboratuvara gönderir.
- Hastaları rutin DÖB muayenelerine gitmesinde yönlendirir (Gebeler için).
- Kodlanmış formlar üzerindeki laboratuvar sonuçlarını alır.
- Kodlanmış soru kağıtları ve kodlanmış lab. sonuçlarını düzenli olarak hastane koordinatörüne ya da İAK'ye gönderir.
- Hastanın gizliliğini sağlar.
- Sonuçlarını almak isteyen hastaları yönlendirir, sonuçlarını verir ve danışmanlık sağlar.

- Hastaları tedavi yerleri için yönlendirir. Danışman bu faaliyeti HKK ile birlikte koordine eder.
- Laboratuvar personeli, HKK ve başhemşire ve İAK ile problemlerin çözümü için düzenli olarak koordinasyon sağlar

Laboratuvar Şefi

- Laboratuvar şefi, araştırma protokolüne göre hastanelerin laboratuvarlarında yürütülen araştırma test faaliyetlerinden sorumludur.
- Lab. şefi testlerin yapılmasına doğrudan katılabilir.
- Teknisyenlerin test prosedürlerini uygulamasına, kodlu formlara ve lab kayıt defterine veri girişini ve sonuçların DÖB kliniğindeki danışmana ya da RDG için test yerlerine gönderilmesini denetler.
- HKK, danışman ve hastane yönetimi ile sorunların çözümü için koordine olur.

Laboratuvar Teknisyeni (LT)

- Kodlu malzemelerde hastaların numunelerini alır ve protokollere göre testleri uygular, kodları lab. kayıt defterine girer, sonuçları kodlu formlara kaydeder ve bunları DÖB kliniğindeki ya da RDG test yerlerindeki danışmanlara gönderir.
- Lab. şefi ve danışman ile sorunların çözümü için koordinasyon kurar.

Resepsiyondaki tıbbi sekreter

- Hastaları giriş noktasında karşılar, DÖB için başvurunun uygun olup olmadığını belirler ve hastayı DÖB danışmanına yönlendirir,
- Danışman, HKK ve baş hemşire ile sorunların çözümü için koordinasyon kurar.

4.9 Laboratuvar Kalite Kontrolü

Örneklerin işlenmesi sürecinde nasıl ve hangi aşamalarda toplanacağını ve inceleneceğini açıklayan akış diyagramları geliştirilmiştir. Akış diyagramları Ek 11’de sunulmuştur.

Temel standartların izlenebilmesi için, laboratuvar çalışmalarının kalite kontrolü planlanmıştır. Birinci aşama yerel referans laboratuvar aracılığıyla kontrol, ikinci aşama araştırmaya katılan laboratuvarların farklı düzeylerinde dışardan kontrol şeklinde olmuştur.

4.9.1 Referans laboratuvar (Hacettepe Merkez Laboratuvar) tarafından Kalite Kontrolü

Araştırma protokolünde, araştırmada toplanan ve test edilen serumların %5'inin Hacettepe Merkez Laboratuvarında yeniden test edilmesine karar verilmişti. Bu laboratuvar, düzenli uluslararası kalite kontrolüne katıldığı için seçilmiştir.

Antwerp Tropikal Tıp Enstitüsü'nden bir dış kalite kontrol uzmanının ziyaretinden sonra, kontrol protokolü değiştirilmiştir.

Değişiklik bütün pozitif, bütün sınırda serum sonuçları ve negatiflerin rasgele seçilen %5'inin HIV, Hepatit B ve Sifiliz için Hacettepe Üniversitesi Merkez Laboratuvarında yeniden test edilmesi şeklinde yapılmıştır. RPR pozitif ve HIV pozitif serumlar, Sifiliz için TPHA ve HIV için Western-Blott konfirmasyon testleri ile test edilmişlerdir. Serumlar Ankara'ya soğuk zincir içinde lab. personeli tarafından taşınmıştır.

HIV pozitif serumlar Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü'nde Wester-Blott ile konfirme edilmişlerdir. Test sonuçları kalite kontrolünün tam bir tablosu Ek 15'te verilmiştir. Tüm Hepatit B yüzey antijeni, HIV ve RPR pozitif/negatif serumların yeniden test sonuçları Hacettepe Üniversitesi'nde aynı bulunmuştur. 38 RPR pozitif serum arasından 34'ü TPHA ile konfirme edilmiştir. RPR pozitif serumlardan üçü (Şişli 44, Taksim 007, Ankara 0621115) TPHA Negatif çıkmıştır. RPR sınırda olan tek bir sınırda sonuç çıkmıştır. Bu serumun RPR ve TPHA sonuçları Hacettepe Üniversitesi'nde negatif çıkmıştır. Bütün HIV pozitif sonuçlar pozitif olarak konfirme edilmiştir.

4.9.2 Antwerp Tropikal Tıp Enstitüsü tarafından dış kalite kontrolü

Laboratuvar fonksiyonunun dış değerlendirmesi sırasında, bir laboratuvar uzmanı hizmet araştırmasına katılan laboratuvarları ziyaret etmiştir. Bu uzman her düzeydeki laboratuvarı ziyaret etmiştir. Aşağıdaki laboratuvarlar ziyaret edilmiştir.

- * Ankara: Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü
(HIV konfirmasyonu için referans laboratuvar)
- * Ankara: ZTB Doğum Hastanesi Laboratuvarı
(DÖB ve RDG numunelerinin test edilmesi için test lab)
- * Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Merkez Laboratuvarı
(bütün test yerlerine kalite kontrolü sağlayan lab)
- * Ankara: Zührevi Hastalıklar Dispanseri
(RDG numunelerinin toplanma yeri)
- * Gaziantep: 75. Yıl Doğum Hastanesi Laboratuvarı
(DÖB grubunun numunelerinin test yeri)

Uzman hizmet araştırmasına katılan laboratuvarların farklı düzeylerinde laboratuvar standartlarını değerlendirmiştir. Kendisi aşağıdaki temel konular üzerinde yoğunlaşmıştır:

- * Donanım
- * Eğitim standartları
- * Önerilmiş olan test yöntemleri

Değerlendirmeden sonra, kendisi gelecek süveyans çalışmaları perspektifi açısından, laboratuvar düzeyinde standartların daha da geliştirilmesi için öneriler hazırlamıştır. Laboratuvar kapasiteleri ve çalışmada kullanılan testler hakkında değerlendirme sonuçlarını tamamlamıştır.

Katılan (ziyaret edilen) merkezlerin laboratuvar kapasiteleri:

Laboratuvar olanakları ve donanımı proje gereksinimlerini karşılamaktadır ve personel eğitimli ve heveslidir. Bio-güvenlik ile ilgili geliştirmeler düşük maliyete ve yüksek kabul edilebilirlik ve uygulanabilirlik ile yapılabilir. Bio-güvenlik ile ilgili düşük maliyetle, kolay ve kabul edilebilir iyileştirmeler yapılabilir. Kalite yönetimi konusunda, laboratuvarlar, bir laboratuvar kalite yöneticisinden (kısa dönem) yararlanmalı ve ISO 15189 normlarını hedeflemelidirler (orta ve uzun dönem).

ORKSH çalışması sırasında kullanılan testler:

Klamidya ve *Neisseria Gonoree* çabuk test sonuçları güvenilir değildir (zayıf test özellikleri, uygun olmayan numune ve hedef gruplardaki düşük yaygınlık). RPR testleri hamile kadınlar ve damar içi madde bağımlıları arasında yanlış pozitifler için konfirme edilmelidir. HBsAg ve RPR üzerindeki kalite kontrolü (referans laboratuvarda yeniden test) pozitif örnekleri de içermelidir ve HIV testlerine de genişletilmelidir.

4.10 Eğitim çalışmaları

4.10.1 Eğitim kılavuzları

“Akran Yönlendiriciler”, “Danışmanlar” ve “Laboratuvar Personeli” için ayrı ayrı eğitim kılavuzları hazırlanmıştır. Bütün kılavuzlar Araştırma Raporu Ek 4’te bulunabilir.

4.10.2 Çalışma yerlerinde eğitim oturumları

Sağlık Bakanlığı’nın il sağlık müdürlükleri ve sağlık kurumlarının yönetimlerine araştırmayı açıklayan bir mektup göndermesinden sonra, proje uzmanları tarafından araştırmamanın bütün yanlarını açıklamak için çalışma yeri ziyaretleri yapılmıştır.

İl Sağlık Müdürlükleri ve sağlık kurumu yönetimlerine yaptıkları ilk ziyaretleri sırasında, Proje uzmanı 2 ve 3 bütün katkıda bulunan tarafları “yерinde” eğitmiştir. Araştırma kavramı kendilerine açıklanmış ve yukarıda belirtilen iş tanımlarının açıklanmasından sonra kendilerinden beklenen işlevler tartışılmıştır.

Proje uzmanları, denetim ziyaretleri sırasında çalışma yeri personelini eğitmek ve yönlendirmek için her fırsatı kullanmışlardır. Uzmanlar eğitime ilk çalışma yeri ziyaretinden başlayarak araştırmamanın arka planını ve içeriğini il sağlık müdürlüğü ve sağlık kurumlarındaki idari olarak aktif personele açıklayan hazırlık etkinlikleri gerçekleştirmişlerdir.

Eğitimler için uzmanlar doğumevlerinde ve il sağlık müdürlüklerinde proje hedef ve etkinlikleri hakkında genel bir bilgi vermek için PowerPoint sunumlar yapmışlardır. İl araştırma koordinatörleri yakın oryantasyon ve eğitim ile eğitilmişlerdir. Hastane klinik koordinatörleri ve yöneticileri araştırma hedefleri ve kendi rolleri hakkında bireysel olarak eğitilmişlerdir.

Proje uzmanları İSM, hastane, birinci basamak sağlık kuruluşundaki (başhekim ve başhemşireden çalışma yerindeki sekreterlere kadar) araştırma personeli ile bire bir çalışmış ve bu kişileri araştırma protokolünün ayrıntıları ile ilgili olarak eğitmiştir.

İl Sağlık Müdürlüğü ve sağlık kuruluşlarındaki idari personel için yapıldığı gibi, STÖ üyelerine de, proje uzmanlarının ziyaretleri sırasında, önemli konular üzerine yerinde eğitim verilmiştir.

Uzmanlar Ankara’da üç ana gruba verilen eğitimleri sürdürmüşlerdir. Danışmanlar ile araştırma akışının ayrıntıları hakkında hastane ortamında birlikte çalışılmıştır.

Lab. personeli de kendi ortamlarında denetim ziyaretleri sırasında KDU’lar tarafından eğitilmişlerdir. Bunlar genel anlamda proje uzmanları tarafından düzenli çalışma yeri gezileri sırasında desteklenmiştir.

4.10.3 Ankara’daki eğitim programları

Ankara’daki eğitimler sırasında danışmanlar, akran yönlendiriciler ve laboratuvar personeli araştırmadaki çalışmaları için hazırlanmışlardır.

4.10.3.1 Danışmanların Eğitimi

Hedef:

5 pilot ilden 24 sağlık çalışanı seçilmiştir ve bu kişiler CYBE ve HIV/AIDS danışmanlık tazeleme eğitim programına katılmışlardır. Sonuç olarak seçilen çalışanların, alan çalışmalarını daha fazla bilgi ile yürütmeleri sağlanmıştır.

Yöntem:

Katılımcılar 4-6 Eylül 2006 tarihleri arasında ekte programı bulunan (Ek 4’teki kılavuzda) 3 günlük eğitim programına katılmışlardır. Eğitim programı Ankara Midas Otel’de ‘U’ şekilli oturma planı ile bir toplantı odasında gerçekleşmiştir. Eğitim programı interaktif, rol oynama ve görsel (power-point) sunum teknikleri ile 9 kıdemli eğitici tarafından yürütülmüştür.

Eğitim programının başında katılımcılara sunumlarla ilgili sorular içeren 25 soruluk ön test uygulanmıştır. Eğitim programının sonunda paralel soru tekniğiyle hazırlanmış 25 soruluk bir son test verilmiştir. Katılımcılara yüz sayfalık kurs notları verilmiştir.

Sonuçlar:

Ön testler ve son testler eğitim programının başarılı olduğunu ve katılımcıların eğitimden yüksek düzeyde yararlandığını göstermiştir.

Öneriler:

Bu 3 günlük eğitimin CYBE ve HIV/AIDS ile ilgili bilgileri daha geniş içerikle vermek ve katılımcıların eğitim programından daha fazla yararlanmasını sağlamak için 5 güne çıkarılması önerilmektedir.

4.10.3.2 Akran Yönlendiricilerin Eğitimi

Hedefler:

CYBE ve HIV/AIDS konusunda eğitilip akranlarını araştırma projesinde yer almaları konusunda ikna etmeleri için, KSC ve ECE (gey, travesti ve transseksüel) toplam 21 kişi seçilmiştir.

Yöntem:

Katılımcılar 13-15 Eylül 2006 tarihleri arasında ekte programı bulunan 3 günlük kursa katılmışlardır. Eğitim programı Ankara Midas Otel’de ‘U’ şekilli oturma planı ile bir toplantı odasında gerçekleşmiştir. Eğitim programı interaktif, rol oynama ve görsel (power-point) sunum teknikleri ile 7 kıdemli eğitici tarafından yürütülmüştür. Eğitimcilere proje içeriği ve nasıl işbirliği yapılacağı hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Katılımcılara yetmiş beş sayfalık kurs notu verilmiştir. Eğitilecek kişilerin eğitim düzeyi düşünülerek bu gruba ön test ve son test uygulanmamıştır.

Sonuçlar:

Ön test ve son testlere değerlendirilmesi uygun olmadığından, değerlendirme sözel tartışmalar ile yapılmıştır. Eğitilen kişiler eğitimlerin kendi kişisel yaşamlarında ve iş yaşamlarında CYBE ve HIV/AIDS konusundaki bilgilerini artırmakta başarılı olduğunu belirtmişlerdir.

Öneriler:

3 günlük eğitim yeterlidir ancak 30 gün sonra bir günlük bir tazeleme eğitimi yapılması önerilmektedir. Bu tazeleme eğitimi eğitilen kişilerin bilgi düzeyini artıracaktır.

4.10.3.3 Laboratuvar uzmanlarının eğitimi

Laboratuvar teknisyenleri için 29 Eylül 2006 tarihinde Ankara’da bir eğitim programı organize edilmiştir. Beş test çalışma yerinin her birinden iki personel (toplam 2 mikrobiyolog, 8 laboratuvar teknisyeni) davet edilmiştir. Program sabahları Midas Otel’de dersler ve öğleden sonra Hacettepe Üniversitesi Yetişkin Hastanesi Merkez Laboratuvarı’nda uygulama şeklinde planlanmıştır. Dersler 3 oturumdan oluşmuştur:

- Proje amacı/kapsamı hakkında genel bilgi, Laboratuvar verisinin toplanması
- Türkiye’de HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar,
- HIV/AIDS, Hepatit B, Sifiliz, Klamidya ve Gonore tanısı için kullanılan güncel tanı yöntemleri

Öğleden sonra, davet edilen personele projede kullanılabilecek bütün test prosedürleri tanıtılmış ve uygulama yapmaları sağlanmıştır. Katılımcılara derslerin ve idrar ve kan örneklerinin toplanması, hazırlanması ve depolanmasını içeren laboratuvar yöntemi saydamlarını içeren kitapçıklar verilmiştir. Günlük rutin çalışmalarında hızlı gözden geçirme için akış diyagramları da (Ek 11) sağlanmıştır. Katılımcılar ayrıca laboratuvar prosedürlerinin dış ve iç kalite kontrolleri hakkında bilgilendirilmiştir..

Sorularını ve günlük uygulamalarında karşılaşılabilecekleri potansiyel sorunlarını tartışmak için yeterli zaman bulunmuştur. Bütün katılımcılar lab. malzeme sağlayıcı şirketteki sorumlu kişinin adını almışlardır. Ayrıca, çalışmalarının herhangi bir aşamasında bir sorun ile karşılaştıklarında Prof. Dr. Gülşen Hasçelik ve Yrd. Prof. Dr. Pınar Zarakolu’na ulaşabilecekleri belirtilmiştir.

4. 11 Veri girişi ve işleme

- * Soru kağıtları son hallerini aldıktan sonra, veri giriş operatörü ile veri giriş formatı şekillendirilmiştir.
- * Sağlıkla ilgili soru kağıtlarını kodlandırma konusunda deneyim sahibi kodlayıcı Hacettepe uzmanları tarafından proje ve kodlama biçimi hakkında (kısaca) eğitilmiştir. Tüm soru kağıtlarının, her bir soruyu kodlama talimatlarını da içeren, bir örneği kodlayıcıya verilmiştir. Eğitimden sonra, her gruptan iki soru kağıdı işleme alışabilmesi için kodlayıcı ile birlikte kodlanmıştır.
- * Operatöre de benzer bir eğitim verilmiştir.
- * Doldurulan soru kağıtları merkez ekip tarafından teslim alındıktan sonra eğitilmiş kodlayıcı tarafından kodlanmış ve operatör tarafından hemen bilgisayara girilmiştir.
- * Kodlayıcı, cevap kodları hakkında sürekli olarak ekip ile bağlantıda olmuştur. Gerekli görüldüğü taktirde ekibin onayı ile kodlama listesine yeni bir kod eklenmiştir. Açık uçlu sorular için her bir cevap bir kod numarası ile kodlanmış ve analizler sırasında gruplanmıştır.
- * Veri girişi için, Epi-Info 6.0 paket programı kullanılmıştır. Veri girişi tamamlandıktan sonra, bütün veri dosyaları SPSS formatına dönüştürülmüş ve analizler için SPSS 14.0 paket programı kullanılmıştır. Marjinal ve çapraz kontroller yapılmış ve yanlış kodlamadan doğan hatalar düzeltilmiştir.
- * Bütün dosyaların temizlenmesinden sonra, marjinal ve olasılık tabloları elde edilmiştir. Veri girişi ve düzeltme işlemleri dört ayda tamamlanmıştır.

5. Hedef Gruplara Erişim Deneyimleri

Sağlık Bakanlığı tarafından süveyans için bütün hedef gruplar verilmiş ve hedef gruplar ile çalışılacak sağlık kuruluşları seçilmiştir. Bu nedenle DÖB kuruluşlarında katılımcılara ulaşmak zor olmamıştır.

Risk davranışı gösteren gruplar ile iletişim seçenekleri açıkça tanımlanmadığı için, bu gruplara erişim çok daha zor olmuştur.

5.1 RDG'ler ile çalışan STÖ'ler (AMATEM'ler dahil) ile 3 araştırma yerinde işbirliği

Türkiye'de üreme sağlığı ile ilgili sivil toplum örgütlerinin envanteri yaklaşık ülke geneline yayılmış 250 dernekten ve adresten oluşmaktadır. Bu organizasyonların bir kısmı başka il ve şehirlerde şubelere sahiptir.

CYBE ve HIV ile ilgilenen STÖ'lerin birçoğu risk davranışı gösteren grupların (RDG) kendileri tarafından değil, bu kişileri eğitmek ve desteklemek isteyen akademisyenler tarafından kurulmuştur. Risk davranışı gösteren gruplar için kendi STÖ'leri tarafından son zamanlarda kurulmuş yeni organizasyonlar bulunmaktadır ancak toplam sayıyla karşılaştırıldığında bunlar azınlıkta kalmaktadır. Diğer taraftan, sağlık ocakları ve STÖ ziyaretlerimiz sırasında yeni özel grup dernekleri oluşturma sürecinde olan bazı gruplar belirlenmiştir. Bu nedenle, RDG STÖ'lerinin kurulması dinamik bir süreçtir ve güvenilir bilgi için yakından izlenmelidir.

Aşağıdaki yüksek risk davranışı gösteren grupların sivil toplum örgütleri belirlenmiş ve üç araştırma yerinde çalışma dönemi boyunca bunlar ile işbirliği gerçekleştirilmiştir.

5.1.1 Ankara'daki STÖ'ler

- Hacettepe Üniversitesi AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi (HATAM)

Risk grupları ve HIV vakaları Hacettepe Üniversitesi çatısı altında bazı faaliyetler yürüten bu merkeze başvurmaktadırlar. HATAM süreyans çalışmaları için teknolojik olarak yüksek kaliteli bir merkezdir. Birçok önemli proje yürütmüştür ve bazıları hala devam etmektedir. Danışmanlıkta önde gelen kuruluşlardan biridir. Cinsel eğitim ve danışmanlık merkezi 2000 yılından beri Türk Eczacılar Birliği ve HATAM arasındaki işbirliği altında işlemektedir.

HATAM çalışmanın başlangıç döneminde RDG'ler için bir test yeri olarak düşünülmüştür. Ancak, merkezin sorumlu doktoru ile yapılan görüşmeden sonra bu kuruluş ve personelinin çalışmanın yürütülmesi için yeterli olamayacağı ortaya çıkarılmıştır. Bu sebeple, bu STÖ'nün eğitim insan gücü danışman ve akran yönlendiricilerin eğitimleri sırasında kullanılmıştır.

- Ankara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM)

Sağlık Bakanlığı alkol ve madde bağımlılığı ile mücadele için "Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi" (AMATEM) adı altında merkezler kurmuştur. Sağlık Bakanlığının kurduğu ilk merkez İstanbul AMATEM'dir. Bu merkez Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Devlet Hastanesi'nin bir bölümü olarak kurulmuştur. 1997'de Elazığ, Samsun, Manisa ve 2000 yılında Denizli'nin akıl hastalıkları hastanelerinde benzer merkezler kurulmuştur.

Ankara AMATEM, Numune Devlet Hastanesi'nin bir bölümüdür. Ancak, yeri hastane dışında, Ankara'nın farklı ve uzak bir bölgesindedir (Karşıyaka).

Ankara AMATEM Şubat 2004'ten beri faaliyettedir. Madde kullanıcıları için hizmet veren kuruluşlar arasında birinci sırayı almaktadır. Madde bağımlıları için yapılacak araştırmalarda işbirliği yapılması gereken kurumlardan biri olarak düşünülmektedir. Kuruluş ayakta bakım ve yataklı tedavi kliniklerine sahip olup uçuşu madde kullanıcıları ve çocuklar için de bir bölümü bulunmaktadır.

Türkiye'nin çeşitli illerinden damar içi madde bağımlıları Ankara AMATEM kliniklerine başvurmaktadır. Gaziantep ve Kilis'ten damar içi madde bağımlılarının Ankara AMATEM'e başvurularının fazlalığı uzmanlar tarafından hastaların bu noktalarda yoğunlaştığının bir göstergesi olarak belirtilmiştir.

Türkiye'de damar içi madde bağımlıları için STÖ bulunmadığından, AMATEM'ler bu gruplara erişmenin tek aracıdır. Bu çalışma için Ankara AMATEM'in test sahası olarak kullanılması kararlaştırılmıştır. Kurulştan iki hemşire eğitilerek araştırmada danışman olarak görev yapmışlardır.

Çalışmanın başlamasından önce, Ankara AMATEM son zamanlarda tedavi görmüş ve akran yönlendirici olarak çalışmaya istekli altı madde kullanıcısının katılımını sağlamıştır. Hepsisi Ankara dışından gelen ve Türkiye'nin Doğu/Güney Doğu bölgelerinde yaşayan kişilerdir. Ancak, eğitim programının başladığı dönemde bu kişilere ulaşmak mümkün olmamıştır. Bir kişinin ise uyuşturucu satmaktan hapiste bulunduğu anlaşılmıştır.

- KAOS GL

1994 yılında, İnsan Hakları Derneği'nin (İHD) Ankara Şubesi bir Gey ve Lezbiyen Hakları Komisyonu kurmuştur. Komisyon o zaman KAOS GL adlı yayını çıkaran yine aynı adlı gurubu yapısına dahil etmiştir. Ancak, Ankara İHD'nin değişen yönetimi komisyonu tanımamış ve kapatmıştır. Sonuç olarak, Ankara İHD'nin homoseksüel üyeleri protesto ederek derneği terk etmişler ve bunlardan bazıları KAOS GL'ye katılmıştır. O zamandan beri KAOS GL kendini bağımsız homoseksüel bir grup olarak tanımlamaktadır.

KAOS GL, internet sitelerindeki verdikleri bilgiye göre, 1994 yılında Türkiye'nin homoseksüellerini ayrımcılığa karşı birleştirmek amacıyla kurulmuştur. KAOS GL adındaki dergiyi kurulduklarından beri basmaktadırlar. Grup, kültürel faaliyetler, toplantılar ve film gösterilerinin yapıldığı ve ilk LGBT kütüphanesinin kurulduğu KAOS Kültür Merkezi'ne sahiptir. KAOS GL İç İşleri Bakanlığı'na Kaos Gey ve Lezbiyen Kültürel Araştırma ve Dayanışma Derneği adı altında bir sivil toplum kuruluşu (STK) olarak başvurmuştur. Ankara Vali Yardımcısı, 2005 Ekim ayında, Kaos GL Derneğinin ulusun ahlak değerlerini yıprattığı iddiasıyla dava dilekçesi vermiştir ancak Savcı davayı işleme sokmama kararı almıştır. KAOS GL, 2005 Ekim ayından beri yasal olarak kayıtlı bir sivil toplum kuruluşudur.

KAOS GL sık sık Avrupa Birliği Üreme Sağlığı Projesi ve Küresel Fon Proje Faaliyetlerine katılmaktadır. KAOS GL ayrıca Ulusal AIDS Eylem Planı'na katılmıştır.

KAOS GL her bir üyenin kendi sorumluluklarını yerine getirdiği yatay bir yapısı vardır. Bu hiyerarşik bir yapı olmadan oluşur. Resmi bir lider, başkan ya da yönetim kurulu yoktur. Grup üyeleri her Çarşamba akşamı buluşup konuları tartışırlar.

KAOS GL bu proje için erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkeklere (ECE) ulaşabilmek için iletişime geçilmesi gereken bir STÖ olarak görülmektedir. Ancak, uluslararası ortakların ECE'lerden artan talepleri araştırma faaliyetleri ile ilgili ticari ilgiye sebep olmuş bu sebeple finansal beklentiler yüzünden bu gruba yaklaşılmada sorunlar çıkmıştır.

KAOS GL 20'de 6 oranında eğitim programına katılım sağlamıştır. Ankara'da KAOS GL'den bir üye özellikle araştırmada katılıma önemli katkı sağlamıştır. Programda eğitilen altı üyeden dördü daha sonra Pembe Hayat Derneği adında yeni bir dernek kurmuşlar ve orada çalışmaya başlamışlardır. Bununla birlikte Ankara çalışmasına akran yönlendirici olarak katkı sağlamayı sürdürmüşlerdir.

KAOS GL eğitilen üç akran yönlendiricinin başarısız olduğu ve çalışmayı terk ettiği İzmir'de akran yönlendirici olarak çalışacak bir gey sağlayarak çalışmaya katkıda bulunmuştur. Bu kişi İzmir'deki KAOS GL'de çalışmaktadır ve bu bölgede katılımcıları getirmekteki asıl başarıyı sağlamıştır.

- İnsanca Yaşam Derneği

İnsanca Yaşam Derneği travesti ve transseksüellerden oluşan bir grup tarafından çalışmanın başlamasından hemen önce kurulmuştur. Dernek araştırmanın eğitim programları sırasında yeni olarak kurulmuştur. Eğitim programına bu gruptan yedi kişi katılmıştır. Bu grubun bazı üyeleri Ankara'da çalışmaya katılımcı sağlayan aktif akran yönlendiricilerdir.

- Pembe Yaşam Derneği

Pembe Yaşam Derneği seks sektöründe aktif olarak çalışan bir grup transseksüel tarafından son zamanlarda kurulmuştur. Örgüt 2006 Eylül'ünde yapılan eğitimlerimizden sonra kurulmuştur. Eğitim programımızda KAOS GL'yi temsil eden bazı katılımcılar Derneğin kuruluşunda yer almışlardır. Bu grubun eğitimimize katılan 3 üyesi çalışmanın veri toplama aşamasında Ankara'da test yerlerine risk davranışı gösteren grup üyelerini getirerek aktif olarak çalışmışlardır.

5.1.2 İstanbul'daki STÖ'ler

İstanbul'da CYBE/HIV konusunda çalışan pek çok STÖ olmasına karşın, bizzat RDG üyeleri tarafından kurulmuş STÖ'ler nadirdir. İstanbul'da cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV alanında yüksek risk gruplarıyla çalışan gönüllü organizasyonlar AIDS Savaşım Derneği, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Kadının Kapısı, Lambda, Pozitif Yaşam Derneği ve diğerleridir. Devlet kuruluşu olan AMATEM ve Özel Balıklı Rum Hastanesi bu şehirde DUK'lar ile ilgilenen yerlerdir ancak bu nüfus grubunun STÖ'sü bulunmamaktadır.

- AIDS Savaşım Derneği

AIDS Savaşım Derneği, Türkiye'de HIV ile savaş için kurulan en eski derneklerden biridir. Derneğin merkez ofisi İstanbul'dadır. Ancak İzmir ve Trabzon dahil Türkiye'nin çeşitli illerinde şubeleri bulunmaktadır. Derneğin idarecileri çoğunlukla akademisyenler ve sağlık uzmanlarından oluşmaktadır.

Çalışmanın orijinal dokümanlarında bu topluluk işbirliği yapılması düşünülen gruplardan biriydi, ancak çalışmaya akran yönlendirici olarak katılabilecek üyeleri bulunmadığı için iletişim kurulmamıştır.

- İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (İKGV)

İKGV Türkiye'de üreme sağlığı aile sağlığı eğitimi, bilgilendirme ve hizmetler ile birlikte insan kaynağının güçlendirilmesi için çalışan kar amacı gütmeyen, sivil ve özerk lider derneklerden biridir.

İKGV 1988'de 40 üye ile kurulduğundan beri, CYBE ve HIV eğitimi ve bilgilendirmesi, toplum-bazlı üreme sağlığı hizmetleri, teknik eğitim malzemelerinin hazırlanması, çocuk haklarının desteklenmesi ve kadının sosyo-ekonomik statüsünün güçlendirilmesi konularını içeren ulusal ve uluslararası çeşitli proje ve etkinlikleri yürütmüş, uygulamış ve ayrıca katılmıştır. Bu proje ve etkinlikler ile İKGV kayda değer deneyim ve proje geliştirme, uygulama ve değerlendirme bilgisi kazanmıştır. İKGV, 1997'den bu yana Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun (UNAPA) uluslararası ölçekte akredite olmuş icra kurumlarından birisidir.

Üyelikler

İKGV Ulusal AIDS Komisyonu kurulduğundan beri üyesidir. İKGV Türkiye Ulusal AIDS Eylem Planının hazırlanmasında dahil olmuş ve savaşım sürecinde insan haklarının korunması konusunda önemli bir rol oynamıştır. İKGV Ulusal AIDS Eylem Planının uygulanması için 1998'de kurulan "Eylem Grubu"nun başı seçilmiştir. İKGV, Kadın İçin Destek Oluşturma Grubu (KİDOG) üyesidir. KİDOG 1995 yılında, kadının yaşam kalitesi ve sosyal statüsünü arttırmak için çeşitli alanlarda faaliyetleri olan, 20 sivil toplum kuruluşunun katılımıyla kurulmuştur.

İKGV'nın kurucu ve idarecileri çoğunlukla akademisyenler, sağlık çalışanları ile birlikte diğer meslek ve sektörlerden entelektüellerden oluşmaktadır. İKGV'nın danışmanı, Dr. Muhtar Çokar çalışmamızda İKGV ile işbirliği için anahtar kişi olmuştur.

İKGV, özellikle üye grup Kadın Kapısı, çalışmada kayıtsız seks çalışanlarına ulaşmak için anahtar STÖ'lerden biri olarak değerlendirilmiştir. İKGV eğitim programı için, biri emekli seks çalışanı ve diğer ikisi seks çalışanı ECE'ler olmak üzere, üç kişi sağlamıştır.

- Kadın Kapısı

İstanbul'da kadın seks çalışanlarını içeren çeşitli platformlar vardır. Özellikle Kadının Kapısı seks çalışanlarının problemlerinin ortaya koymak, onların sağlıklarını korumak ve karşılaşılan sorunlara çözümler üretmek için çalışmaktadır.

Kadının Kapısı, İKGV tarafından kadının, özellikle seks çalışanlarının, travestilerin ve transseksüellerin yaşam kalitesini arttırmak amacıyla kurulmuştur. İstanbul'da grup üyelerinin kalıp sorunlarına çare aradıkları bir buluşma merkezleri bulunmaktadır. Emekli seks çalışanları ve travestiler bu merkezde çalışmaktadır. Merkezin ticari seks çalışanlarına dağıttığı GACI adlı bir yayını vardır.

Kadın Kapısı İstanbul Taksim'de grup üyelerinin sorunları için kalıp destek alabilecekleri bir merkeze sahiptir. Merkez kendini "kadın gibi hisseden" bireyler için bir toplanma yeri olarak tarif edilmiştir. Emekli seks çalışanları ve travestiler Türkiye Üreme Sağlığı Programı çerçevesinde merkezde düzenli olarak çalışmaktadır. Merkez İstanbul'da risk davranışı gösteren gruplara, özellikle KSC'ler ve ECE'lere ulaşmak için olan yerlerden biri olarak düşünülmektedir.

Merkezden üç kişi 2006 Eylül'ünde akran yönlendiriciler için olan eğitime katılmıştır, bunlardan biri emekli seks çalışanı ve ikisi travestidir. Ancak, Kadın Kapısı akran yönlendiricileri kayıtsız seks çalışanlarını sağlamakta, beklenenin aksine, başarısız olmuşlardır. Daha çok ECE, özellikle travesti ve transseksüeller ile dahil olmuşlardır çalışmaya. Her şekilde, merkez çoğunlukla seks çalışanı olarak çalışan ECE'ler tarafından kullanılmaktadır. Üç akran yönlendiriciden en azından İstanbul için öngörülen ECE sayısını tutturmaları istenmiştir. Bu sebeple, bu kişiler ECE'leri test yerlerine götürmüştür ve bu kentte planlanan ECE sayısına neredeyse ulaşılmıştır.

- LAMBDA

Lambda GLBT topluluğunun bir grubudur. Grup özellikle ECE'lerin kapalı topluluğu olarak tarif edilmektedir. Kendilerini sağlıklı insanlar olarak tarif edip HIV ve CYBE ile ilgili bir çalışmada adlarının anılmasını istememektedirler. Grubun amacı web sayfalarında belirtildiği üzere:

- Lezbiyen, gey, biseksüel ve transseksüelleri topluluğumuz hakkında ve içinde güvenilir bilgi sağlamak için kaynak oluşturmak için organize etmek.
- Halkın bilincini arttırmak ve lezbiyen, gey, biseksüel ve transseksüellerin toplum tarafından anlaşılması için teknik destek, seminerler, ışıklar ve toplum eğitimi kampanyaları yapmak.
- Eşcinsel düşmanlığını azaltmak ve cinsel tercih ve GLBT ilgili konuların, kurumların ve bireylerin anlayışını genişletmek.

- Kaynakların ve değişim yaratma çabalarının genişletilmesi için koalisyonlar ve işbirlikleri oluşturmak.
- Eğitim, savunma, sosyal destek ve diğer destekleri içeren programlar ile eşcinsel düşmanlığı, önyargı ve cehaletin tanınması, azaltılması ve cevap verilmesi.

- Pozitif Yaşam Derneği

İstanbul'da özellikle HIV önleme için akademisyenler ve sağlık çalışanları tarafından kurulan gruplardan biridir. Derneğe ulaşılammıştır ancak çalışmamıza katılan İl Sağlık Müdürlüğü personelinin Dr. Nazan Kuzgunkaya derneğin Yönetim Kurulu üyesidir. Maalesef, çalışma başladıktan sonra kendisi İSM'deki görevinden ayrılmıştır.

- İstanbul AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi)

Sağlık Bakanlığı'nın uyuşturucu ve alkol bağımlılığı ile ilgilenen ilk merkezi 1983'te kurulan İstanbul AMATEM'dir. Merkez aslında ayrı bir hastanedir Ancak kampus içinde ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları'nın bir bölümü olarak işlev görmektedir. Merkez ayrıca özellikle gençler arasında uçucu kullanıcılarına da hizmet vermektedir. İstanbul AMATEM damar içi madde kullanıcıları için tıbbi ve sosyal faaliyetlerde bulundukları için bu kimselere ulaşmak için kullanılabilir. Ancak, merkezdeki ağır çalışma koşullarında ayrı bir proje yürütmek oldukça zordur.

Maalesef, İstanbul'daki AMATEM bu şehirdeki DUK'lar için bir test yeri olarak kullanılamamıştır. Hastane başhekimini çalışmaya katılmaya ikna etme çabaları başarısız olmuştur. Bu sebeple, risk davranışı gösteren bu grup için başka bir merkez düşünülmüştür. Sonuç olarak, İstanbul İSM tarafından bu kentte DUK katılımcılar bulmak için Balıklı Rum Hastanesi'nin Psikiyatri Klinikleri önerilmiştir, Balıklı Rum Hastanesi Anadolu kliniği İstanbul'daki DUK'lar için test yeri olarak seçilmiştir.

Tablo 2: AMATEM'e madde bağımlılığı tedavisi için başvuran hasta sayısı (1983-2003)

5.1.3 İzmir'deki STÖ'ler

Risk davranışlı gurupların kendi kurduğu yapılara ulaşmak yoğun çabalara rağmen mümkün olmamıştır. Diğer taraftan, şehirde gayri resmi gurupların ya da toplulukların olduğu bilgisi mevcuttur. Bu sebeple, resmi olarak organize olmamış RDG faaliyetleri olması olasılığı büyüktür. Aşağıda İzmir'de risk davranışlı guruplar ile iletişimde olan organizasyonlar verilmiştir:

- CYBE Savaşım Derneği

CYBE Savaşım Derneği 1999 yılında sağlık çalışanları tarafından cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilinci arttırmak amacıyla İzmir'de kurulmuştur. Derneğin merkez ofisi İzmir'dedir ve başka şubesi yoktur. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, dermatoloji ve parazitoloji de dahil çeşitli alanlarda çalışan 121 üyeleri bulunmaktadır. Üyeler İzmir, Ankara, İstanbul, Manisa, Kahramanmaraş, Elazığ ve Diyarbakır'dan katılmaktadır. Derneğin faaliyetleri genellikle seks çalışanları üzerine yoğunlaşmaktadır.

- AIDS Savaşım Topluluğu İzmir Şubesi

Dernek İstanbul merkezinin İzmir Şubesidir.

- AIDS'le Mücadele Derneği

Derneğin Savaşım Derneği'ne benzer çalışmaları olsa da, ayrıca gençler ve kadınlar gibi guruplar üzerine de yoğunlaşmaktadırlar. ECE'ler üzerine çalışmamaktadırlar. Bu grup ayrıca genel olarak İzmir'deki tıp fakültelerinden üniversite temelli üyelere oluşmaktadır.

- EGE-BAM

Bölüm Ege Üniversitesi ile çalışmakta ve uyuşturucu kullanıcılarına teşhis ve tedavi hizmetleri sağlamaktadır. Yatılı tedavi hizmetleri de sağlamaktadırlar. Ana hedef gurupları adolesan ve çocukları içermektedir. Bölüm tıp fakültesinin çocuk psikolojisi bölümü tarafından yönetilmektedir.

- İzmir AMATEM

İzmir AMATEM bugünlerde kuruluş aşamasındadır ve 2006 sonbaharında çalışmaya başlaması planlanmaktadır. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi aynı zamanda madde bağımlıları ve damar içi uyuşturucu kullanıcıları için bir tedavi merkezi görevi görmektedir. Yukarıda belirtilen bölüm bu proje için DUK ve akran yönlendiricileri bulmak için kullanılabilir. AMATEM İzmir'de DUK'lar için test yeri olmayı kabul etmiştir. Ancak, çalışmanın veri toplama aşamasında merkeze tedavi için başvuran bir kişiden başka kimse başvurmamıştır.

5.2 Risk davranışı gösteren kişiler (ECE, DUK, ve KŞÇ)

UNAIDS ve WHO, HIV salgınını düşük-düzye, yoğun ve genelleşmiş salgın olmak üzere üç gruba ayırmaktadır. Düşük-düzye salgınlar için adapte edilmiş sayısal bir endeks HIV yaygınlığının tanımlanmış alt-grupların hiçbirinde sürekli olarak %5'i geçmemesi gerektiğini göstermektedir.

Birçok ülkede HIV enfeksiyonu nüfusun davranışları kendilerini HIV kapmada yüksek riske maruz bırakan alt-gruplarda yoğunlaşmıştır. Bu sebeple, HIV sürveyansı alt-nüfuslara odaklanmalıdır. Bunlar damar içi madde kullanıcıları, erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler, seks çalışanları ve müşterileri, ve hareketli gruplardır. Bu kişiler hükümet yetkilileri ve hizmet sunucular ile görüşmekten kaçınıyor, çünkü yasa dışı etkinliklerde bulunuyor, çeşitli sebepler ile hareket halinde bulunabilir yada etkinliklerini ifşa etmek istemeyi seçmeyebilirler. Sürveyans amacıyla bu kişilere ulaşmak zor olabilir ve bu sebeple hassastırlar. Ancak, genel nüfusta HIV bulunmayan düşük-düzey ve yoğun HIV salgınlarında, yapılmaya degecek tek sürveyans olabilir.

Genelleştirilmiş HIV salgınlarında bile, sürveyans ulaşılması güç nüfuslarda hedeflenmiş müdahalelerin başarısının denetlenmesi için önemini sürdürmektedir.

İkinci jenerasyon HIV sürveyansı Türkiye gibi düşük düzey HIV sürveyansı görülen ülkeler için önerilmektedir. Bu risk davranışı gösteren alt-gruplarda temsili araştırmalar, CYBE'lerin sürveyansı, alt-gruplarda gözlemci (sentinel) sürveyans, CYBE/HIV/AIDS vaka bildirimi ve kan bağışlarında HIV takibini içermektedir. Davranışsal sürveyansın ulaşılması zor nüfuslarda önemli bir işlevi belirlenebilen risk davranışı gösteren bir alt-gruptan yüksek risk taşımayan genel nüfusa HIV enfeksiyonu taşıma potansiyeli olan cinsel bağları belirlemektir. Başka önemli bir işlev, HIV'e karşı hassas alt-grupların ve HIV'in yayılmasına sebep olan davranışların belirlenmesi ve bu bilginin bu hassas grupların katılımı ile uygun müdahalelerin tasarlanmasında kullanılmasıdır. HIV sürveyansı zaman içerisinde HIV enfeksiyonunu ve ilgili davranışları ölçtüğü için, uç gruplarda sürveyans yüksek risk davranışı gösteren gruplarda HIV enfeksiyonuna karşı güvenli davranış için ulusal çabaların başarı ya da başarısızlıklarını değerlendirmeye yardımcı olabilir.

Türkiye'de, şu anda HIV için sürveyansın tek kaynağı bulunan hastaların vaka bildirimleridir, ancak uygulamada sentinel sürveyans bulunmamaktadır. HIV için düşük düzey salgına sahip ülkelerde sürveyans çalışmalarının alt gruplarda yapılması gerektiği genel olarak kabul edilmektedir. Bu sebeple, 'Türkiye'de Cinsel Yolla Bulaşan Önemli Enfeksiyonlar ve HIV ile İlgili Hizmet Araştırması' projesindeki sürveyans grupları için Sağlık Bakanlığı tarafından HIV ile ilgili risk davranışı gösteren bazı nüfus grupları önerilmiştir. Araştırmaya alınan hassas gruplar Türkiye'nin üç büyük şehri Ankara, İstanbul ve İzmir'de yaşayan ve çalışan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (travestiler dahil) (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarıdır (DUK).

Kayıtlı Ticari Seks Çalışanları

Kayıtlı ticari seks çalışanları hakkında bilgi, kayıtsız seks çalışanları alt-grubunu daha iyi anlamak için gereklidir. Bu iki grup hakkında bazı veriler aşağıdaki bölümlerde verilmiştir.

Türkiye'de Ticari Seks İşİ hükümet tarafından düzenlenmekte ve kayıtsız olarak seks satan kişiler Kayıt dışı (yasadışı) Ticari Seks Çalışanları olarak kabul edilmektedir. Yönetmeliğe göre Seks işindeki kadınlar en az 21 yaşında olmalı ve kayıtlı olarak çalışabilmek için Türk vatandaşı olmalıdır. 2002 Şubat ayı itibariyle Türkiye'de 54 genelev ve 1983 kayıtlı seks çalışanı bulunmaktadır. En yüksek seks çalışanı sayısı 248 ile Ankara'dadır. Bunu 219 ile İzmir, 138 ile İstanbul ve 125 ile Adana izlemektedir. Çanakkale en düşük sayıda seks çalışanına sahiptir.

Kayıtlı ticari seks çalışanları iki haftada bir tıbbi muayene yaptırmak zorundadır. Muayeneler tıp uzmanları tarafından yapılmakta ve kadınlar HIV dahil CYBE, impetigo, cüzzam, tüberküloz ve Sağlık Bakanlığı tarafından diğer hastalıklar için kontrol edilmektedir.

Medikal muayene ve gözlemlerin sonucuna göre, enfekte olmuş bir ticari seks çalışanı hastalıktan kurtuluncaya kadar genel evlerde çalışmaktan men edilebilir. Kayıtlı TSC'lerinin tıbbi muayeneleri, denetimleri ve tedavileri belediyeler tarafından yapılmakta ve genelev sahiplerinden toplanan fonlar ile finanse edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı rakamları ve CYBE üzerine birçok araştırma 1996 ve 2000 yılları arasında genel nüfus ile karşılaştırıldığında kayıtlı TSC arasında daha yüksek CYBE oranları olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan, birçoğu uygun örneklem üzerinde yürütülen CYBE araştırma çalışmaları genellikle yüksek risk koşulları taşıyan gruplar arasında görece yüksek CYBE oranları bulmaktadır.

30.03.1961 tarih ve 5/984 sayılı kanuna göre, (31.01.1973 tarihinde değiştirilen Madde 75-7/5786), genel ev sahiplerinin müşterilerin kullanması için kondom bulundurması zorunludur. Türkiye'de genel evlere giden erkek oranının fazla olduğu düşünülmektedir. İstanbul'da iki farklı fabrikada çalışan erkeklerin deneyimlerini araştıran bir çalışma göstermiştir ki örneklem %64'ü yaşamları boyunca en az bir kez bir genelevi ziyaret etmiştir. Ancak seks çalışanı ile cinsel ilişkiye girerken kondom kullanımı pek yaygın değildir. Genelev müşterilerinin tutum ve davranışları üzerine yapılan birçok çalışma genelevlere giden bireyler arasında oldukça düşük (%41) bir kondom kullanımı göstermiştir. İzmir'deki bir genel evde çalışan 72 seks çalışanıyla görüşme yapılan başka bir çalışmada, bu kişilerin sadece %30'u düzenli kondom kullanımı rapor ederken, %18'i kondomun müşteri istediği zaman kullanımını, %51.4 ise müşteri reddettiği zaman kondom kullanmadığını rapor etmiştir. Bazı görüşmeciler müşterilerinin kondom kullanılmadığı zaman daha fazla para teklif ettiklerini belirtmişlerdir. Travestiler, göç eden TSC ve erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkeler de dahil diğer seks çalışanlarıyla görüşme yapılan araştırmalar da benzer eğilimler göstermiştir. Kayıtlı seks çalışanları düzenli olarak sağlık muayenesi oldukları için, bu grup içerisinde CYBE ile ilişkili hastalık bulunması yaygın değildir. Ancak, bazı kadınlar muayeneden önce antibiyotik almak ya da vajinal bölgeyi bazı maddeler (örn. limon suyu ve/veya bazı kimyasal maddeler) kullanarak tedavi etmek gibi sonuçları tersine çeviren bazı önlemler almaktadır.

Kayıtsız (Yasadışı) TSC

Son 10 yılda, fazla sayıda insan, özellikle bölge ülkelerinden kadınlar çalışmak, "bavul ticareti" ve ticari seks için Türkiye'ye girmektedir. Ancak, bunların sayıları, ziyaret amaçları ve Türkiye'de kalış süreleri ile ilgili istatistikî veri bulunmamaktadır.

Türkiye'de göçmenler ve sığınmacılar için HIV/AIDS konusunda zorunlu denetim bulunmamaktadır. Sağlık durumları hakkında bilgi de oldukça sınırlıdır.

Son 10 yılda, yurtdışından ve özellikle Doğu Avrupa ülkelerinden İstanbul'a gelen yasadışı seks çalışanları ve "mobil fuhuş" taki artış bu hastalıkların yayılmasına katkıda bulunmuştur. Doğu Avrupa'da sosyal değişimler ve ekonomik problemlere bağlı olarak, özellikle İstanbul'da Romanya, Rusya, Moldavya ve Ukrayna'dan gelen yasadışı seks çalışanlarının sayısında hızlı bir artış gözlenmiştir.

Ankara Ticaret Odası'nın fuhuş üzerinde raporuna göre, Türkiye'de yaklaşık 100 bin yasadışı TSC faaliyettedir. Kayıt dışı kadın TSC'lere ek olarak seks pazarındaki transseksüeller, travestiler ve göçmen TSC'ler de bulunmaktadır.

Kayıtlı seks çalışanlarının CYBE/HIV/AIDS için düzenli olarak kontrollerinin yapılmasına rağmen, kayıt dışı çalışanların bu testleri yaptırmaya olanakları yoktur. Ancak, kayıt dışı seks çalışanlarının muayene ve testleri bu kişiler polis tarafından yakalandığında ilgili CYBE (Cilt ve Zührevi) Hastaneler ve/veya Dispanserlerde yapılmaktadır.

Kayıt dışı seks çalışanları arasında, genç olanlar CYBE/HIV/AIDS hakkında daha fazla bilmekte ve cinsel ilişki sırasında kondom kullanmaktadır. Yaşlı olanlar CYBE/HIV/AIDS az bilgiye sahiptir ve kondom hakkında bilgi sahibi olsalar da müşterilerinin isteklerine karşı daha korunmasızdırlar. Polis tarafından yakalanan kayıt dışı seks çalışanları CYBE/HIV/AIDS için muayene edilirler ve salıverirler ve bir sonraki yakalanışlarına kadar sağlık kontrolleri yapılmadan çalışırlar. Eğer Adalet Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından bunlar için destek birimleri oluşturulsaydı, bu seks çalışanları için danışmanlık ve diğer hizmetlerin verilmesinde yardımcı olurdu.

Birçok seks çalışanının genelde etkili bir birey olan ve seks çalışanlarının sağlığı ve refahı üzerinde önemli bir role sahip bir “temsilcisi” ya da “patronu” bulunmaktadır.

Bu çalışmada, erişim ve hiçbir sivil toplum örgütünde yeterince örgütlenemedikleri için KSC çalışmaya katılım konusunda zor bir grubu kapsamaktadır. KSC grubuna, KAOS-GL, Kadın Kapısı, İnsanca Yaşamı Destekleme Platformu, Pembe Yaşam adlı STÖ’lerde çalışan, ECE grubundan travestiler kanalıyla yaklaşılmıştır.

Bu çalışmada, KSC’ler erişim ve katılım açısından zor bir grup oluşturmaktadırlar. KAOS GL, Kadın Kapısı, İnsanca Yaşam Derneği, Pembe Hayat gibi STÖ’lerinin etkinliklerinde yer alan ECE grubundaki travestiler bu gruba ulaşmanın temel yolu olmuştur.

Erkekler ile Cinsel İlişkiye Giren Erkekler (ECE)

Homoseksüellik Avrupa’da ve İslam Ülkeleri’nde farklı normlara sahiptir. Aslında, Almanya’daki Türklerin ne kadar “Almanlaştıkları”nı belirlemek için “gey”lere katlanma kriteri kullanılmaktadır. Türkiye’nin Müslüman çoğunluğa sahip ülkeler arasında en laik olmasına rağmen, İslamiyet hala insanların değerleri ve normları üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir ve bu sebeple ECE’lerin yaşamları nadiren bir araştırmaya konu olmuştur.

Aile desteğinin kaybedilmesi ve sosyal güvenlik ile ilgili kaygılar bu insanların ailelerine samimi davranmalarını engellemiştir. Bir erkekle ilişkisi olan birçok evli erkek vardır. Erkekler arasındaki cinsel ilişki ömür boyu bir sır olarak saklandığı için, ayrımcılık ile ilgili istatistikî veri toplamak oldukça zordur. ECE üzerine olan tek bilgi gey/lezbien alt gurubundaki kişisel beyanatları ve KAOS/GL gibi gey/lezbien birliklerinin yayınlarına dayanmaktadır.

Heteroseksüellik toplumda baskın cinsel ilişki türüdür ve çalışma ortamında cinsel eğilimler ile ilgili ayrımcılığa karşı tedbirler yoktur. Bu sebeple homoseksüellik işten atılma, işe alınmama ya da hak edilse bile işte terfi ettirilmemeye sebep olabilmektedir. Travestiler ve transseksüellerin seks çalışanı olarak çalışmak dışında bir alternatifleri yoktur.

Bir çalışmada araştırmacılar tarafından karşılaşılan grup iyi eğitilmiş ve düşüncelerini açıkça ifade edebilen kişilerdi; Ancak araştırmacılar böyle eğitilmiş bir grubun tutum ve davranışlar hakkında konuşmak konusunda isteksizlikleri konusunda şaşırılmışlardır. Soru kağıtları doldurulmamıştır ve

bu grup ile uygun bir çalışma yapılamamıştır. Bu gruptan çok az bilgi alınabilmiş olması gerçeği yüksek risk seviyeleri ile ilgili bir sorundur. Bu toplum içerisinde deneyimledikleri ayrımcılık ve yabancılaşmanın güçlü bir göstergesi olabilir.

Çalışmada başarısızlığa uğranılması bu gruplar içerisinde güvenin oluşturulabilmesi için daha çok şey yapılması gerektiği olarak yorumlanmıştır. Bilgi sağlamaya ilgisiz bir grup sağlık kurumlarında CYBE/HIV bilgi ve danışmanlık, test ve tedavi için sağlanan erişimi kullanmaya da isteksiz olabilir.

Eğer erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler arasında cinsel davranış ve tutumlar araştırılırsa, değişik metodların kullanılması gerekmektedir, belki akran etnografik bu gruplar tarafından kabul görebilir. Eğitim ve gözlem faaliyetleri bu grupları temsil eden STK'lar tarafından yürütülür ve kontrol edilirse mümkün olabilir. Bariyerleri yıkabilmek ve bilgi ve hizmetlere olan erişimi arttırabilmek için toplum içerisinde ECE'ye karşı daha fazla farkındalık ve azaltılmış ayrımcılık gerekmektedir.

Çalışmamızda, bu gruba yaklaşmanın tek aracı kendi STÖ'leri, yani KAOS-GL, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı ve Kadın Kapısı yoluyla olmuştur. Bu derneklerden akran yönlendiriciler birçok ECE'nin çalışmaya katılmasını sağlamıştır. Çalışmamızdaki ECE grubu geyler ve travestileri kapsamış, ancak cerrahi müdahale geçiren transseksüelleri kapsamamıştır. Ancak akran yönlendiriciler arasında transseksüeller bulunmaktadır.

Erkek seks çalışanları: uzmanlar tarafından bu insanların şehirlerde aktif olarak çalıştıkları rapor edilmiştir. Ancak, bu insanlara ulaşmak ve toplam sayılarını bulmak mümkün değildir

Homoseksüeller/biseksüeller: Sağlık Bakanlığı'nın rakamlarına göre, HIV/AIDS vakalarının %7.7'si homoseksüel ve biseksüel ilişkilerden kaynaklanmaktadır. 1985 ve 2001 yılları arasında, HIV/AIDS vakalarının 107'sinin homo/biseksüel ilişkilerden kaynaklandığı; bu vakalardan 5'inin damar içi uyuşturucu kullanımına dahil oldukları rapor edilmiştir. Yaşlar bilinmemektedir. Homoseksüeller- travestiler dahil kayıt dışı seks çalışanlarının özellikle büyük şehirlerde yaygın ticari seks çalışması CYBE ve HIV/AIDS riskini arttırarak halk sağlığını tehdit etmektedir.

Uyuşturucu kullanıcıları ve Damar İçi Uyuşturucu Kullanıcıları (DUK):

Polis verisi bağımlılık yapan maddelerin Türkiye'de genel nüfusta çok fazla yoğunlaşmadığını göstermektedir. Ülkede madde bağımlısı kişilerin sayısı artarken, madde kullanıcısı kişilerin sayısı ve yüzdesi komşu ülkeler ile karşılaştırıldığında hala düşüktür. Ancak, ülkede artan bir madde kullanım eğilimi vardır. Tedavi için başvuran insanların sayısı 1983'te 78'den 2003'te 6129'a çıkmıştır.

Türkiye'de kullanılan en yaygın maddeler sigara ve alkoldür. DUK bütün madde kullanıcılarının %39.7'sini teşkil eder ve eroinin damar içi kullanım sıklığı %60'tır. Türkiye'de uyuşturucu kullanan kadınların sayısı erkeklerden azdır. Ortalama uyuşturucuya başlama yaşı 17-19 dur. Uyuşturucu kullanan kadınların çoğunluğu TSC'dir.

Eroin ve kokain kullanım verisine göre, İstanbul en yüksek oranlara sahiptir: eroin kullanıcılarının %51'i ve kokain kullanıcılarının %92'si İstanbul'da yaşamaktadır. Ortalama başlangıç yaşı düşüktür ve en yüksek yaygınlığa sahip yaş gurubu 16-30'dur. İzmir en yüksek marihuana kullanımına sahiptir.

20 bin lise öğrencisi arasında yapılan bir araştırmada, gençlerin yüzde 3'ünün marihuanayı yaşamları boyunca en az bir kez denediği görülmüştür. Herhangi bir uyuşturucu maddenin yaşamı boyunca kullanım yüzdesi 3'tür. Geçen yılda, gençlerin %1.6'sı eroini en az bir kez ve %1.4'ü kokaini benzer şekilde enemiştir.

Bir grup DUK hapishanede yatmış ve yasadışı maddelerin, eroin dahil, hapishanelerde kolaylıkla bulunduğunu belirtmiştir. Ancak, eroinin damar içi kullanımının metal detektörleri sebebiyle kolay olmadığını belirtmişlerdir.

Bir çalışmada, 15 katılımcıdan 2'si AMATEM personeli tarafından mülakata alınmıştır. Bu guruplardan alınan bilgilere göre katılımcılar CYBE/HIV/AIDS'in yayılması ve korunma konusunda bilgi sahibiyken, yanlış bilgiye sahip oldukları da görülmüştür. Bu hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmalarına ve korkmalarına rağmen, uyuşturucu kullanımı sırasında "o anda" ne iğne ve şırınga paylaşımı ne de korunmasız seks yapmanın önemli olmadığını belirtmişlerdir. Bu bilgi bu nüfustan alınan dikkat çekici bir bilgidir.

Bu çalışmada, DUK grubu ulaşılması en zor grup olmuştur. İllerden birinde, veri toplama aşamasında yapılan bir başvurudan başka hiçbir grup üyesi tedavi merkezine (yeni kurulan AMATEM) başvurmamıştır. Risk davranışı gösteren bu gruba ulaşmanın tek aracı başlangıçta Sağlık Bakanlığı'nın tedavi merkezleri olarak düşünülmüştür. Ancak, bazı ECE akranlarının ve özel hastanelerin İstanbul'daki madde kullanıcılarını tedavi merkezlerine yönlendirmesi bu grup üyelerinin katılımını sağlama açısından fonksiyonel olarak test yerlerindeki eşit görülmüştür. Göreceli olarak, diğer RDG'lerden bazı akran yönlendiriciler, özellikle Ankara'da, bu grup üyelerini bulma ve çalışmaya katılma konusunda ikna etme konusunda başarılı olmuşlardır.

Bu gruplar yüksek risk davranışı gösteren grupların tamamı değil, bu çalışmaya katılmaları için özellikle seçilmiş gruplardır.

5.3 Özel sektör sağlık kurumu ile çalışma

İstanbul'da Balıklı Rum Hastanesi ile yapılan çalışmadan projenin DUK kısmı ile ilgili olarak özellikle bahsetmek gerekir. Hastane sadece çalışmada işbirliği yapmamış ayrıca veri toplama için en geniş DUK sayısını sağlamıştır. Bu hastane çalışmada yer alan tek özel sağlık kuruluşu olsa da, personel ve çalışma danışmanları kamu personeline paralel olarak çalışmıştır ve diğer sağlık kuruluşlarına sağlanan malzemeden başka Sağlık Bakanlığı'ndan bir talep olmamıştır.

5.4 DÖB kuruluşlarında katılımcılara erişim

Hedef nüfus 15-49 yaş arası herhangi bir gebeliği olan ve doğum öncesi bakım kliniğine ilk kez başvuran kadınlardır.

Katılımcılar dört kuruluşta (Ankara'da Zekai Tahir Burak Doğum Hastanesi, İstanbul'da Şişli Etfal Hastanesi, Gaziantep'te 75. Yıl Doğumevi ve Trabzon'da Doğum Hastanesi) aratırmaya alınmıştır.

Seçilen bu hastaneler yüksek sayıda hastaya sahip oldukları için hedef nüfusa erişim zor olmamıştır.

5.5 DÖB grubu kadınların özellikleri

Ulusal düzeyde temsili bir örneklem üzerinde yürütülen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) üreme yaşındaki evlenmiş kadınların sağlık durumları hakkında 5 yıllık aralıklarda kentsel ve kırsal yerleşimler ve coğrafi bölgelere göre karşılaştırmalı güvenilir bilgiler vermektedir. Aşağıda verilen bilgiler TNSA-2003'ten alınmıştır.

15-49 yaş grubu kadınlar 2000 nüfus sayımında bulunan 67.4 milyon toplam nüfusun (2006'da 74 milyon olarak tahmin edilmiştir) %28'ini oluşturmaktadır. Türkiye genç bir nüfusa sahiptir; nüfusun yüzde 29'u 15 yaş altındadır. Bir yılda yaklaşık bir buçuk milyon doğum gerçekleşmektedir. Evli kadınların yüzde 71'i kentsel alanlarda, beşte biri İstanbul'da yaşamaktadır. 1993'ten 2003'e kadar eğitimsiz kadınların yüzdesi 34'ten 22'ye düşmüştür. Kadınların yüzde 54'ü ilkokul mezunudur ve ilkokul mezunu batılı kadınlar doğuluların iki katıdır. Daha fazla eğitim sahibi kadınlar daha fazla iş sahibi olmak üzere kadınların yüzde 27'si hâlihazırda çalışmaktadır ve çalışma oranı daha az eğitime sahip kadınlar arasında daha az olmak üzere Orta ve Doğu bölgelerde daha düşüktür. Toplam doğurganlık oranı Batı'da 1.9 ve Doğu'da 3.7'dir (Güney Doğu'da 4.2); ortalama toplam doğurganlık hızı 1978'de 4.3 iken bu rakam 2003 yılında 2.2'ye düşmüştür.

2003 TNSA'dan önceki 5 yılda gebeliklerin beşte dördü 20-34 yaş grubu kadınlarda, onda biri 20 yaş altında ve onda biri 35-49 yaş gurubunda görülmüştür. Doğum yapan kadınlardan beşte dördü gebelikleri sırasında en az bir kez eğitimli sağlık personeline DÖB için ziyaret edilmiş, beşte biri hiç ziyaret edilmemiş, Batı'da yüzde 91'i ve Doğu'da sadece yüzde 61'i bir kez ziyaret edilmiş; Doğu'da beşte ikisi hiç ziyaret edilmemiştir. Bu yüzdeler kentsel ve kırsal alanda benzerdir. DÖB ziyaretleri daha düşük yaşlar, düşük gebelik sayısı ve eğitim düzeyine göre artmaktadır. Toplamda, kadınların yüzde 71'i gebeliklerinin ilk altı ayında doğum öncesi bakım kliniği ziyaretinde bulunmuş ve kadınların yarısından fazlası dörtten kezden fazla DÖB ziyareti yapmıştır. Gebe kadınların dörtte üçü ağırlık, onda dokuzu kan basıncı ölçtürmüş, dörtte üçünün kan ve idrar örnekleri alınmış ve onda dokuzunun ultrason kontrolü yapılmıştır.

TNSA 2003'ten önceki beş yılda, bütün doğumların yüzde 78'i bir sağlık kurumunda, bunlardan üçte ikisi kamu ve üçte biri özel sağlık kurumunda gerçekleşmiştir. Sağlık kurumlarına doğum öncesi bakım için erişim daha genç yaş, kentsel ve batı nüfusları ve eğitim seviyesi ile bağlantılıdır.

Kadınların onda dokuzunun AIDS'i duyduklarını belirtmesine karşın, üçte biri AIDS'ten korunmak için hiçbir yöntem bilmediklerini söylemişlerdir. Bilgi kentte ve daha yüksek eğitim düzeyiyle artmaktadır.

6 İş Planı (Ek 9'a bakınız)

7 İzleme / Değerlendirme & Gözetim

İzleme/ değerlendirme ve gözetim işlemi, proje uygulamadaki farklı müdahaleler ile takip edilmiştir.

7.1 İzleme / Değerlendirme

Ana danışma ve izleme/denetim birimi Yürütme Kuruluydu. Yürütme Kurulu'nun oturumları sonrasında, araştırma projesi ile ilgili bütün konular görüşülmüş ve gerekli kararlar alınmıştır. Bütün toplantıların tutanak raporları mevcuttur ve LITAT ofisinden edinilebilir.

Gerekli bütün uzmanlar, faydalanıcının (SB) temsilcileri ve finansör kuruluşun (AB) katılımı ile gerçekleştirilen düzenli aylık toplantılar izleme ve değerlendirmenin anahtar unsurları olmuşlardır. Aylık raporlar hazırlanmıştır ve aylık toplantıların gündemi bir önceki ayın aylık raporundaki tavsiyeler doğrultusunda hazırlanmıştır.

Bütün aylık raporlar ve toplantıların tutanakları mevcuttur ve LITAT ofisinden edinilebilir.

7.2 Saha çalışmasının denetimi

Araştırma projesinin bütün katılımcıları saha çalışmaları sırasında düzenli olarak ziyaret edilmişlerdir. Bütün sahalar Proje Temel Uzmanı 2 ve 3 tarafından 6 kez ziyaret edilmiştir. Problemler sahada işbirliği ile çözülmüş, ya da merkezden destek sağlanmıştır.

Proje temel uzmanlarının yanı sıra laboratuvar, epidemioloji, halk sağlığı ve AÇSAP uzmanlarını içeren Hacettepe Grubu ile birlikte ekip lideri ve Sağlık Bakanlığı ve AM temsilcileri de saha denetim faaliyetlerine katılmışlardır. Denetim görevi her zaman İl Sağlık Müdürlüğü ve diğer STK'lar, projenin yüksek risk davranışı gösteren gruplar ile çalıştığı alanlar ve test sahalarının ziyaretini içermiştir.

Bütün denetim ziyaretleri için, ayrıntılı Görev Raporları hazırlanmıştır ve bu raporlar LITAT ofisinden edinilebilir.

Acil durumlara müdahale edebilmek ve bazı etkinlikleri denetleyebilmek için araştırma boyunca bütün saha çalışanları ile telefon ve internet iletişimi kullanılmıştır.

Veri toplama aşamasının sonunda denetim ziyaretleri son çalışmaları desteklemek, gerekli yönetim çözümlerini hızlandırmak ve araştırma personelinin motive etmek için yapılmıştır.

Çalışma katılımcıları ayda bir kez ziyaretin yeterli ve uygun olduğunu düşünmektedirler.

Sonuç toplantısı sırasında (Ek 14'te rapor), denetimin projenin yürütülmesi için önemli ve ciddi katkıları olduğu belirtilmiştir. Merkezden gelen denetim personelinin çalışmalara önemli yardım sağladığı ve ayda bir ziyaretin uygun olduğu görülmüştür. Denetimin yürütülmesinde İl Sağlık Müdürlüğü düzeyindeki fazla iş yükü bir sorun olarak belirtilmiştir.

Sonuç toplantısında, alandaki eğitimin yanı sıra, il ve hastane koordinatörlerinin araştırmaya için yapılan hazırlık eğitimine dahil edilmeleri, koordinatörlerin sağlık kuruluşundaki rutin iş yükünü daha iyi organize etmeleri ve personele daha etkili destek sağlamaları önerilmiştir.

Ayrıca bütün katılımcılar tarafından ek iş yükü için döner sermaye aracılığıyla teşvik sağlanması, ve/veya izin zamanıyla telafi edilmesi önerilmiştir.

8 Çalışmanın sonuçları

Çalışma nüfusunun genel özellikleri:

Genel nüfusu temsilen Ankara, İstanbul, Trabzon ve Gaziantep’te doğum öncesi bakım (DÖB) için başvuran 2000 kadın (her bir sahada 500) ile ilk ziyaretleri sırasında görüşülmesi planlanmıştır.

Yüksek risk davranışı gösteren grupları temsilen Ankara, İstanbul ve İzmir’de görüşülmesi düşünülen sayılar aşağıda verilmiştir.

Tablo 3: Planlanan RDG katılımcı sayısı

Yüksek Risk Davranışı Gösteren Grup	Planlanan sayı
KSÇ (Kayıtsız Seks İşçileri)	300
ECE (Erkeler ile Cinsel İlişkiye Giren Erkekler)	150
DUK(Damar içi Madde Kullanıcıları)	200

8.1 Ana çalışma sonuçları

Araştırma sırasında ana gruplar ve sahalara göre aşağıda belirtilen sayılarda kişiden bilgi toplamak mümkün olmuştur:

Tablo 4: Saha başına ANC grubu katılımcı sayısı

Şehir birimi	hastanesinde DÖB	Katılan DÖB alan kadın sayısı
Ankara Doğum Hastanesi		548
İstanbul Sisli Etfal Hastanesi		509
Gaziantep Doğum Hastanesi		499
Trabzon Doğum Hastanesi		504
Toplam		2060

Tablo 5: Saha başına RDG grubu katılımcı sayısı

	Ankara	İstanbul	İzmir	Toplam
DUK	32	38	1	71
ECE	75	48	52	175
KŞÇ	91	135	22	248
Toplam	198	221	75	494

8.2 Çalışma Sonuçları

ORKSH çalışma sonuçlarının Türkiye ve hedef gruplar için temsiliyet değeri oldukça sınırlıdır.

Sahaların seçimi uygunluk (erişilebilirlik) temellerinde olmuştur ve ülkedeki hedef gruplar için temsili bir örneklem seçimi için önerilen yaklaşımları izlememektedir.

Çalışmaya katılan kişiler arasında yaygınlık oranının %1'den az olması beklentisi göz önüne alındığında, bu rakam %95 güven aralığı ile güvenilir bir bilgi elde etmek için oldukça düşüktür.

Bu sebeple çalışmanın verisi en iyi ihtimalle nüfus içerisinde bulunan eğilimin bir göstergesi olarak görülmelidir.

8.2.1 Araştırma sahası kayıt defteri sonuçları

Yukarıda belirtildiği üzere, DÖB sahalardaki kayıt defterleri sadece 29 kişinin çalışmaya katılmayı reddettiğini göstermektedir. Reddedenlerin arasından 21'i kan örneği vermek istememiş, 7'si çalışmaya katılmak istememiş ve soru kağıdını doldurmak istememiş ve 1 hastanın kocası katılımı engellemiştir.

Okur yazar olmayan kadınlar çalışma için uygun görülmemiştir. Bu problem DÖB ilk başvurular arasında yaklaşık yüzde 40 katılımı engellediği için Gaziantep'te daha yüksektir.

Yüksek risk davranışı gösteren gruplar göz önüne alındığında, çalışmaya katılmayı reddetme oranı en fazla sağlık kuruluşlarında görüşülen grup içerisinde olmuştur.

RDG'ler ile ilgili olarak, çalışmaya katılmayı reddetme oranı en yüksek sağlık kuruluşlarında olmuştur. İstanbul'da Zührevi Hastalıklar Hastanesi'nde 63 ret ve 125 katılım olmuştur. Bu kurum altında danışmanlar çalışmaya katılım için hastalar ile doğrudan görüşmüştür. Hastalar akran yönlendiriciler tarafından gönderilmemiştir. Ankara Zührevi Hastalıklar Merkezi'nde, İstanbul'dakine benzer bir yaklaşım kullanılmış, 8 hasta çalışmaya katılmayı reddetmiş ve 188 tanesi kabul etmiştir. Sadece DUK ile çalışan Balıklı Rum Hastanesi'nde danışmanlar hastanelerindeki hastalar ile çalışmaya katılmaları için görüşmüşlerdir. Burada 37 hasta çalışmaya katılmış 6 hasta reddetmiştir.

8.2.2 Gebe kadınlara ait bulgular

Ana özellikler

Ankara, İstanbul, Trabzon ve Gaziantep'te doğum öncesi bakım (DÖB) için başvuran 2000 kadın (her bir il için 500) ile ilk ziyaretleri sırasında görüşülmesi planlanmıştır.

Bilindiği üzere, gebe kadınların genel nüfus içerisinde mevcut HIV/AIDS dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların durumunu yansıttıkları kabul edilir.

Araştırmadaki toplam gebe kadın sayısı 2060'tır ve her bir ilde neredeyse eşit sayıda kadına ulaşılmıştır.

Tablo-6: Araştırmaya katılan gebe kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı göre dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Özellikler (n=2060)	Sayı	Yüzde
Yaş		
≤19	212	10.3
20-24	601	29.2
25-29	603	29.3
30-34	367	17.8
35-39	182	8.8
40,+	64	3.1
Cevap Yok	31	1.5
X ± SD = 26.8 ± 6.1, Medyan = 26.0, Min – Max = 15 - 65		
Eğitim düzeyi		
Okur-yazar	275	13.3
İlkokul	849	41.2
Orta Okul	359	17.4
Lise	406	19.7
Üniversite	109	5.3
Halen okuyor	34	1.7
Cevap Yok	28	1.4
İş		

Çalışmıyor,iş aramıyor	1706	82.8
Çalışmıyor, işsiz	25	1.2
Çalışmıyor,öğrenci	13	0.6
Çalışıyor*	286	13.9
<i>İşveren</i>	<i>10</i>	<i>0.5</i>
<i>Memur</i>	<i>76</i>	<i>3.7</i>
<i>İşçi</i>	<i>117</i>	<i>5.7</i>
<i>Çiftçi</i>	<i>5</i>	<i>0.2</i>
<i>Diğer</i>	<i>78</i>	<i>3.8</i>
Cevap Yok	30	1.5

* Genel toplama göre yüzde

Gebe kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo-1’de verilmiştir.

19 ve altı yaş grubundaki gebe kadınların yüzdesi %10.3’tür. 35 ve üstü yaş grubundaki gebe kadınların yüzdesi %11.9’dur. Gebe kadınların 2/3’ü 20 ile 29 yaşları arasındadır.

Gebe kadınların % 54.5’i okur-yazar yada ilk okul mezunudur. Gebe kadınların %5.3’ü lise yada üniversite mezunudur. Bu bulgular genel olarak Türkiye özellikleri ile aynı çizgidedir.

Okur-yazar olmayan kadınların araştırmaya dahil edilmemesine rağmen, okur-yazar olanlar ve ilkokul mezunları da soruları yanıtlamakta sıkıntı çekmişlerdir. Sonuç olarak, “cevap yok” yada ilgisiz cevaplar beklenenden daha fazla olmuştur.

Hastaneye başvuran okur-yazar olmayan kadınların sayısı yüksek olduğundan özellikle Gaziantep’te katılımcı bulmakta sıkıntılar yaşanmıştır.

Araştırma grubundaki gebe kadınların çoğunluğu gelir getiren bir işe sahip değildir.

Araştırma grubunun üçte biri için bu ilk gebelikleridir.

Yaklaşık beş kadından biri beş seneden az bir zamandır bu ilde yaşamaktadırlar. Yeni göç edenler grubundaki kadınlar daha hassas olarak kabul edilmiştir çünkü bu kişiler için kent ve kentteki olanaklara adapte olmak zaman almaktadır.

Evlilik ve eşler:

Tablo-7: Araştırmaya katılan gebe kadınların evliliğe göre dağılımları ve birlikte yaşadıkları eşlerinin bazı özellikleri (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Evlilik ve eşler (n=2060)	Sayı	Yüzde
Medeni durumu		
Hiç evlendi mi		
Hayır	12	0.6
Evet	2029	98.4
Cevap Yok	19	0.9
Şu an evli		
Evet	2011	97.5
Hayır	20	1.6
Cevap Yok	19	0.9
İlk evlilik yaşı		
Hiç evlenmedi	12	0.6
≤14	16	0.8
15-19	811	39.3
20-24	837	40.6
25-29	245	11.9
30, +	70	3.3
Hatırlamıyor	22	1.2
Cevap Yok	47	2.3
X ± SD = 20.9 ± 3.8, Medyan = 20.0, Min – Max = 13 - 40		
Kocanın başka cinsel eşi		
Hayır	1830	88.8
Evet	40	1.9
Bilmiyor	158	7.7
Şu an kocası/eşi yok	5	0.2
Cevap Yok	27	1.3
Son 12 ay içerisinde koca dışında biriyle cinsel ilişki		
Evet	18	0.9
Hayır	2019	98.0
Cevap Yok	23	1.1

Grubun %98.4'ü bir evlilik yaşamışken, %97.5'si halen evlidir. Türkiye'de evlilik dışı çocuk sahibi olmak kabul edilebilir bir norm değildir, ancak gebe kadınların %0.6'sı hiç evlenmemiştir.

Türkiye'de ilk evlilik yaşı genellikle çok erkendir; araştırma grubunun %40.1'inin ilk evlilik yaşı 20'den öncedir. Araştırma grubunun %3.3'ünün 30 ve üstü yaşlarda evlendiği gözlenmiştir. Erken yaş evliliklerin en önemli nedenleri kadının eğitim süresinin kısa olması ve gelir getiren bir işe sahip olanların yüzdesinin düşük olmasıdır.

Kadınların ekonomik, sosyal ve kültürel nedenlerden dolayı eğitimine devam edememesi sebebiyle bulabildikleri işler düşük gelirli, sosyal güvencesi olmayan emek yoğun işlerdir. Bu koşullar altında, kadınların neden erken yaşlarda evlendikleri açıktır.

İlk cinsel deneyim yaşı oldukça erken 20.8 ± 3.8 , (Medyan = 20.0, Min – Max = 13 – 40) olup;evlilik ile başlamaktadır. Gebe kadınların %39.7’sinin ilk cinsel deneyimi 20 yaşından önce olmuştur. 30 ve sonrası yaşlarda ilk cinsel deneyimini yaşayan gebe kadınların oranı %2.9’dur.

Gebe kadınların %88.8’i kocalarının başka bir cinsel eşi olmadığını belirtmiştir. %1.9 ‘u (40 kişi) kocalarının başka bir cinsel eşi olduğunu belirtmiştir. %7.7’si bilmediklerini belirtmiştir, bu “emin olmadıklarını” gösterir. Bütün bunlar yaklaşık on kadından birinin kocasının birden fazla cinsel eşi olduğunu ya da olabileceğini göstermektedir.

Araştırma grubundaki kadınların çoğunluğu (%98) son 12 ay içerisinde kocalarından başka bir cinsel eş ile cinsel ilişkiye girmediklerini belirtmişlerdir.

Cinsel Geçmiş – Düzenli Eşler ve Erkek Kondomu:

Tablo-8: .Araştırmaya katılan gebe kadınların erkek kondomunu bilip bilmeme özelliklerine göre dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Özellikler (n=2060)	Sayı	Yüzde
Erkek kondomunu duyma		
Durmuş	1758	85.3
Duymamış	284	13.8
Cevap Yok	18	0.9
Nerede bulabileceğini bilme		
Biliyor	1497	72.7
Bilmiyor	258	12.5
Erkek kondomunu duymamış	284	13.8
Cevap Yok	21	1.0
Erkek kondomu alınabilecek yerler*		
Erkek kondomunu duymamış	284	13.8
Hastane	322	15.6
Sağlık Ocağı	801	38.9
AÇSAP Merkezi	472	22.9
Eczane	1099	53.3
Market	306	14.9
Bar/ konuk evi / otel	5	0.2
Akran eğitimciler	7	0.3
Arkadaşlar	29	1.4
İnternette	1	0.0
Bilmiyor	258	12.5
Cevap Yok	26	1.3

* Birden fazla cevap; her bir soru için yüzdelere toplam sayı ile hesaplanmıştır

Araştırma grubundaki gebe kadınların %85.3’ü erkek kondomunu duymuşlardır, ve %72.7’si erkek kondomunu nereden edinebileceklerini bilmektedirler. Araştırma grubunun yarısından biraz fazlası erkek kondomu temin edilecek yerin eczane olduğunu düşünmektedirler. Erkek kondomu edinmek için ikinci yer sağlık ocakları ve üçüncü yer AÇSAP merkezleridir.

Tablo 9: Araştırmaya katılan gebe kadınların erkek kondomu kullanma özelliklerine göre dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Özellikler (n=2060)	Sayı	Yüzde
Şu ana kadar kullanım		
Erkek kondomunu duymamış	284	13.8
Kullandı	773	37.5
Kullanmadı	982	47.7
Hatırlamıyor	1	0.0
Cevap Yok	20	1.0
Düzenli eş ile son cinsel ilişkide kullanım		
Erkek kondomunu duymamış	283	13.7
Düzenli cinsel eş yok	3	0.1
Kullandı	71	3.4
Kullanmadı	1676	81.4
Hatırlamıyor	4	0.2
Cevap Yok	23	1.1
Son cinsel ilişkide kondom kullanmama sebebi*		
Erkek kondomunu duymamış	282	13.7
Düzenli cinsel eş yok	3	0.1
Kondom kullandı	71	3.4
Kondom kullanmadı	114	5.5
Kondomlar pahalı	21	1.0
Eş istemedi	409	19.9
Kondom kullanmayı sevmiyor	152	7.4
Başka kontraseptif kullandı	277	13.4
Gereksiz olduğunu düşündü	428	20.8
Kullanmayı düşünemedi	39	1.9
Çocuk istiyor	143	6.9
Gebe olduğu için gereksiz olduğunu düşünmüş	44	2.1
Diğer**	12	0.6
Hatırlamıyor	94	4.6
Cevap Yok	64	3.1

* Birden fazla cevap; herbir soru için yüzdeler toplam sayı ile hesaplanmıştır

** Rahatsız edici, gebe olduğu için gerekli değil, gebe kalma yöntemi suni dölleme olduğu için gerekli değil, istemedi, hoş olmayan cinsel ilişki, kondom kullanırken gebe kalma, lateks alerjisi, ağrı, hastalıklara sebep oluyor, alamadı, hiç kullanmadı

Gebe kadınların üçte biri (%37.5) en az bir kez erkek kondomu kullandıklarını belirtmişlerdir. Kullandıklarını belirtenlerin sayısı kullanmayanlardan daha azdır. Son cinsel ilişkide kondom kullanımı incelendiğinde, gebe kadınların %81.4'ü kullanmamıştır.

Kondomu duyan kadınların kondomu kontraseptif yöntem olarak kabul ettikleri gözlenmiştir, bu kondomun cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için bir yöntem olduğundan haberdar olmadıklarını gösterir. Ayrıca, “başka bir kontraseptif kullanma” ve “çocuk sahibi olmak isteme” cevapları bu kabulü desteklemektedir.

Kadın Kondomu:

Kadın kondomu Türkiye pazarında son 4-5 senedir bulunmaktadır ve kadınlara cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma şansı vermektedir. Ancak, bu araştırmadaki gebe kadınlardan sadece %22.1'i bu yöntemi duymuştur. Kadın kondomu kullananlar %1.5 gibi göz ardı edilebilir bir gruba oluşturmaktadır.

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE):

Araştırma grubunda kadın ve erkeklerde CYBE semptomları hakkında bilgi analiz edildiğinde, %36.8'i kadınlarda görülen semptomları bilmezken %57.8'i erkeklerde görülen semptomları bilmemektedir. Erkeklerde görülen CYBE semptomları hakkında bilgi eksikliği CYBE hakkında bilgi eksikliğine (%11.7) eklendiğinde, kadınların %69.5'inin bu konuda ciddi bilgi eksikliği olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu erken tanı yönünden önemlidir.

Tablo-10: Araştırmaya katılan gebe kadınların son 12 ayda vajinal akıntı veya genital ülser görülmesine göre dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Vajinal akıntı ve genital ülser (n=2060)	Sayı	Yüzde
Vajinal akıntı		
Evet	1152	55.9
Hayır	689	33.4
Hatırlamıyor	192	9.3
Cevap yok	27	1.3
Genital ülser		
Evet	172	8.3
Hayır	1697	82.4
Hatırlamıyor	154	7.5
Cevap yok	37	1.8

Araştırmaya katılan gebe kadınlardan %55.9'u son bir yılda vajinal akıntı yaşamıştır, bu yüzde genital ülser için %8.3'tür.(Tablo 5)

Bilgi, Düşünce ve Tutum:

Tablo-11: Araştırmaya katılan gebe kadınların HIV/AIDS konusundaki bilgilerine göre dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

HIV/AIDS Bilgisi (n=2060)	Sayı	Yüzde
HIV'i duymuş olmak		
Duymuş	589	28.6
Duymamış	1450	70.4
Cevap yok	21	1.0
AIDS'i duymuş olmak		
Duymuş	1920	93.2
Duymamış	128	6.2
Cevap yok	12	0.6

Cinsel ilişki sırasında kondom kullanılmışsa, aşağıdakilerden korunmanın mümkün olup olmaması:		
Mümkün	642	31.2
Mümkün değil	209	10.1
Bilmiyor	1045	50.7
Hastalığı hiç duymamış	127	6.2
Cevap yok	37	1.8
Bir hastalık taşımayan sadık tek bir eş bulunduğunda, HIV'den korunmak:		
Mümkün	627	30.4
Mümkün değil	256	12.4
Bilmiyor	1002	48.6
Hastalığı hiç duymamış	127	6.2
Cevap yok	48	2.3
Başkası tarafından kullanılmış bir şırınga ile kendine enjeksiyon uygulayan bir kişiye HIV bulaşması:		
Mümkün	1050	51.0
Mümkün değil	114	5.5
Bilmiyor	725	35.2
HIV/AIDS olan bir gebe kadın virüsü bebeğine bulaştırabilir :		
Mümkün	924	44.9
Mümkün değil	64	3.1
Bilmiyor	909	44.1
HIV/AIDS olan bir gebe kadın virüsü bebeğine emzirme yoluyla bulaştırabilir:		
Mümkün	642	31.2
Mümkün değil	139	6.7
Bilmiyor	1115	54.1
İsim vermeden HIV/AIDS testi yaptırmak:		
Mümkün	830	40.3
Mümkün değil	256	12.4
Bilmiyor	793	38.5

Araştırmaya katılan gebe kadınlardan %87.6'sı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları (CYBE), %28.6'sı HIV'i ve %93.2'si AIDS'i duymuştur. Tüm Türkiye'de olduğu gibi, AIDS iyi bilinirken diğer CYBE'ler yada hastalıklar daha az bilinmektedir. HIV enfeksiyonunun bulaşma yolları hakkında doğru bilgiye sahip olma oranı çok yüksek değildir. (Tablo-6)

Tablo-12: Çalışmaya katılan gebe kadınlar arasında HIV/AIDS hakkında bilgi ve düşüncelerin eğitim düzeyine göre yüzde dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Bilgi ve düşünce	Eğitim Düzeyi*					p
	Okur-yazar (n = 275)	İlkokul (n = 849)	Ortaokul (n = 359)	Lise (n = 406)	Yüksekokul / üniversite (n = 109)	
HIV'i duymuş	16.2	16.4	20.8	54.7	78.9	0.000

AIDS'i duymuş	86.4	91.8	96.1	99.3	100.0	0.000
Cinsel ilişki sırasında kondom kullanılmışsa, HIV'den korunmak mümkün	15.4	21.5	26.6	54.8	74.1	0.000
Bir hastalık taşımayan sadık tek bir eş bulunduğunda, HIV'den korunmak mümkün	16.3	24.3	29.7	48.4	60.2	0.000
HIV/AIDS olan bir gebe kadın virüsü bebeğine bulaştırabilir	25.9	36.0	44.2	67.3	87.0	0.000

* “Evet” olarak cevap verenlerin yüzdesi.

Çalışmaya katılan gebe kadınların HIV/AIDS hakkında bilgi ve düşünceleri eğitim düzeylerine göre analiz edildiğinde, “HIV’i Duymuş”, “Cinsel ilişki sırasında kondom kullanılmışsa, HIV’den korunmak mümkün”, “Bir hastalık taşımayan sadık tek bir eş bulunduğunda, HIV’den korunmak mümkün” ve “HIV/AIDS olan bir gebe kadın virüsü bebeğine bulaştırabilir” konularındaki bilgi ile eğitim düzeyleri arasında, doğru orantılı bir ilişki bulunmaktadır. gebe kadının eğitim düzeyi arttıkça doğru bilgi düzeyi de artmaktadır. Aradaki ilişki istatistiki olarak anlamlıdır. (p=0.000, Tablo 7).

Tablo-13: Çalışmaya katılan gebe kadınlar arasında HIV/AIDS hakkında bilgi ve düşüncelerin yaşa göre yüzde dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Bilgi ve düşünce	Yaş grubu*						p
	≤19 (n = 212)	20-24 (n = 601)	25-29 (n = 603)	30-34 (n = 367)	35-39 (n = 182)	40,+ (n = 64)	
HIV’i duymuş	17.1	28.0	31.3	34.0	33.7	19.0	0.000
AIDS’i duymuş	91.4	96.0	93.0	97.3	88.8	81.0	0.000
Cinsel ilişki sırasında kondom kullanılmışsa, HIV’den korunmak mümkün	14.8	29.9	35.5	39.0	36.4	23.8	0.000
Bir hastalık taşımayan sadık tek bir eş bulunduğunda, HIV’den korunmak mümkün	23.1	31.3	35.5	32.4	31.0	15.9	0.000
HIV/AIDS olan bir gebe kadın virüsü bebeğine bulaştırabilir	33.3	44.3	49.8	51.6	44.9	33.3	0.000

* “Evet” olarak cevap verenlerin yüzdesi.

Araştırma grubundaki gebe kadınların HIV/AIDS konusundaki bilgi ve düşünceleri yaş gruplarına göre analiz edildiğinde, en genç (19 yaş ve altı) ve en yaşlı (40 yaş ve üstü) grubun HIV'i daha az duyduğu ve kondom kullanımının HIV'den korunmadaki etkisini daha az bildiği görülmektedir. Ayrıca, bu yaş grupları HIV/AIDS'in anneden fetüse geçişi hakkında daha az bilgi sahibidir. Başka bir bulgu, AIDS'in en yaşlı grupta (40 ve üstü) en az bilindiğidir. Bütün ilişkiler istatistiki olarak önemli bulunmuştur. (p=.000, Tablo 8).

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Sağlık Arama Davranışı:

Tablo-14: Araştırmaya katılan gebe kadınların en son genital ülser yada vajinal akıntıları olduğunda ne yaptıklarına göre yüzde dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

En son genital ülser ya da vajinal akıntı olduğunda yapılanlar (n=2060)*	Sayı	Yüzde
Genital ülser yada vajinal akıntı olmamış	1092	53.0
Bir kamu sağlık kuruluşuna başvuru	444	21.6
Şirkete üye bir klinik/ hastaneye başvuru	41	2.0
Bir hayır kurumu kliniği/ hastanesine başvuru	9	0.4
Özel klinik/hastaneye başvuru	100	4.9
Eczaneye başvuru	31	1.5
Gelenekse tedavi yöntemleri uygulayan birine başvuru	10	0.5
Evde bulunan ilaçları kullanma	21	1.0
Cinsel eş ile problem hakkında konuşma	92	4.5
Semptomlar devam ettikçe cinsel ilişkiden kaçınma	56	2.7
Semptomlar devam ettikçe cinsel ilişki sırasında kondom kullanma	75	3.6
Başvuru yok	238	11.6
Cevap yok	100	4.9

* Birden fazla cevap; her bir soru için yüzdeler toplam sayıdan hesaplanmıştır

Araştırma grubundaki gebe kadınların CYBE'lerin semptomları hakkında çok az bilgi sahibi oldukları bulunmuştur. Ancak, semptomlar oluştuğunda, en çok kamu sağlık kuruluşlarına başvurmuşlardır(%21.6). özel hastane ve kliniklere başvuru yüzdesi %4.9'dur. hastaların %11.6'sının genital ülser ve vajinal akıntı şikayetleri yaşamaları durumunda hiçbir inisiyatif almamaktadırlar.

Tablo-15: Araştırmaya katılan gebe kadınların genital ülser yada vajinal akıntıları olduğunda reçetelenmiş ilaç kullanmalarına göre yüzde dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Reçetelenmiş ilaç kullanımı (n=2060)	Sayı	Yüzde
Genital ülser yada vajinal akıntı yok	1092	53.0
Semptomlar mevcut, ancak sağlık uzmanına başvuru yok	238	11.6
Sağlık kuruluşuna başvuru var, ancak reçete alınmamış	64	3.1
Reçete alınmış ve bütün ilaçlar kullanılmış	378	18.3
Reçete alınmış ancak reçetelenen ilaçların sadece bazıları	121	5.9

kullanılmış		
Hatırlamıyor	67	3.3
Cevap yok	100	4.9

Tablo-16: Araştırmaya katılan gebe kadınların genital ülser yada vajinal akıntıları olduğunda neden reçetelenmiş ilaç kullanmadıklarına göre yüzde dağılımları (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Reçetelenmiş ilaç kullanmama sebepleri (n=2060)	Sayı	Yüzde
Genital ülser yada vajinal akıntı yok	1092	53.0
Semptomlar mevcut, ancak sağlık kuruluşuna başvuru yok	238	11.6
Sağlık kuruluşuna başvuru var, ancak reçete alınmamış	64	3.1
Reçete alınmış ve bütün ilaçlar kullanılmış	379	18.3
Bütün ilaçları almak için para yoktu	17	0.8
Yan etkiler	30	1.5
Şikayetler yok oldu	52	2.5
Diğer*	4	0.7
Hatırlamıyor	79	3.8
Cevap yok	99	4.8

* Birden fazla cevap; herbir soru için yüzdeler toplam sayıdan hesaplanmıştır

Tablo-17: Araştırmaya katılan gebe kadınların en son genital ülser yada vajinal akıntıları olduğunda bir klinik yada hastaneye başvurmalarına kadar geçen süre (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Genital ülser yada vajinal akıntıları olduğunda bir klinik yada hastaneye başvurmalarına kadar geçen süre (n=2060)	Sayı	Yüzde
Genital ülser yada vajinal akıntı yok	1092	53.0
Semptomlar mevcut, ancak sağlık kuruluşuna başvuru yok	238	11.6
Başvuru:		
Semptomların görülmesinden sonraki ilk hafta içinde.	176	8.5
1-4 hafta arası	174	8.4
4 hafta (1 ay) yada fazla	101	4.9
Hatırlamıyor	171	8.3
Cevap yok	108	5.2

Araştırma kapsamındaki gebe kadınların %11.6'sında genital ülser ve vajinal akıntı semptomları olmasına rağmen sağlık kuruluşuna başvurmamışlardır (Tablo 11). Başvuranların sadece %8.5'i semptomların görülmesinden sonra bir hafta içinde bir sağlık personeline başvurmuştur (Tablo 12). Başvuranların çoğunluğuna reçete yazılırken (18.3) %0.1'i yazılan ilaçları almamıştır. (Tablo 11). ilaçları kullanmamanın en sık sebebi semptomların kaybolması (%2.5), yan etkilerinin olması (%1.5) ve ilaç alacak paranın olmamasıdır (%0.8)(Tablo 11).

Gebe kadınların %6.8'i HIV/AIDS testi yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, gebe kadınların %4.4'ü bu testi gönüllü olarak yaptırmış ve %6'sı sonuçlarını almıştır. %11.8'i HIV/AIDS'e karşı

bir ay önce test yaptırdığını belirtirken %71.7'si 2 yıl ya da daha önce test yaptırdığını belirtmişlerdir.

Sağlık Programları Kapsamında Katılım:

Tablo-18: Araştırmaya katılan gebe kadınların HIV/AIDS ile ilgili eğitim yada danışmanlık ve eğitim yerine yüzde dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

HIV/AIDS ile ilgili eğitim (n=2060)	Sayı	Yüzde
HIV/AIDS ile ilgili eğitim yada danışmanlık		
Evet	361	17.5
Hayır	1658	80.5
Cevap yok	41	2.0

Araştırma grubundaki kadınlar bu konuda eğitim alınmasına göre analiz edildiğinde, gebe kadınların %17.5'inin HIV/AIDS ile ilgili danışmanlık yada eğitim aldığı gözlenmiştir. Araştırma grubunun çoğunluğunun ilgili bilgi, eğitim yada danışmanlık hizmeti almadığı görülmüştür (80.5 %). (Tablo-13)

Damgalama ve Ayrımcılık:

Tablo-19: Araştırmaya katılan gebe kadınların HIV/AIDS enfekte bir kişi hakkındaki düşüncelerine göre yüzde dağılımları (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

HIV/AIDS enfekte bir kişi (n=2060)	Sayı	Yüzde
Evde bakım		
Evet, akrabalık derecesi ne olursa olsun	177	8.6
Evet, yakın akraba ise	641	31.2
Hayır	421	20.4
Fikrim yok	766	37.2
Cevap yok	55	2.7
Eğer aile bireyi hastalanırsa:		
Gizli tutmak istiyor	821	39.9
Gizli tutmak istemiyor	590	28.6
Fikri yok	590	28.6
Cevap yok	59	2.9

Araştırma grubundaki gebe kadınların %8.6'sı evlerinde HIV/AIDS'li bir kişiye bakabileceklerini söylemişlerdir ve akrabalık derecesinin bu kararda öneminin olmayacağını belirtmişlerdir. %20.4'ü bakamayacaklarını söylerken %37.2'si yorum yapmamıştır.

Araştırma bulguları gebe kadınların HIV/AIDS'in bulaşma yolları ve korunma ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Bu hastalığın çevrelerinde yaygın bir şekilde

görülmemesi ve medyadaki damgalama haberleri sebebiyle, böyle bir hastalığı taşıyan bir insana bakıp bakmayacakları konusunda kesin bir fikirleri yoktur.

Test Sonuçları

Tablo 20: Araştırmaya katılan gebe kadınların HIV, :Hepatit B, Sifiliz, Gonore, Klamidya test sonuçlarına göre yüzde dağılımı (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Trabzon; Kasım 2006- Şubat 2007)

Enfeksiyonlar	Test Sonuçları						
	Pozitif		Negatif		Bilinmeyen		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n
HIV (ELISA 1)	1	0.0	2022	98.2	37	1.8	2060
HIV (ELISA 2)	1	100.0	-	-	-	-	1
HIV (Western Blott)				-		-	
Hepatit B	47	2.3	1977	96.0	36	1.7	2060
Sifiliz	2	0.1	2026	98.3	32	1.6	2060
Gonore	10	0.5	2017	97.9	33	1.6	2060
Klamidya	18	0.9	2028	97.6	32	1.6	2060

Araştırma grubundaki gebe kadınlardan biri HIV Elisa Pozitif bulunmuştur, ancak bu sonuç Western Blott testi ile negatif bulunmuştur.

Gebe kadınların %2.3'ünün Hepatit B, %0.1'inin sifiliz, %0.5'inin gonore ve %0.9'unun Klamidya pozitif olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç:

Araştırma bulguları, gebe kadınlarda HIV/AIDS dahil olmak üzere CYBE'lerin durumları hakkında birçok önemli ipuçları vermiştir.

Araştırmaya katılan gebe kadınlar düşük eğitim düzeyine sahiptir; birçoğu ücretsiz aile çalışanı/ev kadınıdır. Bütün bu faktörler sosyal statülerini düşürmekte, sağlık bilgisine ve genel olarak sağlık hizmetlerine erişimde engel oluşturmaktadır. Esasen, çalışmada CYBE'leri önleme ile ilgili doğru bilginin ve görüşün gebe kadınların eğitim düzeylerinin artmasıyla arttığı görülmüştür.

Gebe kadınların duyarlı bir grup olduğu ve üç kat fazla risk taşıdığı (kendisi, fetus ve eşi için) düşünüldüğünde, CYBE taşıdıklarında, bu gruba sağlık sistemi ile ulaşmak hayati önem taşımaktadır. Bu nedenle, gebe kadınlara rutin doğum öncesi bakımlarının bir parçası olarak eğitim ve danışmanlık sağlamak için her türlü çaba gösterilmelidir.

Erken yaşta evlilik, erken ve ileri yaşta (35 ve üzeri) gebelik ülkede olduğu gibi gebe grubunda da görece yüksektir ve üreme sağlığı problemlerine sebep olabilir.

Gebe grubundaki önemli bulgulardan biri gebe kadınların, kondom kullanımı ve birden fazla cinsel eşten kaçınma gibi CYBE'dan koruyucu önlemler ve CYBE semptomlarından haberdar

olmamalarıdır. Bu nedenle, halk sağığı eğitim programlarına, bu konular dahil edilmeli ve vurgulanmalıdır. CYBE için bilgi kaynağı olarak, sektörler arası işbirliği başlatılmalıdır.

Araştırma grubunda birden fazla cinsel eşi olan kadın sayısı az olmasına rağmen, on kadından biri kocasının birden fazla eşi ya da başka cinsel eşleri olduğunu belirttiği için, tek eşlilik durumu bu kadınlar için geçerli olmayabilir.

Araştırma grubunda, Türkiye’de kadınlar için geleneksel/kültürel norm olan ve CYBE için bir koruma faktörü olarak görülebilecek durum, cinsel yaşamın evlilik ile başlamasıdır, ancak, bu bir toplumsal cinsiyet konusudur ve erkekler için geçerli değildir, bu nedenle, kadınlar evlendiklerinde ve daha sonrasında CYBE riski altındadırlar.

Türkiye’de genel olarak erkeklerin üreme konularına katılımı (örn. Kontraseptif kullanımı) azdır ve doğurganlığın düzenlenmesi için kontraseptif uygulamaları ve beklenen sorumluluklar kadın merkezlidir. Erkek nüfusunda yüksek risk davranışının yaygın olduğu göz önüne alınırsa, özellikle üreme sağığında koruyucu önlemler için hedef grup erkekler olmalıdır.

Gebe kadınlar arasında, kondomlar beklenenden az bilinmektedir ve ayrıca nadiren kullanılmaktadır. Kondomun kullanılma amacı CYBE’lerden korunmaktan çok kontraseptif amaçlar içindir.

Kondomlar çoğunlukla eczanelerden, ikinci olarak temel sağık hizmet birimlerinden edinilmektedir, bu nedenle temel sağık hizmet birimlerine ek olarak eczanelere de özellikle CYBE’lar ile ilgili bilgi alınması için giriş noktaları olarak önem verilmelidir.

Bütün ülkede olduğu gibi, çalışma grubunda da AIDS, HIV’den daha çok bilinmektedir, aslında HIV ile ilgili doğru bilgi önleme açısından çok daha önemlidir.

Aşağıdakiler çalışmanın çok önemli bulgularıdır; Gebe kadınlar CYBE semptomlarını çok az bilmektedirler, sağık kuruluşlarına geç başvurmakta ve verilen tedaviyi eksik kullanmaktadırlar. Bu nedenle, temel sağık ve üreme sağığı konularında bütün bunlar göz önüne alınmalıdır. Kadınlar CYBE’lar için nadiren test yaptırmaktadır, birçoğuna tetkik yürütülen bu araştırma sırasında yapılmıştır.

Son, ancak çok önemli bir konu , CYBE’lere karşı savaş da dahil olmak üzere kadının sağığını iyileştirmek için, ülkede toplumsal cinsiyet konuları göz önüne alınarak kadının toplumsal konumunun güçlendirilmesi gerekmektedir.

8.2.3. Yüksek Risk Davranışı Gösteren Grup(RDG) ile ilgili sonuçlar:

Ankara, İstanbul ve İzmir’de görüşülmesi düşünülen yüksek risk davranışı gösteren kişi sayısı kayıtsız seks çalışanları (KSC) için 300, erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) için 150 ve damar içi uyuşturucu kullanıcıları (DUK) için 200 idi.

Araştırma sırasında aşağıdaki sayıları toplamak mümkün olmuştur:

Tablo-21: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (IDU) iller ve kuruluşlara göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

İl	KSC		ECE		DUK	
	No	%	No	%	No	%
Ankara	93	36.9	73	44.0	34	45.6
İstanbul	137	54.4	42	25.3	31	52.9
İzmir	22	8.7	51	30.7	1	1.5
Toplam	252	100.0	166	100.0	68	100.0

İstanbul’da kadın akran yönlendiriciler ile çalışılması daha fazla KSC’nin katılımını sağlamıştır. Ankarada’ki bütün akran önlendiricilerin tümünün ECE olması, burada ECE katılımını arttırmıştır. İzmir’deki katılım 2007 Şubat ayında aktif hale gelen ECE akran yönlendiricisinin katkılarıyla sağlanmıştır.

Araştırmaya katılımın en yüksek olduğu aylar KSC’ler için Aralık, ECE’ler için Kasım ve DUK’lar için Ocak olmuştur.

Tablo-22: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (IDU) çeşitli sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Özellikler	KSC (n=252)	ECE (n=166)	DUK (n=68)
	%	%	%
Yaş			
≤ 19	5.2	5.4	1.5
20-24	26.2	34.9	17.6
25-29	21.8	27.7	33.8
30-34	24.2	16.9	22.1
35-39	5.6	6.6	8.8
40 +	15.2	7.2	14.7
Cevap yok	1.9	1.2	1.5
X±ss	25.9±8.8	27.4±6.5	30.3
Ortanca	29	25.5	29
En düşük-En yüksek	16-57	16-45	17-48
Eğitim düzeyi			
Oku-yazar değil	1.6	--	--
Okur-yazar	10.3	4.8	7.4
İlkokul	23.0	11.4	25.0
Ortaokul	18.3	10.8	22.1
Lise/ üniversite	40.1	57.8	33.8
Halen okuyor	4.8	13.9	8.8
Cevap yok	2.0	1.2	2.9
Din			
Dini yok	6.0	15.7	2.9
Müslüman	74.2	81.3	91.2

	KSC (n=252)	ECE (n=166)	DUK (n=68)
Özellikler	%	%	%
Hristiyan	18.3	1.8	5.9
Yahudi	0.4	0.6	--
Cevap yok	1.2	0.6	--
Milliyet			
Türk	73.0	93.4	91.2
Diğer	25.8	6.6	8.8
Cevap yok	1.2	--	--

Araştırmadaki RDG'lerin arasında KSC'lerin %72.2'si ve ECE'lerin %79.5'i 20-34 yaş grubundadır. Dikkat çekici bir bulgu olarak, 19 altı yaş grubu DUK'larda yüksektir. Sağlığın korunması ve sağlıklı davranış kalıplarının gelişiminde eğitim ve yaşın önemli olduğu bilinmektedir. Eğitim düzeyi analiz edildiğinde, yüksekokul/üniversite eğitimi olan ECE'lerin sayısının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Halen öğrenci olan ECE ve DUK'ların sayısı KSC'lerden daha fazladır. Türkiye'deki eğitim düzeyi ortalaması analiz edildiğinde, çalışma gruplarının genç ve eğitilmiş olduğu görülmektedir.

Din ile ilgili soruya 'dini yok' diye cevap verenlerin sayısı ECE'ler arasında yüksektir. Bu grup arasında yaygın dinsel inanış İslam'dır. KSC grubundaki Hristiyanların sayısı (%18.3) diğer gruptakilerden fazladır.

KSC'lerin Ankara, İstanbul ve İzmir'e çalıştıkları 16 farklı şehirden geldikleri bulunmuştur. ECE'lerin %53'ü farklı şehirlerden gelmektedir. DUK'ların %89.7'sinin son 10 senedir aynı şehirde yaşadıkları görülmüştür. Bu, DUK'lar aynı şehirde yaşamaya devam edebilirken, KSC ve ECE'lerin aktif oldukları zaman yaşadıkları şehri değiştirdiklerini göstermektedir.

Evlilik, Aile:

Tablo-23: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (IDU) evlenmiş olup olmamalarına göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

	KSC (n=252)	ECE (n=166)	DUK (n=68)
Evlilik ve eşler	%	%	%
Medeni durumu			
Hiç evlenmemiş	33.3	94.0	60.3
Evli	65.9	5.4	36.8
Cevap yok	0.8	0.6	2.9

KSC'ler arasında evlilik oranı diğer gruplardan daha yüksektir. ECE'ler arasında evlilik oranının diğer yüksek risk davranışı gösteren gruplar ile karşılaştırıldığında düşük olması ilginçtir.

KSC'ler arasında ilk evlilik yaşının 10 ile 43 arasında değiştiği görülmüştür. Ancak, bu grup arasında 15-19 yaşları arasında evlenenlerin oranı %26.6 ve 20-24 yaşları arasında evlenenlerin oranı %18.3 olarak bulunmuştur.

Tablo-24: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (IDU) evlilik yada cinsel eş durumlarına göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

	KSC (n=252)	ECE (n=166)	DUK (n=68)
Evlilik yada cinsel eş durumu	%	%	%
Evli ve eşiyle yaşıyor	4.0	-	23.5
Evli ve başka bir cinsel eş ile yaşıyor	11.9	-	1.5
Evli ancak eş yada cinsel eş ile yaşamıyor	1.2	0.6	2.9
Evli değil ve cinsel eş ile yaşıyor	28.6	1.2	7.4
Evli değil ve bir cinsel eş ile yaşamıyor	19.0	4.2	5.9
Hiç evlenmedi/ Cevap yok	35.3	94.0	58.8

Evli olan KSC'lerin %11.9'unun kendi eşlerinden başka bir cinsel eşe sahip oldukları gözlenmiştir. Bu oran DUK'larda %1.5'e düşmektedir.

Evli olup kocadan başka cinsel eşe sahip olma özelliği neredeyse hepsi evli olmadığı için ECE'ler arasında bulunmamıştır. Evli olmayan KSC'lerin %28.6'sı bir cinsel eş ile yaşamaktadır. Tablo-24'e göre, KSC'lerin %44.5'i koca yada bir cinsel eş ile birlikte yaşamaktadır. KSC'lerin cinsel eşlerinin %17.9'unun başka bir cinsel eşe sahip olması KSC'ler aracılığıyla yaratılan cinsel ağ ve STI'ların yayılması hakkında ipuçları vermektedir. DUK'lar arasında kendi karısı/kocasından başka bir cinsel eş ile yaşayan 2 kişi (%2.9) bulunmuştur.

KSC'lerin %75'i sadece ticari seks etkinliklerinden para kazanmaktadır, %25'inin ticari seks etkinliklerinden başka işleri vardır.

Araştırmaya katılan ECE'lerin %35.5'i bir kadın ile cinsel ilişkileri olduğunu belirtmişlerdir. Bu ilişkilerin %16.9'unda kondom kullanmışlardır. CYBE'lerin bulaşması konusunda bu göz önüne alınmalıdır çünkü ECE'ler biseksüel bir hayat tarzına sahiptir ve kadınlar ile ilişkilerinden kondom kullanma oranları düşüktür.

Düzenli cinsel eşleri olan KSC'lerin %62.7'si ve DUK'ların %67.6'si cinsel ilişkiye girmeye zorlanmadıklarını belirtmişlerdir. ECE'lerden böyle bir bilgi alınamamıştır.

Erkek Kondomu:

Tablo-25: Çalışmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC) ve erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkeklerin (ECE) erkek kondomu bilgisi hakkında bazı özellikleri (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

	KSC (n=252)	ECE (n= 166)
Özellikler (n=252)	%	%
Erkek kondomu bilgisi		
Evet	98.4	95.8
Hayır	0.4	4.2
Cevap yok	1.2	--
----- Erkek kondomu edinilebilecek yerler*		

Hastane	12.3	5.4
Eczane	90.5	81.9
Dükkanlar	23.0	33.7
Klinikler	10.7	4.8
Sağlık / AÇSAP Merkezi	19.8	10.8
Barlar/konukları/oteller	14.7	7.2
Akran eğiticiler	3.6	10.8
Arkadaşlar	25.8	28.9
Diğerleri**	0.8	3.6

* Birden fazla cevap; herbir cevap için yüzdeler toplam sayıya göre hesaplanmıştır.

** Müzik dükkanı, müşteri.

KSC'ler arasında kondom bilgisi ECE'ler arasında olduğundan fazladır. KSC'ler ve ECE'ler arasında, eczaneler kondom edinmek için birincil yerlerdir. KSC'lerin %25.8'i kondomu arkadaşlarından temin ederken, bu oran ECE'ler için %10.8'dir. ECE'lerin kondomu eczanelerden sonra süper marketler ve müşterilerinden edindiği görülmüştür. Eczanelerin kondom edinmek için birinci sırada olması, eczanelerin yüksek-risk grubu için yapılan bütün etkinlik ve hizmet programlarına dahil edilmesi gerektiğini göstermektedir. Eczaneler daha az formalite ve çalışan olması ve kayıt gerektirmediği için tercih edilmektedir.

Tablo-26: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC) ve erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkeklerin (ECE) erkek kondomu kullanımı ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

	KSC (n=252)	ECE (n= 166)
Özellikler (n=252)	%	%
Geçmişte kondom kullanımı		
Her zaman	36.1	29.5
Neredeyse her zaman	15.1	7.2
Bazen	34.5	12.0
Hiçbir zaman	5.2	3.6
Hatırlamıyor	4.0	2.4
Cevap yok	4.8	44.0

KSC'ler içinde hiç kondom kullanmamış olanların oranı %5.2'dir. her zaman kondom kullananların oranı %36.1'dir. KSC'lerin %15.5'i 'neredeyse her zaman' ve %34.5'i 'bazen' kondom kullananlarının belirtmişlerdir. Bu KSC'lerin %55.2'sinin nadiren kondom kullandıkları yada hiçbir zaman kondom kullanmadıklarını göstermektedir.

ECE'lerde her zaman kondom kullananların oranı %29.5'tir. hiç kondom kullanmayanların oranı %2.4'tür. düzenli olarak kondom kullanmayan yada hiç kullanmamış Ece'lerin oranı %22.8'tir. Bu soruya cevap vermeyen KSC'lerin oranı %8.4 iken, ECE'lerde bu oran %44.6'dır. ECE'ler arasında cevap vermeme yüzdesinin fazla olması ECE'lerin kondom kullanma konusunda KSC'lerden daha az hassas olduklarını göstermektedir.

3 gruptan hiçbirinin güvenli cinsel ilişki hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. Ayrıca, kondom bir kontraseptif olarak görülmekte ve ECE'ler böyle bir risk sahibi olmadıkları için daha az kondom kullanmaktadırlar, bu kondomun CYBE'lere karşı korunma işlevine yeterince önem vermediklerini göstermektedir.

KSC'lerin % 50.4'ü kadın kondomu hakkında bilgi sahibidir, toplam 10 KSC kadın kondomu kullandıklarını belirtmiştir. 10 KSC'nin erkek kondomundan daha yeni olan kadın kondomunu kullanması iyi bir şey olarak düşünülmüştür. KSC'lerde kondom kullanımı müşterinin isteğine bağlıdır ve KSC'ler kondom kullanımına kendileri karar veremezler; bu sebeple, kadın kondomu konusunda farkındalık yaratmak ve kadın kondomunun bu grup için daha erişilebilir yapmak önemlidir.

Tablo-27: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanlarının ödeme yapan müşteriler ile davranışlarına göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Özellikler (n=252)	Sayı	Yüzde
Çalışılan son gündeki müşteri sayıları		
1	72	28.6
2	31	12.3
3	11	4.4
4, +	14	5.6
Hatırlamıyor	93	35.9
Cevap yok	31	12.3
X±SD= 2.77±6.62, Medyan:1, Min-Max: 1-69		
Son müşteri ile erkek/kadın kondomu kullanımı		
Evet	159	63.1
Hayır	73	29.0
Hatırlamıyor	4	1.6
Cevap yok	16	6.7

KSC'lerin %87.7'sinin çalıştıkları son günde en az 1 müşterileri olmuştur. Günlük ortalama cinsel ilişki sayısı 2.77±6.62, ve haftalık ortalama 5.46±10.12 (Medyan=3). 92 KSC çalıştıkları son günde kaç müşteri ile cinsel ilişkiye girdiklerini hatırlamamaktadırlar. Bu ilişkilerin %63.1'inde kondom kullanılmıştır. Soruya cevap vermeyenler, hatırlamayanlar ve birden fazla müşteri ile cinsel ilişkiye girenler kondom kullanım yüzdesi ile birlikte analiz edildiğinde, grup ciddi risk davranışı gösteren bir grup olmaktadır.

Tablo-28: Kondom kullanan ECE'lerin HIV/AIDS hakkında eğitim/danışmanlık programlarına katılımlarına göre dağılımları (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006-Şubat 2007)

Ticari eş ile anal cinsel ilişki sırasında kondom kullanımı	HIV/AIDS eğitim/danışmanlık programlarına katılım		Toplam (#)
	EVET %*	HAYIR %*	
Evet	76.7	23.3	60
Hayır	73,3	26.7	23

Ticari eş yok	50.6	49,4	73
Anal seks yok	50.0	50.0	2
Toplam(#)**	101	57	158

* Ham Yüzde
** 5 kişi cevaplamadı

Tablo 28’de görüldüğü üzere, ECE’lerin eğitim programlarına katılmış olmasının ticari eşler ile cinsel ilişkilerinde kondom kullanımı üzerinde büyük bir etkisi yoktur. Ancak, ticari olmayan eşler ile anal cinsel ilişki sırasında kondom kullanımı da oldukça düşüktür.

Tablo-29: Araştırmaya katılan ECE’lerin sayısı ve eş türüne göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006-Şubat 2007)

Cinsel etkinlik türü (n=166)	Sayı	Yüzde
Son 6 içerisinde aktif ve/veya pasif anal cinsel ilişkide bulundukları eş sayısı		
Bir erkek ile, aktif eş olarak	14	8.4
Birden fazla erkek ile, aktif eş olarak	12	7,2
Bir erkek ile, pasif eş olarak	10	6.0
Birden fazla erkek ile, pasif eş olarak	17	10.2
Bir erkek ile, hem aktif hem pasif olarak	14	8.4
Birden fazla erkek ile, hem aktif hem pasif olarak		
Hatırlamıyor	48	28.9
Son 6 ay içerisinde anal cinsel ilişki yok	36	21.7
Cevap yok	13	7.8
	2	1.2

Araştırmaya katılan ECE’lerin %44’ü ticari eşler ile cinsel ilişkiye girmiştir. ECE’lerin eşleri ve cinsel ilişki sırasında aktif ve pasif olmak ile ilgili ifadelerine dayanarak, %37.3’ünün bir yada birden fazla eş ile hem aktif hem de pasif cinsel ilişkiye girdiği bulunmuştur. ECE’lerin cinsel ilişki sırasında %16.2’si pasif eş ve %15.6’sı aktif eş olmuştur.

ECE’lerin %88.0’i son 6 ay içerisinde oral cinsel ilişkide bulunmuştur. Bu ilişkilerin %36.7’si ağza boşalma ile sonuçlanmıştır. Oral cinsel ilişkide HIV bulaşma riski anal cinsel ilişkiden düşük olsa da, HIV taşıyıcıları için bulaşma riski olduğu bilinmektedir.

ECE’lerin %2.4’ü kişisel olarak kondom kullanmaya karar vermiş, %1.2’si eşlerinin kararı üzerine kondom kullanmıştır. KSC’lerin %41.7’si kişisel olarak kondom kullanmaya karar vermiş, %4.8’si eşlerinin kararı üzerine kondom kullanmıştır. KSC’lerin %15.9’u eşleri ile ortak karar üzerine kondom kullanmaya karar vermişlerdir.

ECE’lerin kondom kullanmama sebepleri olarak, +4.2’si kondom bulunmadığını ve %4.8’i cinsel eşlerinin istemediğini belirtmişlerdir. Bir ECE kondom kullanımının gereksiz olduğunu belirtmiştir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için kondom kullanımının artırılması için, ‘kondom kullanma gerekliliği’ ve ‘eğer cinsel eş istemezse, ne yapılabileceği’ gibi konular farklı grupların eğitimlerine dahil edilmelidir.

Cinsel eşleri kondom kullanmak istemeyen KSÇ'lerin oranı ilk sebeptir(%13.5). Buna ek olarak, her iki grupta da kondomin pahalı olduğu belirtilmiştir, bu grupların kondoma erişim kolaylığı artırılmalıdır.

DUK'ların %55.9'u cinsel ilişkilerinde kondom kullanmamışlardır. DUK'ların %17.6 kişisel olarak kondom kullanmaya karar vermiş, %8.8'si cinsel eşleri ile aldıkları ortak karar üzerine kondom kullanmıştır. Kondom kullanmama sebebi olarak, %30.9'u cinsel eşlerinin istemediğini ve %20.6'sı kondom bulunmadığını belirtmişlerdir. DUK'ların cinsel etkinlik sırasında korunma yöntemleri konusunda iyi bilgilendirilmesinin CYBE/HIV bulaşmasına karşı hijyenik enjeksiyon malzemeleri kullanmak kadar önemli olduğu söylenebilir.

Bağımlılık yapan uyuşturucular ve DUK'lar arasında bunların kullanımı ile ilgili özellikler aşağıdaki gibidir:

Araştırmaya katılan DUK'ların %70.6'sı bağımlılık yaratan uyuşturucu madde tedavisi görmüşlerdir.

Enjekte edilebilirler dışında bağımlılık yaratan uyuşturucu kullanım oranları şu şekildedir: eroin (38.2%), kokain (38.2%) ve amfetamin (38.2%). %51.5 eroinin enjekte edilebilir formatta kullanmıştır. %47.1'si bağımlılık yaratan uyuşturucuyu her gün ve % 10.8'i haftada birden fazla kullandığını belirtmiştir.

Tablo-30: Araştırmaya katılan damar içi uyuşturucu kullanıcılarının **son bir ayda** kullandıkları iğneleri başkasıyla paylaşma sıklığına göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006–Şubat 2007)

İğne paylaşma sıklığı (n=68)	Sayı	Yüzde
Her zaman	2	2.9
Sık sık	3	4.4
Yarı yarıya	2	2.9
Bazen	22	32.4
Hiçbir zaman	19	27.9
Hatırlamıyor	9	13.2
Cevap yok	1	1.5
Son 1 ayda uyuşturucu kullanmadı	10	14.7
Toplam	68	100.0

Grubun %89.7'si yeni iğne bulamadıklarını belirtirken, sadece %27.9'unun iğne paylaşmadığı bulunmuştur. Araştırmaya katılan DUK'ların %42.6'sı çeşitli sıklıklarla iğne paylaştıklarını belirtmiştir. İğnelerini paylaşan kişilerin paylaştıkları kişilerin yüzdesi şu şekildedir: arkadaşlar ile (29.4 %), biriyle (11.8 %) ve cinsel eş ile (8.8 %). DUK'ların şırınga elde etmek için tercih ettikleri ilk yer eczaneler, ikincisi ise arkadaşlarıdır. Şırıngaları paylaştıkları yada yeniden kullandıklarında, temizleme yöntemleri oldukça zayıftır. En önemli bulgu kullandıkları şırıngaları gelişigüzel atmalarıdır.

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE):

Tablo-31: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSÇ), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (IDU) cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgilerine göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi	KSÇ (n=252) %	ECE (n=166) %	DUK (n=68) %
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi			
Evet	98.0	100.0	97.1
Hayır	0.8	--	2.9
Cevap yok	1.2		
Kadınlarda CYBE semptomları*			
Karın ağrısı	8.7	11.4	26.5
Vajinal akıntı	44.4	30.7	26.5
Kötü kokulu akıntı	81.3	38.0	52.9
Dizüri	34.1	41.6	29.4
Genital ülserler	34.1	31.3	23.5
Kasık bölgesinde şişlikler	21.4	16.9	17.6
Genital bölgede kaşıntılar	52.8	34.3	30.9
Kasıkta kaşıntı	0.4	1.8	--
Semptomları bilmiyor	7.5	44.0	32.4
CYBE'leri duymamış	0.8	--	1.5
Cevap yok	1.2	--	
Erkeklerde CYBE semptomları*			
Cinsel organda akıntı	74.6	77.7	64.7
Dizüri	31.3	66.9	58.8
Genital ülserler	37.7	43.4	39.7
Kasık bölgesinde şişlikler	16.7	30.7	25.0
Diğer**	2.4	2.4	1.5
Semptomları bilmiyor	17.5	14.5	29.4
CYBE'leri duymamış	0.8	--	1.5
Cevap yok	1.2	--	--

* Birden fazla cevap; Her bir cevap için yüzdelere toplam sayıya göre hesaplanmıştır .

** Cinsel ilişki sırasında ağrı, peniste şişgiller, iştah kaybı, hızlı kilo kaybı, kaşıntı, sırt ağrısı.

Bütün RDG'ler arasında CYBE bilgisi Tablo-31'de gösterilmiştir. En çok bilinen semptomlar kadında kötü kokulu vajinal akıntı ve erkekte genital akıntıdır.

Tablo-32: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSÇ), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (IDU) son 12 ayda vajinal akıntı yada genital ülser sorunları yaşayıp yaşamamalarına göre dağılımları (Ankara, İstanbul, İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Semptomlar	KSÇ (n=252) %	ECE (n=166) %	DUK (n=68) %
Cinsel organda akıntı	49.2	13.3	10.3

Genital ülserler	8.7	5.4	4.4
Anal akıntı	--	12.7	--
Anal ülser	--	5.4	--

KSC'lerin %49.2'si vajinal akıntı sorunu yaşamıştır. Genital akıntı ve anal akıntı ECE'lerde en çok görülen semptomlardır. DUK'larda en sık görülen semptom genital akıntıdır.

ECE'lerde anal akıntı ve cinsel aktivite türü karşılaştırıldığında, ECE'lerdeki anal akıntı oranının pasif anal ilişki yaşayanlarda %31.1 olduğu bulunmuştur. Bu oran birden fazla cinsel eş ile hem aktif hem de pasif anal seks yaşayan ECE'lerde %17'e düşmektedir. Aktif anal cinsel ilişkiye giren ECE'lerin %7'sinde anal akıntı görülmektedir.

Tablo-33: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (IDU) en son genital ülser yada vajinal akıntı sorunu yaşadıklarında ne yaptıklarına göre dağılımı (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006-Şubat 2007)

En son genital ülser yada vajinal akıntı sorunu yaşadıklarında ne yaptıkları *	KSC (n=252) %	ECE (n=166) %	DUK (n=68) %
Genital ülser yada vajinal akıntı yok	46.0	75.9	68.7
Bir kamu sağlık kuruluşuna başvuru	18.3	7.2	9.0
Şirkete üye bir klinik/ hastaneye başvuru	-	0.6	1.5
Özel klinik/hastaneye başvuru	14.3	6.0	7.5
Eczaneye başvuru	7.9	5.0	1.5
Evde bulunan ilaçları kullanma	8.7	4.2	4.5
Cinsel eş ile problem hakkında konuşma	2.0	1.8	4.5
Semptomlar devam ettikçe cinsel ilişkiden kaçınma	2.8	4.2	6.0
Semptomlar devam ettikçe cinsel ilişkide kondom kullanma	3.6	1.8	4.5
Başvuru yok	12.3	--	--
Cevap yok	4.4	--	--
Genital ülser yada vajinal akıntı sorunu yaşadıklarında bir klinik yada hastaneye başvurma süresi			
Genital ülser yada vajinal akıntı yok	46.0	75.9	68.7
Semptomlar mevcut, ancak sağlık kuruluşuna başvuru yok	16.7	6.6	10.3
Semptomların görülmesinden sonraki ilk hafta içinde.	21.8	6.0	
1-4 hafta arası	6.3	5.4	5.9
4 hafta (1 ay) yada fazla	1.2	--	13.2
Hatırlamıyor	2.6	3.6	1.5
Cevap yok	6.0	2.4	1.5
Reçetelenmiş ilaçların alınması			
Genital ülser yada vajinal akıntı yok	46.0	75.9	68.7
Semptomlar mevcut, ancak sağlık kuruluşuna başvuru yok	16.3	7.2	10.3

Sağlık kuruluşuna başvuru var, ancak reçete alınmamış	2.8	13.3	4.4
Reçetelenmiş bütün ilaçlar kullanılmış	27.4	10.8	10.0
Reçetelenmiş ilaçların bir kısmı kullanılmış	1.6	1.8	1.5
Cevap yok	5.2	3.0	1.5
Reçetelenmiş ilaçların kullanımı			
Semptomlar mevcut, ancak sağlık kuruluşuna başvuru yok	16.3	7.8	2.9
Reçetelenmiş bütün ilaçlar kullanılmış	20.6	10.8	2.9
Reçetelenmiş ilaçların bir kısmı kullanılmış	9.1	1.2	1.5
Cevap yok	5.6	5.4	1.5

* Birden fazla cevap; Herbir cevap için yüzdeler toplam sayıya göre hesaplanmıştır

Sağlık kurumları ve eczaneler KSC, ECE ve DUK'ların en çok başvurduğu yerlerdir. Kamu sağlık kurumları ve özel sağlık kurumlarına başvuru yüzdeleri benzerdir. Cinsel eş ile hastalık hakkında konuşan kişilerin yüzdesi % 4.2 ve %8.7'dir. semptomları gören ancak sağlık uzmanlarına başvurmayanların yüzdesi KSC'lerde % 16.7, Ece'lerde %6.6 ve DUK'larda %10.3'tür. Reçetelenmiş bütün ilaçları alabilenler tedaviyi tamamıyla takip ettiklerini belirtmişlerdir. Reçetelenmiş ilaçları neden alamadıkları sorulduğunda satın almaya güçlerinin yetmediğini yada ilacın yan etkileri sebebiyle alamadıklarını belirtmişlerdir. Ancak, ECE'lerde yüzde %0.6 ve %3 ve KSC'lerde %0.8 ve %4.4'tür.

HIV/AIDS ile ilgili Bilgi, Düşünce ve Tutumlar:

Tablo-34: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (IDU) HIV/AIDS konusundaki bilgilerine göre dağılımı (Ankara, İstanbul, İzmir, Kasım 2006- Şubat 2007)

HIV/AIDS Bilgisi	KSC (n=252) %	ECE (n=166) %	DUK (n=68) %
HIV Bilgisi			
Evet	54.8	89.2	64.7
Hayır	44.8	9.0	34.3
Cevap yok	0.4	1.8	--
AIDS Bilgisi			
Evet	97.6	97.6	92.6
Hayır	1.2	1.2	7.4
Cevap yok	1.2	1.2	--
HIV/AIDS'ten ölen birini tanıma:			
Evet			
Hayır	36.9	56.0	19.1
Hatırlamıyor	58.7	38.0	70.6
Cevap yok	3.6	4.8	10.3
	0.8	1.2	--
HIV/AIDS'ten ölen yakın/arkadaş bilgisi:			
Yakın/akrabalar	1.2	1.8	1.5
Arkadaş	11.1	25.9	10.3
Her ikisi	0.8	0.6	--

HIV/AIDS Bilgisi	KSÇ (n=252) %	ECE (n=166) %	DUK (n=68) %
Hiç	86.5	70.5	88.2
Cevap yok	0.4	1.2	--
İlişki sırasında kondom kullanımı			
HIV'i önler :			
Evet	64.7		55.2
Hayır	8.7	76.5	6.0
Bilmiyor	25.8	16.3	38.8
Bu hastalığı duymamış	0.4	5.4	--
Cevap yok	0.8	1.8	--
Tek, sadık ve hastalık bulaşmamış eş sizi HIV'den korur:			
Evet	50.4	59.6	32.4
Hayır	15.9	27.7	17.6
Bilmiyor	32.1	12.0	50.0
Cevap yok	1.6	0.6	--
Perhiz HIV'den korur:			
Evet	21.0	29.5	11.8
Hayır	34.9	52.4	36.8
Bilmiyor	41.7	16.3	51.5
Cevap yok	2.4	1.8	--
Anal seksten kaçınmanın HIV'den korunması:			
Bu soru sorulmadı			Bu soru sorulmadı
Mümkün		18.7	
Mümkün değil		71.1	
Bilmiyor		9.6	
Cevap yok		0.6	
Başkası tarafından kullanılan enjeksiyon ekipmanı kullanmak HIV bulaşmasına sebep olabilir:			
Evet	82.9	91.6	76.5
Hayır	3.6	3.6	2.9
Bilmiyor	12.3	4.2	20.6
Cevap yok	1.2	0.6	--
Sağlıklı görünen biri HIV-enfekte olabilir:			
Evet	56.7	Bu soru sorulmadı	Bu soru sorulmadı
Hayır	5.2		
Bilmiyor	37.3		
Cevap yok	0.8		
İsimsiz HIV/AIDS testi yaptırmak mümkün müdür?			
Evet	42.1	74.1	25.0
Hayır	18.3	9.6	8.8

HIV/AIDS Bilgisi	KŞÇ (n=252) %	ECE (n=166) %	DUK (n=68) %
Bilmiyor	37.3	15.1	66.2
Cevap yok	2.4	1.2	--

AIDS'i duyanların sayısı HIV'i duyanların sayısından fazladır. AIDS risk grupları arasında iyi bilinmektedir. ECE'lerde AIDS ile HIV arasındaki fark azdır. ECE'lere erişimin bu konudaki eğitimler aracılığıyla daha kolay olacağı düşünülebilir. Gelecekte yapılacak eğitim programlarında AIDS ile HIV arasındaki farkları açıklayan eğitim yöntemleri bulunmalıdır. HIV/AIDS'in ölümcül bir hastalık olduğu bilgisinin düşük olduğu bulunmuştur. Bunun sebebi HIV/AIDS'ten ölen akraba sayısının düşük olması olabilir. Bir yakın/akrabasının AIDS'ten kaybettiğini belirten ECE'lerin yüzdesi genel nüfustakinden daha yüksektir. Özellikle ECE grubunda, 4 kişiden biri bir arkadaşını AIDS'ten kaybetmiştir.

ECE'ler arasında en önemli yayılma yolu anal sekstir, ECE'lerin %18.7'si anal seksten kaçınma ile HIV'den korunmanın mümkün olabileceğini belirtmiştir. Bunun olası sebepleri araştırmaya katılanların başka bulaşma yolları olduğunu ve anal kondom kullanmanın anal sekste etkili olduğunu düşünebilmesidir.

KŞÇ ve ECE'lerin bağımlılık yaratan uyuşturucunun enjeksiyonu ile bulaşma konusunda daha hassas olmalıdır ilginçtir ve bu soruda DUK'ların yüzdeleri %76.6'dır. DUK'lar tarafından kullanılan yöntemlerin güvenilirliği yüksek olsa da olmasa da başka bir araştırma konusu olabilir.

HIV'in bulaşmasını bilen ECE'lerin sayısı diğer gruplardan fazladır. ECE'lerin yüksek eğitim düzeyini bilgi düzeyini pozitif etkilediği iddia edilebilir.

Sağlık Programlarına Katılım:

Tablo 35: Çalışmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KŞÇ), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) ve damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (DUK) HIV/AIDS ile ilgili eğitim ve danışmanlık programlarına katılımları ve eğitim yerlerine göre sağılımı (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

HIV/AIDS ile ilgili eğitim. Eğitim yeri	KŞÇ (n=252) %	ECE (n=166) %	DUK (n=68) %
HIV/AIDS ile ilgili eğitim yada danışmanlık			
Evet	47.2	63.9	26.5
Hayır	51.2	35.5	72.1
Hatırlamıyor	0.4	--	1.5
Cevap yok	1.6	1.8	--
HIV/AIDS ile ilgili eğitim yeri*			
Hastane	28.2	12.0	7.4
Sağlık Ocağı	5.2	3.0	--
AÇSAP Merkezi	2.4	1.2	--
Özel klinik	5.2	6.6	--

Arkadaş	9.1	21.7	4.4
TV	24.2	15.1	11.8
Gazete/dergi	21.8	15.1	8.8
STK	--	9.6	
Diğer	4.8**	16.3	5,9
Hatırlamıyor	0.4	1.2	5.9
Danışmanlık yada eğitim yok	51.2	35.5	72,0
Cevap yok	1.2	0.6	--

* Birden fazla cevap; her bir cevap için yüzdeler toplam sayıya göre dir.

** Kadın Kapısı (Womens Portal), doktor arkadaş, akran eğitimi, cinsel sağlık danışmanlığı (okul,sağlık ocağı),il sağlık müdürlüğü, sivil toplum örgütleri (dernekler), posterler, okul.

HIV ile ilgili eğitim programlarına katılım en yüksek ECE'lerdedir. Eğitim ve bilgi konusunda kamu sağlık kuruluşlarının payının düşük olması ilginçtir. Gazete, dergi ve STK'ların payı bilgi açısından en yüksektir. Araştırma sırasında gözlenen önemli bulgulardan biri, bilgi için STK'ların hazırladığı yayınların HIV ile ilgili eğitim ve bilgi konusunda önemli katkılar sağladığıdır. Bu bulgular bu konunun kamu hizmet teminine daha fazla entegre edilmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca, bu medyaya daha doğru ve tam bilgi sağlanmasında yardım etmenin önemini göstermektedir.

Damgalama ve Ayrımcılık:

HIV enfekte bir insana evlerinde bakıp bakamayacakları sorulmuştur. KSC'lerin %5.4'ü, ECE'lerin %21'i ve DUK'ların %8.8'i bakamayacaklarını belirtmişlerdir. Eğer HIV enfekte kişi bir aile üyesi yada yakın bir akraba ise bu oranlar %50-60'a çıkmaktadır.

Test sonuçları:

Tablo 36: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (DUK) HIV. Hepatit B. Sifiliz. Gonore ve Klamidya test sonuçlarına göre dağılımı(%) (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

TEST	Pozitif Test Sonuçları		
	KSC (n=252)	ECE (n=166)	DUK (n=68)
HIV (Eliza I +Eliza I + Western Blott)	0.8	1.8	--
Hepatit B	2.4	3.6	2.9
Sifiliz	7.5	10.8	1.5
Gonore	2.8	3.0	1.5
Klamidya	1.2	1.8	2.9

Test sonuçları analiz edildiğinde, Sifiliz'in ECE'ler arasında KSC'ler arasında olduğundan daha yaygın olduğu bulunmuştur. Başka önemli bir nokta KSC ve ECE grupları arasında herbir faktör için farklı oranlar elde edilmiştir. Diğer taraftan, kan ile bulaşan Hepatit B IDU'lar arasında bulunmuş ancak Sifiliz bulunmamıştır.

Tablo 37: Araştırmaya katılan kayıtsız seks çalışanları (KSC), erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkekler (ECE) damar içi uyuşturucu kullanıcılarının (IDU) HIV/Hepatit B/Sifiliz için (+) test sonucu almasına göre dağılımı(%) (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

HIV/HepatitB/ Sifiliz	Pozitif Test Sonuçları		
	KSC No (%)*	ECE No (%)*	DUK No (%)*
Evet	21 (8.5)	23 (14.0)	4 (4.5)
Hayır	200 (81.0)	130 (79.3)	58 (86.6)
Bilinmeyen	26 (10.5)	11 (6.7)	6 (9.0)
Toplam	247	164	68

*: Kolon Yüzdesi

λ^2 : 4.35 $p>0.05$

KSC, ECE ve DUK grupları arasında herhangi bir istatistiki önem bulamadık. Herhangi bir test sonucunun (HIV/Hepatit B/Sifiliz)sero-pozitiflik yüzdesi gruplarda benzerdir.

Aşağıda, RDG'lerin pozitif test sonuçları (HIV/Hepatit B/Sifiliz) yaş ve eğitim düzeyine göre verilmiştir.

Tablo 38: Araştırmaya katılan HIV/Hepatit B/Sifiliz test sonuçlarından herhangi biri (+) olan kayıtsız seks çalışanlarının (KSC) eğitim düzeyi. (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Eğitim Düzeyi	Pozitif Test Sonuçları			TOPLAM
	Evet No (%)*	Hayır No (%)*	Bilinmeyen No (%)*	
Okur-yazar	0 (0.0)	4 (100.0)	--	4
Okur-yazar	6 (23.1)	19 (73.1)	1 (3.8)	26
İlkokul	3 (5.2)	47 (81.0)	8 (13.8)	58
Ortaokul	4 (8.7)	37 (80.4)	5 (10.9)	46
Lise	7 (9.3)	59 (78.7)	9 (12.0)	75
Üniversite	--	23 (88.5)	3 (11.5)	26
Halen okuyor	1 (8.3)	10 (83.4)	1 (8.3)	12
Toplam	21	199	27	247

*: Satır yüzdesi

λ^2 : 9.72 $p>0.05$

Tablo39: Araştırmaya katılan HIV/Hepatit B/Sifiliz test sonuçlarından herhangi biri (+) olan kayıtsız seks çalışanlarının (KSC) yaşı (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Yaş grubu**	Pozitif Test Sonuçları			TOPLAM
	Evet No (%)*	Hayır No (%)*	Bilinmeyen No (%)*	
< 19	--	12 (92.3)	1 (7.7)	13
20-24	6 (9.1)	57 (86.3)	3 (4.6)	66
25-29	4 (7.3)	41 (74.5)	10 (18.1)	55
30-34	6 (9.8)	44 (72.1)	11 (18.1)	61
35-39	--	13 (92.9)	1 (7.1)	14

>40	--	14 (100.0)	--	14
Toplam	16	181	27	247

*: Satır yüzdesi
 **: 2 kişi yaşını yazmadı
 λ^2 : 4.66 $p>0.05$

Tablo 40: Araştırmaya katılan HIV/Hepatit B/Sifiliz test sonuçlarından herhangi biri (+) olan erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkeklerin eğitim düzeyi (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Eğitim Düzeyi	Pozitif Test Sonuçları			TOPLAM
	Evet No (%)*	No No (%)*	Bilinmeyen No (%)*	
Okur-yazar	4 (50.0)	4(50.0)	--	8
İlkokul	10 (52.6)	9 (47.4)	--	19
Ortaokul	2 (11.1)	15 (82.3)	1 (6.6)	18
Lise	3 (5.7)	46 (86.8)	4 (7.5)	53
Üniversite	3 (7.0)	34 (79.0)	6 (14.0)	43
Halen okuyor	2 (8.7)	21 (91.3)	--	23
Toplam	24	129	11	164

*: Satır yüzdesi
 λ^2 : 32,77 $p= 0,000004$

Tablo 41: Araştırmaya katılan HIV/Hepatit B/Sifiliz test sonuçlarından herhangi biri (+) olan erkekler ile cinsel ilişkiye giren erkeklerin yaşı (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Yaş grubu**	Pozitif Test Sonuçları			TOPLAM
	Evet No (%)*	Hayır No (%)*	Bilinmeyen No (%)*	
< 19	--	9 (100.0)	--	9
20-24	6 (10.3)	48 (82.8)	4 (6.9)	58
25-29	7 (15.2)	36 (78.3)	3 (6.5)	46
30-34	5 (17.9)	21 (75.0)	2 (7.1)	28
35-39	2 (18.2)	9 (81.8)	--	11
>40	3 (25.0)	7 (58.3)	2 (16.7)	12
Toplam	23	130	11	164

*: Satır yüzdesi
 **: 24 kişi yaşını yazmadı
 λ^2 : 4.49 $p>0,05$

Tablo 42: Araştırmaya katılıp HIV/Hepatit B/Sifiliz için pozitif (+) test sonucu alan damar içi madde kullanıcılarının eğitim düzeyi (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Eğitim Düzeyi	Pozitif test sonuçları			TOPLAM
	Evet No (%)*	Hayır No (%)*	Bilinmeyen No (%)*	
Okur-yazar	1 (20.0)	4 (80.0)	--	5

İlkokul	2 (11.8)	14 (82.3)	1 (5,9)	17
Ortaokul	1 (6.7)	12 (80.0)	2 (13.3)	15
Lise	--	20 (87.0)	3 (13.0)	23
Üniversite	--	6 (100.0)	--	6
Halen okuyor	--	2 (100.0)	--	2
Toplam		58	6	68

*: Satır yüzdesi

λ^2 : 5,07 p:0,28

Tablo 43: Araştırmaya katılıp HIV/Hepatit B/Sifiliz için pozitif (+) test sonucu alan damar içi madde kullanıcılarının yaşı (Ankara. İstanbul. İzmir; Kasım 2006- Şubat 2007)

Yaş grubu**	Pozitif test sonuçları			TOPLAM
	Evet No (%)*	Hayır No (%)*	Bilinmeyen No (%)*	
20-24	1 (7.7)	12 (82.3)	--	13
25-29	--	21(91.3)	2 (8.7)	23
30-34	2 (13.3)	11(73.4)	2(13.3)	15
35-39	--	5 (83.3)	1 (16.7)	6
>40	--	9 (90.0)	1 (10.0)	10
Toplam	3	58	6	67

*: Satır yüzdesi

** : 1 kişi yaşını yazmadı

λ^2 : 5,07 p>0,05

Sonuç:

Araştırma kapsamındaki gruplar arasında, HIV pozitivitesi %0.8-1.5 olarak bulunmuştur. Bu sonuç risk davranışı gösteren gruplar arasındaki dağılımı yansıtmamaktadır. Bunun en önemli sebebi RDG’lerin araştırmaya gönüllü olarak ve akran yönlendiricilerin yardımıyla katılmış olmasıdır.

KSC’lerin cinsel hayatlarında üç grup bulunmaktadır: evli oldukları eşleri, cinsel eşleri ve müşteriler. Cinsel hayatlarında alınan düşük önlemlere ve müşteri sayılarına ek olarak, KSC’lerin kısa bir sürede 3 farklı grup ile iletişimi CYBE’lerin yayılımında etkili olabilecekleri gerçeğine sebep olmaktadır. Benzer bir şekilde, ECE grubu tarafından alınan koruyucu önlemler yüksek değildir ve bu grup hastalıktan etkilenebilir ve yayabilir.

DUK’ların cinsel aktiviteleri diğer araştırma gruplarından daha düşük görünse de damar içi madde kullanımında CYBE’lerin yayılmasını kolaylaştıran uygulamalar CYBE’lere ek olarak kan yolu ile bulaşan hastalıkların(Hepatit C) yayılmasında rol oynayabilir.

SYI/HIV bulaşma yolları ve korunma konusunda bilgi düzeyleri düşüktür. Araştırma grubunun (KSC, ECE, DUK) eğitim düzeyi Türkiye ortalamasından yüksektir. Ancak, risk davranışı gösteren grupların yakından ilişkili oldukları konular hakkında düşük düzeyde bilgi sahibi oldukları düşünülmektedir. Ayrıca, bilgi kaynağı olarak “okul” ve “kamusal sağlık hizmetleri kurumları”nın kullanılmaması yetersiz bilgi için başka bir faktör olabilir.

Hizmet temini(kondom, ilaç, enjektör, vb.) için eczanelerin birinci sırada olması gelecekte bu konuda yapılacak çalışmalarda detaylı çalışılması gerektiğini göstermektedir. Eczanelerin kullanımı kayıt sistemi ve hastaların bekletilmesi gibi formaliteleri olmaması gibi sebeplere bağlı olarak artmış olabilir, eczaneler çeşitli ve farklı ürünler sunabilirler, çalışan sayısının sınırlı

olmasından dolayı rahattırlar, kayıt sistemleri yoktur, sayıları fazladır ve kolay erişilebilirler ve ilişkileri ticari olduğu için damgalama oranları düşüktür. Bu sebeple eczanelerin sağlık hizmetleri teminine “ hizmet sağlayıcı” olarak entegrasyonları düşünülebilir. Diğer taraftan, bunun yapılmasından önce, eczanelerin tercih edilme nedenleri daha ayrıntılı bir çalışma ile belirlenmelidir. Ayrıca, eczanelerin her tür eğitim çalışmasına katılımı ihtiyacı olan birçok grup için yararlı olacaktır.

Basılı ve görsel medyanın bilgi kaynağı olarak bulunması bunların daha iyi kullanılması gerektiğini göstermektedir. Özellikle televizyon ve radyo için ilgili konuda aydınlatıcı ve bilgilendirici programların hazırlanması, yaygın ve kolay ulaşılabilir olmaları sebebiyle yararlı olacaktır. Bu tür bir bilginin bilimsel sağlık programları yerine kolay hatırlanabilir vakalar ile en popüler ve kabul edilmiş kadın programları, TV dizileri, TV filmleri ile birleştirilmesinin daha yararlı olabileceği düşünülmüştür. STK’ların basılı malzemeler konusundaki üreticilikleri desteklenmelidir. Bu alandaki STK’lar dergiler ve yayın organları ile işbirliği içinde proje geliştirilmeleri konusunda desteklenmelidir.

Güvenli cinsel ilişki ile ilgili algı ve davranışın düşük olduğu görülmüştür. Korunma konusunda az bilgi sahibi olmak yüksek riskli cinsel davranış gösteren grupları “daha yüksek riskli davranış gösteren bir grup” yapmaktadır. Güvenli olmayan cinsel ilişki anlayışları farklı cinsel birleşme şekilleri –oral+anal)- ile değişmektedir. Kondom genel olarak hamilelikten korunma yöntemi olarak görüldüğü için, hamilelik riski olmayan durumlarda kullanımı düşebilmektedir. Bu sebeple, güvenli cinsel ilişkinin hamilelikten korunmanın yanında cinsel yolla bulaşan hastalıklardan da korunmayı gerektirdiği hatırlatılmalıdır. Şu anki cinsel yolla bulaşan hastalıkları tek önleme yolu olarak kondom daha iyi görünürlük ve desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bu kapsamda, bütün kadın gruplarına kadın kondomunun yeni bir araç olarak tanıtılması ve erişilebilirliğinin artırılması etkili bir yöntem olabilir. Kontraseptif kullanımı erkeğin kararına bağlıyken, kadın kondomu bu durumu değiştirebilir. Kondom hakkında birçok rivayet olduğu bilinmektedir: “ cinsel zevki azaltır, ilişkiyi böler, cinsel gücü etkiler, pahalıdır, erişimi zordur”. Bu sebeple, kondomun reddine sebep olan bütün faktörlerin iyi anlaşılması ve karşı teşviklerin yapılması düşünülmelidir. Kamu hizmet kurumlarında sağlanan kondomlar genel olarak bir türdür ve bu etkileyebilir. Diğer taraftan, kondom kullanımının diğer faydaları güvenli cinsel ilişki konusundaki anlayış ve davranışların artırılması için toplumda bireyler arasında belirtilmeli ve kondom kullanmadan cinsel ilişkiye girilmesinin önlenmesi için bireylerin farkındalıklarını arttırmak için bazı eğitim programları hazırlanmalıdır.

HIV/AIDS bulaşma yolları ve önleme konusunda daha fazla bilginin sağlanması gerektiği ve hastalık hakkında damgalama eğilimlerinden sakınılmasına yardımcı olmak için bazı çalışmaların yapılması gerektiği açıktır. HIV enfekte bir kişiye aile bireyleri tarafından bakılabileceğinin kısmen mümkün olmasının belirtilmesi bulaşma yolları konusunda çok az bilgi sahibi olunması yüzündendir. Diğer taraftan, aile bireyinin enfekte olması durumunda bunu gizli tutmak istemektedirler. Bütün bunlar, hasta ve akrabalarının dışlanmaya maruz kaldığını göstermektedir.

9 SAĞLIK BAKANLIĞINA ÖNERİLER

Sağlık Bakanlığı’nın surveyans aktivitelerine başlayabilmesini sağlamak için, hizmet araştırması temelinde aşağıdaki öneriler oluşturulmuştur.

9.1 Genel durum

- HIV için test önerileri

Bütün biyolojik Sürveyans etkinlikleri bireylerin farklı koşullarda test edilmesine dayanmaktadır. Bu sebeple, HIV testi koşullarının ve uygulamasının acilen gözden geçirilmesi gerekmektedir. Testin teşvik edilmesi, aynı zamanda Sürveyans etkinliklerine katılımın artırılması için açık önerilere ihtiyaç vardır. Bu, testlerin insan haklarına uygunluğu sağlayacak aydınlatılmış onam (gönüllülüğü içeren) ve gizlilik ile yapılması için önemli bir sebeptir.

Yeni taslak “Ulusal HIV/AIDS Programı için Çerçeve” (Mart 2007)de halk sağlığı ile ilgili mevzuatın geliştirilmesi taahhüdünde bulunulmuştur. Birey hakları ve özgürlükleri ve toplumsal cinsiyet rollerinin negatif etkilerini hesaba katacaktır.

Testin önemli açılarından biri evlilik öncesi, doğum öncesi, ameliyat öncesi kan kontrollerinde gönüllülük, etik ilkelerin belirlenmesi, isimsiz testin yasal ve teknik şartları.

Taslak “çerçeve”de test öncesi ve sonrası danışmanlık hizmetlerinin test hizmetleri veren kurum ve laboratuarlara genişletileceği taahhüdünde bulunulmuştur.

HIV için sera-yaygınlık verisi toplamak için, isimsiz bir yaklaşım kullanılabilir. Bu tür bir sera-sürveyansta başka amaçlar ile alınan kan örneklerinin bir kısmı HIV-sürveyansı için bir defada benzer hastalıklar için isimsiz olarak test edilir. Bazı biyometrik ve sosyal veriler alınan örnekler ile ilişkilendirilebilir. Ancak, burada hastanın kimliğine erişim sağlanmamalıdır. Yaklaşım hastanın gizliliğini garanti eder ve basit bir yaklaşımla yaygınlık oranlarının belirlenmesi için veri kaynağı olarak kullanılabilir. Bu yaklaşım altında, bazı ülkelerde test için onam gerekli görülmemektedir.

- Benzer hastalıklar için bir defada sürveyans

Araştırma deneyimleri ve WHO’nun sürveyans alanındaki önerilerine dayanarak ve ayrıca laboratuvar konuları dış değerlendiricisinin önerilerini göz önünde bulundurarak, Sağlık Bakanlığı’na sürveyansta belirli hastalıklar üzerinde yoğunlaşması, ya da birbirinden çok farklı olmayan bir grup hastalık üzerinde yoğunlaşması önerilmiştir.

HIV ve birçok CYBE’nin sosyal ve tıbbi koşulları çok farklı olduğundan, tek bir çalışmada HIV ve CYBE sürveyansı önerilmemektedir.

Sıklıkla tıbbi olarak öldürücü olan HIV enfeksiyonunun sosyal ve tıbbi sonuçları çoğunlukla tedavi edilebilen CYBE’lerin sonuçlarından çok daha ciddidir. Sürveyans için hazırlanan kılavuzlar bu sebeple saha çok HIV’in en zor şartlarına odaklanmıştır.

- İkinci Jenerasyon HIV Sürveyansı

Türkiye hâlâ HIV yönünden düşük prevalanslı bir ülke olarak kabul edilmektedir ve bu nedenle genel nüfusta İkinci Generasyon Sürveyansa ihtiyaç duyulmamaktadır.

Türkiye’de bu tür bir sürveyans yüksek risk davranışı gösteren gruplarda HIV yayılımı için risk faktörlerinin boyutları hakkında erken göstergeler elde etmek için düşünülebilir.

- Risk Davranışı Gösteren Gruplar (RDG)

Çalışma HIV bulaşması konusunda en yüksek risk taşıyan 3 grup (DUK, ECE, KSC) ile çalışmıştır. Ancak bu grupların HIV enfeksiyonlarına karşı tek hassas gruplar ve bu sebeple Türk toplumuna salgının potansiyel giriş noktaları olarak düşünülmemelidir.

Bu nedenle, bir Uzman Grubu Türkiye'deki durumu analiz etmeli ve HIV enfeksiyonu için bütün yüksek risk gruplarını belirlemelidir. Uzmanlar her bir risk grubundaki üye sayısı ile birlikte bunların ülkedeki dağılımı ve bu kişilere erişim yollarını tahminen değerlendirmelidir.

Bu bilgiye dayanarak, risk davranışı gösteren gruplar için güvenilir sentinel süveyans çalışmaları planlanmalıdır.

9.2 Pasif süveyans için kalite kontrolünün başlatılması

Hastalıklar ile ilgili veriler yıllardır toplanmakta ve Sağlık Bakanlığı'na bildirilmektedir. Türkiye sağlık sisteminde 2005'ten beri, belirli hastalıklar hakkında veri toplamak için geliştirilmiş olan yeni bir sistem ve bunların bildiriminin iyi tanımlanmış koşullarda yapılması süreci başlatılmıştır.

Ne yazık ki, bu sistemin farklı düzeylerindeki kalite kontrolü hakkında bilgi bulunmamaktadır. Kalite kontrolü, bildirim sisteminin güvenilirliği aracılığıyla hastalığın teşhisinden veri girişi ve işlenmesine kadar olan tüm aşamalarındaki kalite hakkında bilgi içermelidir.

Süveyans sistemi geliştirilmesi için ilk adım olarak, iyi geliştirilmiş sistemin uygulanması tamamlanmalı ve veri güvenilirliğinin bilinebilmesi için kalite kontrolünün başlatılmalıdır.

Verinin sağlık kuruluşları ve doktorlar tarafından pasif bildirimine ek olarak, kan bağışçıları, evlilik öncesi çiftler, DÖB kuruluşlarındaki kadınlar, ameliyat öncesi testler, yurtdışında çalışan Türk vatandaşlarından geri dönenler, acemi erler, polis tarafından göz altına alınan KSC'ler ve kayıtlı ticari seks çalışanları hakkında veri bulunmaktadır.

Bu verilerin toplanması ve analizi hakkında çok az bilgi bulunmaktadır. Veri analizinin merkezi düzeyde düzenli olarak yapılmadığı ve bu sebeple sentinel gruplar ile ilgili kesin veri bulunmadığı görülmektedir. Bu analizler süveyans ile ilgilenen birim tarafından yapılmalıdır.

9.3 Aktif süveyans koşullarının hazırlanması

Eğer gözlemci (sentinel) süveyans Sağlık Bakanlığı içinde standart bir yaklaşım olarak başlatılmalıysa, iki ana bileşen olan altyapı geliştirme ve yöntem geliştirme hazırlanmalıdır.

9.3.1 Aktif gözlemci (sentinel) süveyans için altyapının hazırlanması

Süveyans 'Halk Sağlığı İşlevi'nin bir parçası olduğu için etkinliklerinin uygulanabileceği bir yapıya ihtiyacı vardır.

Önerilen model pasif bildirim yapanlara benzer bir işlevsel altyapı elde etmek için gerekli temel unsurları belirtmektedir.

Sağlık Bakanlığı

Sürveyansın merkezinde Sağlık Bakanlığı'nı buluyoruz. Burada, sürveyansın bütün açıları ile ilgilenecek bir yapı gereklidir. Bu yapının sürveyans ile toplanan verinin planlama sürecinde kullanılabilmesi için farklı hastalıklar ile ilgilenen birimlere ve planlama bölümüne erişime ihtiyacı vardır. Sürveyansın konusuna göre diğer Bakanlıklarla(Tarım, Eğitim, diğerleri) da bağlantısı olmalıdır.

Danışma kurumları

Sürveyans altyapısı için bir öneri hazırlamak amacıyla, bir Yönetim komitesi önerilmektedir. Bu komitede aşağıda belirtilen uzmanlıklar gereklidir:

- Personel ile birlikte bütün düzeylerde sağlık altyapısının bilgisi
- Sağlık sektörü yönetimi bilgisi
- Epidemiyoloji bilgisi
- Demografi bilgisi

Bilimsel Danışma Komitesi'nin ikinci bir işlevi sürveyans için ihtiyaçların belirlenmesi olabilir. Sürveyans altında olması gereken hastalıkları ve risk faktörlerini seçmek ve toplanan verilere dayanarak sonuçları belirlemelidir.

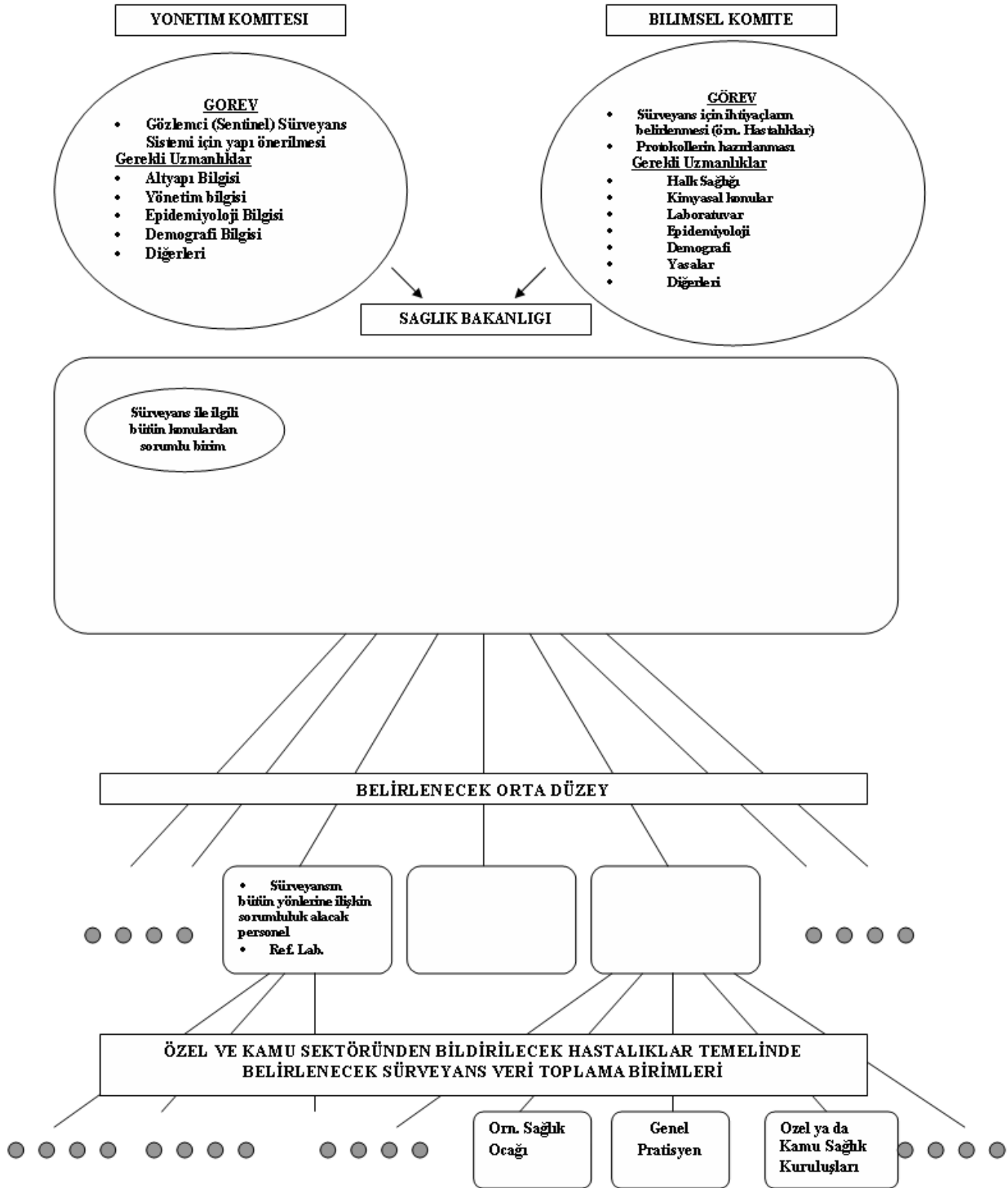
Bu komite ayrıca sürveyans için protokollerin hazırlanmasında destek sağlayabilir.

Bu görevin yerine getirilebilmesi için aşağıdaki uzmanlıklar gerekmektedir:

- Halk sağlığı
- Sağlıkla ilgili yasal konular
- Farklı uzmanlıkların klinik deneyimleri
- Farklı Düzeylerde laboratuvar deneyimleri
- Epidemiyoloji bilgisi
- Demografi bilgisi

Bu iki komitede bazı uzmanlar (örn. Demograf ve Epidemiyolog) çalışırsa yararlı olur.

ÜLKEDEKİ GÖZLEMÇİ (SENTİNEL) SÜRVEYANS İÇİN ÖNERİLEN YAPI



Tablo 44: Sağlık Bakanlığı için Hazırlanan Sürveyans Yapısı
Orta Düzey

Sağlık Bakanlığı'nın altında Orta Düzey önerilmektedir. Bu düzeyde bir kişi sürveyansın bütün yönlerine ilişkin konulardan sorumlu olmalıdır.

Bu düzeyde, (henüz) uç düzeyde sağlanamayan, daha özel araştırmalar için laboratuvar kapasitelerinin geliştirilmesi yararlı olabilir.

Veri toplama (test) yeri)

Orta Düzeynin sorumluluğu altında, periferde sürveyans (test) yerleri belirlenmelidir.

Bu yerler Yönetim Komitesi'nin istatistikler ve epidemiolojik ve diğer özel konulara dayanan önerilerine göre seçilmelidir. Bunlar sürveyans çalışmaları için, sürveyans için belirlenmiş hastalıklar ve konulara göre, belirlenmelidir.

Test yerleri, seçilen sürveyans hastalığına göre kamu ve özel sektörden seçilmelidir.

Bunlar araştırılacak konu ile ilgilenen herhangi bir özel ya da kamu sektörü tıbbi kuruluşu (GP ve diğer muayenahaneler, sağlık ocakları, zührevi hastalıklar dispanserleri, hastanelerin belirli bölümleri) olabilir.

Altyapının hazırlanması sürecinde, bilimsel komitenin desteği gerekli olabilir.

9.4 Gözlemci sürveyansın başlatılması ve süreç

Altyapı kurulduktan sonra Sağlık Bakanlığı sürveyans sürecini başlatacaktır. Bu süreç Bilimsel Danışma Komitesi tarafından desteklenecektir.

Sürveyans sürecine başlamak için verilecek ilk karar araştırılacak hastalık(lar) ya da konunun seçimidir. Eğer sürveyans için birden fazla hastalık seçilmişse, sürveyansın farklı kademelerini protokolde belirtildiği şekilde uygularken sosyal yada etik, uygulama açılarının çatışmaması garanti edilmelidir.

Bu seçimden sonra bilimsel komite sürveyansın uygulanması için protokolleri hazırlamalıdır. Bu projede sunulan araştırma protokolleri model olarak kullanılabilir.

Sağlık Bakanlığı'na sürveyansın ekonomik uygulamalarını göz önüne alma ve gerekli fonları organize etme şansı vermek için bir sürveyans bütçesinin hazırlanması da önemlidir.

Bir sonraki aşama hazırlanan sürveyans altyapısında personeli planlanan sürveyans etkinlikleri hakkında bilgilendirmek ve bütün düzeylerdeki personeli eğitmektir.

9.5 Aktif gözlemci sürveyans için protokollerin geliştirilmesi

Her bir srveyans müdahalesi için özellikle geliştirilmiş protokoller, bütün srveyans işlemi için en gerekli kılavuzlardır. Protokoller alışma yeri deneyimi olan uzmanlar tarafından uygulama sırasındaki bütün konular düşünülerek hazırlanmalıdır.

Ek 3'te bulunan DB kadın ve yüksek risk davranışı gösteren gruplar için hazırlanmış protokoller model olarak kullanılabilir. Ve aşağıdaki unsurlar göz önünde bulundurulmalıdır:

- * Çalışmanın (ya da seçilen hastalığın) gerekçelendirilmesi
- * Gizlilik ve etik konular ile ilgili karar
- * Müdahale için hedefler
- * Bütün yöntem ve bileşenlerin tarifi:
 - Çalışma yeri seçimi (rasgele ya da belirli)
 - Hedef nüfus
 - Katılım kriterleri
 - Örneklem büyüklüğü (tesadüfi seçim ile elde etmek için prosedür)
 - Soru kağıtları (eğer sosyal ve davranışsal veri toplanması düşünülüyorsa)
- * Personel eğitiminin hazırlanması ve uygulanması
- * Hastaların çalışmaya katılımı
 - Sağlık kuruluşunda katılım (zel / kamu)
 - Toplum içinde katılım
- * Örneklerin toplanması (uygulama prosedürleri)
- * Soru kağıtlarının işlenmesi (eğer kullanılmışsa)
- * Kalite kontrol de dahil olmak üzere laboratuvar prosedürlerinin detaylı tarifi
- * Denetim fonksiyonunun tarifi
- * Veri girişi için kullanılan programlar
- * Verinin nasıl analiz edileceği
- * Sonuçların nasıl hazırlanacağı
- * Sonuçların nasıl dağıtılacağı

9.6 Laboratuvar kalite kontrolü için neriler

Laboratuvar testleri konusunda Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan bütün çalışmalarda uygulamanın bir parçası olarak kalite kontrolü gerekmektedir. Araştırma projesi deneyimlerine dayanarak Sağlık Bakanlığı'na aşağıdaki öneriler yapılmıştır. neriler ayrıca Ek 12'de detaylı bilgisi verilen dış kalite kontrol görev raporuna dayanmaktadır.

Srveyans sektöründe gelecekte yapılacak testler için neriler:

- Her bir projenin açık bir şekilde tanımlanmış bir konusu olarak kalite kontrolünün (KK) entegrasyonu düşünülmelidir. Kayıt defterleri, laboratuvar kayıtları ve eğitimler gibi varolan ve uygulanmış KG etkinliklerinin derlenmesi ile başlanmalıdır. Biyo-güvenlik ve yeni testlerin değerlendirilmesi gibi kavramsal konular tanıtılmalıdır.
- Eğitime daha fazla önem verilmeli ve bu kalemler daha resmi hale getirilmelidir. Referans laboratuvardaki anahtar personele dışarıda eğitimler verilmelidir.
- Kalite değerlendirmesinin bir parçası olarak referans laboratuvar tarafından hazırlanan ve gönderilen test örnekleri üzerinde laboratuvarlar arası karşılaştırma düşünülmelidir.

- Desantralize testler, rutin tıbbi bakım sırasında uygulanmakta olan (ya da uygulanacak olan) testlerle sınırlandırılmalıdır.
- Çalışma hedefleri tasvir edilmeli ve (i) özel hedef gruplar (risk grubu olmayan gruplara karşı risk grupları), (ii) CYBE'lere karşı HIV ve (iii) birinci jenerasyon sürveyansa karşı ikinci jenerasyon sürveyansa odaklanılmalıdır..
- Doğum öncesi bakımdaki asemptomatik kadınların C. Trachomatis ve N. Gonore için taranması ihtiyacı ve önceliği yeniden değerlendirilmelidir. Bu yapılacak olursa, idrar örnekleri teknik olarak kabul edilebilir, ve nükleik asit amplifikasyon olanakları seçim yöntemi olmalıdır: orta düzeydeki kuruluşlar ve ulaştırma yöntemi düşünülmelidir
- RPR testlerinin standardizasyonu ve konfirmasyonu düşünülmelidir.
- HIV ve CYBE'lerin derinlemesine sürveyansı için kültür ve nükleik asit amplifikasyon tekniklerinin bulunduğu gözlemci merkezlerin (mikrobiyolojik) seçimi düşünülmelidir.

9.7 Hedef gruplara erişim

Sürveyans faaliyeti için hastalık ya da sorunun seçilmesi ile hedef grup tanımlanmıştır. Bu nüfusa erişim sağlayabilmek için çeşitli seçenekler kullanılabilir.

Birinci seçenek kamu ve özel sektörde bulunan bütün sağlık kuruluşları ve sağlık çalışanlarını kullanarak sağlık altyapısı aracılığıyla çalışmaktır. İkinci seçenek Sivil Toplum Örgütleri (STÖ) ile çalışmaktır.

9.7.1 Kamu sağlık sektörü ile çalışmak

Sağlık Bakanlığı'nda gelecek sürveyans etkinliklerini farklı Düzeylerdeki eğitilmiş ekipler ile işbirliği içinde organize etme ve denetleme kapasitesinin güçlendirilmesi için acilen bir merkezi yapı kurulmalı ve hazırlanmalıdır.

Gelecekte yapılacak sürveyans çalışmalarında katılan bütün personelin erken ve açık bir şekilde bilgilendirilmesi oldukça önemlidir. Çalışmanın hazırlık aşamasında Araştırma Protokolleri ve diğer bilgilendirici malzemeler bütün kurumlara ve test yerlerine zamanında gönderilmelidir.

Klinik koordinatörler ve orta düzeydeki sorumlu personel program planlamanın detayları ve ilerleyişi hakkında uygun bir şekilde bilgilendirilmelidir.

İş üstünde eğitim Sağlık Bakanlığı'nın sürveyans etkinliklerinin orta düzeyinde çalışan bütün personel için uygundur ancak bazı konular merkez seviyede organize edilecek resmi bir eğitim programı gerektirebilir.

Araştırmaya hiçbir ödeme yapılmadan fazladan emek harcayarak katılan personelin beklentileri, bu kişileri katkılarının değerli olduğuna ikna edecek bir şekilde sağlanmalıdır.

Çalışmaya katılan danışmanlar iyi eğitilmiş ve çalışmanın uygulama aşamasında deneyim kazanmışlardır. Bu nedenle, bu grubun Sağlık Bakanlığı'nın gelecekte yapacağı sürveyans çalışmaları için düşünülmesi önerilmektedir.

Yüksek risk davranışı gösteren grup üyelerine erişim sağlamak ve ikna etmek için bar sahipleri ve taksi sürücüleri, zührevi hastalıklar dispanserlerinin eski hastalarını davet etmek ve AMATEM'ler düşünülmelidir.

Doğrudan DUK'lar ile çalışan bir grup ya da organizasyonun var olmadığı göz önüne alınırsa, AMATEM klinikleri ve benzer özel sağlık kuruluşlarının, risk grubunun bireylerinin akran yönlendirici olarak çalışmak ya da kendi STÖ'lerini kurmak gibi bir istekleri olmadığından, ulaşılması zor bu gruba ulaşmanın tek araçları olduğunu belirtmek uygun olur.

Araştırma şu anki yerel ve merkezi yapılarıyla birinci basamak sağlık sisteminde sürveyans programlarının entegrasyonunun uygulanabilir olduğunu göstermiştir. Aile hekimliği sisteminin başlatılması ORKSH çalışmasına katılan tüm personelde gelecekte yapılacak sürveyans etkinliklerine ilişkin şüphe uyandırmıştır. Bu sürveyans etkinliklerinin henüz açık bir şekilde tanımlanmamış ve kurulmamış bir sisteme entegrasyonu oldukça zor görünmektedir.

Önerilen sürveyans altyapısındaki katılımcıların, Sağlık Bakanlığı'ndan test yerlerine kadar, yukarıda kullanılan tanımlara göre iş tanımları araştırma protokolünde yapılmıştır. Araştırma uygulaması sırasında bunlar başarılı bir şekilde kullanılmıştır.

- Sürveyans için Sağlık Bakanlığı'nın sorumlulukları

Sağlık Bakanlığı'nda sürveyanstan sorumlu kişi (ya da birim) sürveyans için gereken bütün etkinlikleri (hazırlık, uygulama, veri analizi, bilgi dağıtımı) koordine etmelidir. Sağlık Bakanlığı'nda bu bütün etkinliklerin anahtar noktasıdır.

Sürveyans için orta Düzeyde sorumluluklar

Orta Düzeyde, gözlemci sürveyansta orta Düzeydeki bütün etkinlikleri koordine etmesi için bir kişi ya da grup Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilecektir.

- Orta Düzey Araştırma Koordinatörü

- Orta Düzey adına bütün araştırma etkinliklerini koordine eder.
- Orta düzeyde Sağlık Bakanlığı odak kişisi olarak hareket eder
- Sağlık Bakanlığı'nın emri ile araştırma yerlerinde sorumlu personel ile iletişim kurar ve etkinlikleri başlatır.
- Sağlık Bakanlığı emri altında araştırma anahtar personeli (kamu ve özel araştırma yerleri, laboratuvarlar ve STÖ'ler) ile birlikte bütün araştırma konuları için iletişim ve koordinasyon fonksiyonu sağlar.
- Araştırma etkinliklerini sürekli olarak kontrol eder (altyapı, personel, veri toplama), verileri Sağlık Bakanlığı araştırma veri toplama birimine gönderir.
- Yerel araştırma sahası sorunlarına ve ihtiyaçlarına yerel kaynakları kullanarak çözüm bulur
- Sürveyansın bütün özel/kamu/STK ortakları arasında iletişim için anahtar noktadır
- Araştırma yerleri ve Sağlık Bakanlığı arasında iletişim başlatır
- Sağlık Bakanlığı'nı problemler ve karışıklıklar hakkında zamanında uyarır

- Sağlık kuruluşunda sürveyans için sorumluluklar

Sağlık Kuruluşu Koordinatörü

- Sağlık kuruluğu düzeyinde bütün araştırma etkinliklerini kuruluş yönetimi (başhekim, baş hemşire, diğerleri) ile birlikte koordine eder.
- Sağlık kuruluğu odak kişisi ve Orta Düzey Araştırma Koordinatörü için ortak olarak hareket eder.
- Araştırma sorumlu personelinin belirlenmesi ve altyapının (fiziksel alan, araştırma akışı, veri toplama, laboratuvar ile bağlar ve personel eğitiminin hazırlanması) organizasyonuna Orta Düzey Araştırma Koordinatörü ile yakın işbirliği içerisinde katkıda bulunur.
- Sağlık kuruluğu düzeyinde araştırma konuları için Orta düzey Araştırma Koordinatörü ile iletişim ve koordinasyon sağlar
- Sağlık kuruluğu anahtar personelini araştırma konsepti ve protokoller ile ilgili olarak doğrudan ya da Orta Düzey Araştırma Koordinatörü ile birlikte yönlendirir.
- Sürekli olarak araştırma etkinliklerini (altyapı, personel, veri toplama) ve verinin Orta Düzey Koordinatöre gönderilmesini denetler
- Hastane yönetimi aracılığıyla hastane kaynaklarını kullanarak yerel araştırma problemleri ve ihtiyaçlarına çözüm getirir.
- Yerel halkla ilişkileri yönetir ve gerekli olduğunda bütün sağlık kurumu taraflarını araştırma hakkında bilgilendirir.
- Sağlık kurumu ve Sağlık Bakanlığı arasında resmi iletişimde sağlık kuruluğu yönetimine yardımcı olur.
- Orta düzey araştırma koordinatörünü araştırmayı aksatan sorunlar hakkında bilgilendirir.
- Örneklerin laboratuvarlara ulaştırılmasını (gerekirse) organize eder ve tamamlanan sonuç formlarını toplar

Danışman

- Araştırma protokolündeki talimatları uygular.
- Katılımcıların katılım kriterlerini sağladığını onaylar
- Araştırma kodlarını verir ve kayıt defterlerine girer, katılım yada reddi kaydeder.
- Hastalara araştırma hakkında danışmanlık sağlar ve onamlarını alır.
- Kodlu soru kağıdını hastaya verir ve aydınlatılmış onam için imza atar.
- Katılımcının sorularını yanıtlar.
- Doldurulmuş soru kağıtlarını toplar (zarf içinde kutuya koyar, vs.)
- Kan/idar alır(ya da alınmasını organize eder, tüplere ve lab formlarına kod verir ve laboratuara gönderir.
- Hastaları rutin muayenelerine gitmeleri için yönlendirir
- Kodlu formlarda lab. sonuçlarını alır.
- Düzenli olarak kodlu soru kağıtlarını ve kodlu sonuçları sağlık kurumu koordinatörüne gönderir.
- Hastanın gizliliğini sağlar
- Problemlerin çözümü için süreyansa katılan bütün personel ile düzenli olarak koordinasyon sağlar.

Laboratuvar Şefi

- Lab. Şefi araştırma protokolünde belirtildiği gibi sağlık kuruluğu laboratuvarlarında yürütülen araştırma test etkinliklerinden sorumludur.

- Lab. şefi doğrudan testlerin uygulanmasına dahil olabilir.
- Lab. teknisyenleri, kodlu formlara ve lab. kayıt defterine veri girişini ve araştırma protokolünü takiben sonuçların danışmana gönderilmesini denetler
- Sorunları çözmek için süreyansa katılan bütün personel ile koordinasyon sağlar.

Laboratuvar Teknisyeni (LT)

- Kodlu malzemeler içinde hasta örneklerini alır ve protokole göre testleri uygular, lab. kayıt defterine kodları, kodlu formlara sonuçları girer ve bunları danışmana gönderir.
- Sorunları çözmek için süreyansa katılan lab. şefi ve bütün personel ile koordinasyon sağlar.

Resepsiyondaki Tıbbi Sekreter

- Giriş noktasında hastaları karşılar, Süreyans için uygun olanları belirler ve danışmanları bilgilendirir.
- Sorunları çözmek için danışman ve katılan bütün personel ile koordinasyon sağlar.

Eğer süreyans planlanmışsa, uygulama çalışması için gereken süre ile ilgili öneriler zaman çizelgesinin hesaplanmasında baz alınabilir:

GEREKLİ SÜREYE DAİR DANIŞMANLARIN ÖNERİLERİ:

Gereken DANIŞMANLIK süresi:

DÖB: 5-15 dak.

KŞÇ: 5-10 dak.

ECE: 5-10 dak. (katılımcı bir akran yönlendirici ile gelirse daha kolay)

DUK: 5-10 dak.

Gerekli SORUKAĞIDI CEVAPLAMA süresi:

DÖB: 20 dak. – yardım ile 1 s

KŞÇ: 15- 60 dak. (Eğitim-dil sorunu)

ECE: 30 - 45 dak.

DUK: 30 dak – 1,5 s (kişilik – zaman zorluğu)

Gereken ÖRNEK ALMA süresi

DÖB: 10 dak.(kan ve idrar)

KŞÇ: 10 dak.

ECE: 10 dak.

DUK: 10 - 60 dak. (idrarda sorun)

İdrarın toplandığı yerde santrifüjü ve filtrelenmesi (lab. değil) 20 dak.

HER BİR HASTA İÇİN GEREKEN TOPLAM SÜRE

DÖB: 35 - 75 dak.

KŞÇ: 30 - 80 dak.

ECE: 45 - 65 dak.

DUK: 45 -160 dak.

Haftalık ve aylık gereken süreler bu bilgiye dayanarak hesaplanabilir.

Rutin hizmetler içindeki GÜNLÜK HASTA SAYISI:

DÖB: 3-10

KSC: 2

ECE: 2-5

DUK: 1-2

LABORATUVAR ÖNERİLERİ:

TEST İÇİN GEREKEN LABORATUVAR SÜRESİ:

- ELISA ve RPR için iki haftada ortalama 3 saat.
- idrar örnekleri için günlük ortalama 3 saat (12-15 hasta)
- Santrifüj: 5-10 dak./ örnek
- Filtreleme: 1-5 dak./ örnek
- CT: ~ 60 dak./ örnek
- GC: ~ 55 dak./ örnek
- SY: ~ 15 dak./ örnek
- ELISA: ~ 3 saat/ 100 örnek
- 5 parametre için bir kan, bir idrar örneği ortalama 2-3 saat
- 10 hasta için 3-4 saat

Çalışma uygulaması sırasında edinilen ve sonuç toplantısında toplanan deneyimlere dayanan bir dizi uygulanabilir öneri sonuç toplantısının EK 14'ünde bulunabilir.

9.7.2 Özel sağlık sektörü ile çalışma

Balıklı Rum Hastanesi deneyimi özel sağlık kuruluşları ile yapılan tek işbirliğidir ve bütün özel sağlık sektörü için temsil edici olmayabilir. Özel sağlık sektörü ile işbirliği başka özel önlemler gerektirebilir.

Doktorların özel olarak düşünüldüğü aile hekimliği sistemi ile işbirliği, doktorlara ekstra katkıların ödenebilmesi için fonların planlanmasını gerektirmektedir.

Ancak, Sağlık Bakanlığı'nın süveyans programı, eğer RDG nüfusları ile birlikte genel nüfusun da temsili bir şekilde dahil edilmesi düşünülüyorsa, kamu sektörü ile birlikte özel sektörü de dahil etmelidir.

9.7.3 Sivil toplum örgütleri ile çalışma

RDG'lere erişim sağlanması için STÖ'lerden akran yönlendiriciler bulunmuştur. Eğer akran yönlendirici STK tarafından seçiliyorsa, bu kişiler en yaratıcı, deneyimli ve güvenilir grup üyeleri arasından, tercihen akran grubu arasında halen diğerleri ile aynı statüde çalışanlardan seçilmelidir.

STÖ'ler ile bu işbirliği genellikle HIV enfeksiyonu için yüksek risk davranışı gösteren kişiler ile başka çalışma alternatifi görünmediği için Sağlık Bakanlığı'nın dikkate almasını önerdiğimiz akran yönlendiriciler için, bir bütçe ve ödeme gerektirmektedir. STÖ'lerin akran yönlendiriciler aracılığıyla gelecekte yapılacak işbirlikleri için belirtilen talepler aşağıdaki tabloda görüldüğü üzere işbirliği yapan 3 örgütsel yapıdan toplanmıştır.

STÖ adı ve etkinlik yeri	1 Akran Yönlendirici için Aylık maliyet	Her bir katılımcı için maliyet	Günlük katılımcı sayısı
Kadın Kapısı İstanbul	1000 YTL	20 YTL	10
Pembe Hayat Derneği Ankara	1900 YTL (vergiler dahil)	35 YTL	5
İnsanca Yaşam Derneği Ankara	1500YTL	50 YTL	2

Akran yönlendiricilerin seçimi benzer etkinliklere başarılı katılım temellerinde yapılmalı ve akran yönlendiricilerin, akranlarını nerede mobilize etmek istiyorlarsa, bu alanda halen aktif olmaları koşul olmalıdır.

Kullanılan dokümanların referans listesi:

“AIDS Savaşım Günleri 94, Second ABropean meeting on migratory prostitution”, WHO Coll. Centre for STD and their complications at Uppsala Üniversitesi, Sweden. AIDS Savaşım Derneği, İstanbul (1994).

“Assessment of population at increased risk of STI-HIV/AIDS. Reproductive Health Programme in Turkey”, 4th Progress Report. July, 2005.

Başaran Y. , *“Türkiye’de LGBT Gençlik”*. KAOSGL Gey ve Lezbiyen Araştırmaları Dergisi, Mart-Nisan 2002

Bochow M. *“Gay Turkish immigrants and HIV prevention in Almanya, 3rd ABropean Conference on the Methods and Results of Social and Behavioural Research on AIDS. Amsterdam, 13-16 February 2000.*

David Fitzsimons¹ , Guido Franc, Ois^{2,*}, Katharina Alpers³ , Doris Radun⁴ , Johannes Hallauer⁵ , Wolfgang Jilg⁶ , Wolfram Gerlich⁷ , Lars Rombo⁸ , Hans Blystad⁹ , Hanne Nøkleby⁹ & Pierre Van Damme, *“Prevention of viral hepatitis in the Nordic countries and Almanya”*; Scandinavian Journal of Infectious Diseases, 2005; 37: 549 / 560

Dr. med. Viviane Bremer MPH, *“Robert Koch Institute: Abteilung Infektionsepidemiologie Sexuell übertragbaren Infektionen –Aktuelle Ergebnisse des STDsSentinels 2002 -2004”*

“Emniyet Genel Müdürlüğü, Basın ve Halkla İlişkiler Şube Müdürlüğü verileri” (2004).

Ergil, D., *“Profile of drug addiction and resistance in Turkey”, UN Report, Ankara. (1993)*

Fourreau PO, Sunar D. *“Cultural and Psychological Factors Predicting Condom Use in Turkish Young Men: A comparison of heterosexual and homosexual samples”*. Bogazici Journal: Review of Social, Economic and Administrative Studies, 13(1-2), p.166. (1999)

Genç M, Ağacfidan A, Gerikalmaz Ö, Mardh P-A. *“A descriptive study on Rumanian women prostituting in Istanbul”*, Medikal Dergi 104:45-48 (1995).

“Genel kadınlar ve genel evlerin tabi olacakları hükümler ve fuhuş yüzünden bulaşan hastalıklarla mücadele tüzüğü”, No. 5/984, 30.3.1961.

Hacıbektaşoğlu A, Barut A, Tümerdem Y., *“Ankara genelevinde çalışan kadınlara giden erkeklerin kondom kullanma oranları ve kondom kullanma tepkileri.” Second ABropean Meeting on Migratory Prostitution, Abstract Book March 29-30, Istanbul. p.52 (1994).*

“I-Track - Enhanced Surveillance of Risk Behaviours among Injecting Drug Users in Canada”, Pilot Survey Report, February 2004, Minister of Public Works and Government Services Canada 2004 Cat. H39-4/29-2004E ISBN 0-662-36342-6

J. Walter, D. Radun, H. Claus, K. Stark , *“Robert Koch Institute: Hepatitis B & C Risk factors in Almanya, Results of the national surveillance”*; Gesundheitswesen 2005; 67; 442-447

Mardh PA, Genc M., “*Migratory prostitution with emphasis on ABrope.*”, J Travel Med. 1;2(1):28-32(1995).

Ögel, K. “*Türkiye’de madde bağımlılığı*”, IQ Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul. s. 22 (2001).

Plasschaert S., Ameye L., De Clercq T., Walckiers D., Sartor F. (†), Micalessi I., Jossels G., Todts S., Goubau P., Plum J., Vranckx R., Van Oyen H. , “*Study On Hcv, HBV And HIV Seroprevalence in a Sample Of Drug Users in Contact with Treatment Centres or in Prisons in Belgium*”, Federal Public Service Health, Food Chain Security And Environment, Scientific Institute of Public Health Unit of Epidemiology Drugs Programme, 2004-2005, IPH/EPI Reports Nr 2005-029, Deposit number: D/2005/2505/48

Prof. Dr. L. Akin , “*STI Surveillance Draft Report*”, Provincial visit report on sentinel surveillance for the “sexually transmitted infections / HIV study:” (surveillance for groups with high risk behaviour), 19.12.2005

“*Protocol for Operations Research on Key STIs and HIV in Turkey*”; Draft for comment; Confidential, named, linked HIV/STI testing in Antenatal Clinics; November 2005

“*Protocol for Operations Research on Key STIs and HIV in Turkey*”; Draft for comment; HIV/STI testing in High-risk Populations; November 2005

“*Reproductive Health Programme in Turkey: Situation Analysis on the STI-HIV/AIDS Surveillance System In Turkey*”; 3rd Progress Report, February 2005 / EK V

“*Reproductive Health Programme in Turkey: In-Service Training Modules Sexually Transmitted Infections (Sti) In-Service Training Module Trainer’s Guide*”

“*Reproductive Health Programme in Turkey: Report on the National Consensus Building for STI-HIV/AIDS Surveillance*”; Ankara: 11 February 2005

“*Reproductive Health Programme in Turkey: STI/HIV/AIDS SURVEILLANCE AND WORKPLAN*”; Progress Report, July 2004 / EK 4

“*Fortbildung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst*”, Robert Koch-Institut, Hepatitis B und Hepatitis C was ist zu melden? Berlin, Abteilung für Infektionsepidemiologie; 16. bis 18. März 2005

Schwartländer B, Ghys P D, Pisani E, Kiessling S, Lazzari S, Caraël M, Kaldor, J. “*HIV surveillance in hard-to-reach populations AIDS: Volume 15 Supplement 3*”, April 2001. pp S1-S3 .

“*Situation analysis on the STI-HIV/AIDS surveillance system in Turkey. Reproductive Health Programme in Turkey*”, 3rd Progress Report. February, 2005.

UNDCP (1997). “İstanbul’da uyuşturucu kullanımı : Hızlı Değerlendirme Çalışması”, 1996.

Sağlık Bakanlığı: Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Sistemi Kılavuzu, Eylül 2005

Yüksel A, Saporta L., “İstanbul’da iki ayrı fabrikada çalışan erkeklerde genelev ve genelkadın deneyimi”, II. Türkiye AIDS Kongresi, Özet Kitabı İstanbul (1995).

“Ankara Ticaret Odası Fahişelik raporu 2004”

www.amatem.org.tr (visited 28 May 2006).

1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.

Ekşi sozluk. www.sourtimes.org (May 2006).

Ulusal AIDS Komisyonu, Türkiye Sağlık Bakanlığı: Ulusal HIV/AIDS Programı Taslağı, 15 Mayıs 2007

Türkiye Sağlık Bakanlığı: Türkiye Sağlık Raporu; Şubat 2004; Ankara; Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi, Halk Sağlığı Okulu