T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNE AKRAN EĞİTİM MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN HIV/AIDS BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMUNA ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Erdal CEYLAN

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2020

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNE AKRAN EĞİTİM MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN HIV/AIDS BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMUNA ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Erdal Ceylan

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2020

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Öğrencilerine Akran Eğitim Modeline Göre Verilen Eğitimin HIV/AIDS Bilgi Düzeyi ve Tutumuna Etkisi

Erdal CEYLAN

Doktora Tezi

25.06.2020

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül KOÇ

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Ülkü POLAT

Doç. Dr. İmatullah AKYAR

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül KOÇ

Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI

Dr. Öğr. Üyesi Bahar VARDAR İNKAYA

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Doktora derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Seyfullah Oktay ARSLAN

Enstitü Müdürü

Bu tezin Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.
25.06.2020

Erdal CEYLAN

Annem, babam, kardeşlerim ve eşime ithaf ediyorum…

TEŞEKKÜR

Gerek eğitim sürecim, gerek tez sürecimde bilgi ve tecrübeleri ile desteklerini esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül KOÇ'a,

Tez izleme komitesinde yer alıp değerli görüş ve önerileri ile katkı sağlayan değerli hocamlarım Sayın Doç. Dr. İmatullah AKYAR ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Bahar VARDAR İNKAYA'ya,

Doktora tezimin eğitim süreçlerinde destek veren ve gönüllü olarak araştırmaya katılan öğrenci arkadaşlara,

Hayat çizgme çok farklı bir yön veren ve bugünlere gelmemde çok önemli bir payı olan değerli hocam Sayın Öğr. Gör. Dr. Başak KORKMAZ'a,

Maddi ve manevi olarak desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve her zaman arkamda olan annem Seher CEYLAN, babam Kemal CEYLAN ile kardeşlerim Dilek, Çağla ve Yusuf'a,

Yoğun olduğum zamanlarda sabır gösteren, her daim yanımda olan, destekleyen ve ilgilenen değerli eşim Gamze'ye

Sonsuz teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET v
ABSTRACT vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ vii
ŞEKİLLER DİZİNİ viii
TABLOLAR DİZİNİ ix
1. GİRİŞ 1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Hipotezler 4
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. HIV/AIDS Tanımı 5
2.2. Tarihçe 6
2.3. Dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS Prevalansı 6
2.4. HIV/AIDS'in Bulaşma yolları 7
2.4.1. Cinsel Yolla Bulaşma 8
2.4.2. Kan ve Kan Ürünleri ile Bulaşma 8
2.4.3. Enfekte Organ ve Doku Nakli ile Bulaşma 9
2.4.4. Anneden Bebeğe Bulaşma 9
2.4.5. HIV'in Bulaşmadığı Durumlar 9
2.5. HIV/AIDS'in Bulaşı Açısından Risk Grupları 10
2.6. HIV/AIDS'in Evrelere göre Klinik Belirti ve Bulguları 10
2.6.1. Primer HIV Enfeksiyonu 10
2.6.2. Serokonversiyon 11
2.6.3. Kronik HIV Enfeksiyonu 11
2.6.4. Asemptomatik Dönem 11
2.6.5. Erken semptomatik dönem 11
2.6.6. AIDS ve ileri HIV Enfeksiyonu 12
2.7. HIV/AIDS Enfeksiyonunda Tedavi 13
2.8. HIV/AIDS Enfeksiyonundan Korunma 13
2.8.1. HIV/AIDS'in Cinsel Yolla Bulaşmasından Korunma 14
2.8.2. HIV/AIDS'in Kan, Doku ve Organ Nakli Yoluyla Bulaşmasından Korunma 14
2.8.3. HIV/AIDS'in Anneden Bebeğe Geçişini Önleme 15

2.8.4. Sağlık Personelinin HIV/AIDS'ten Korunması 15
2.8.5. Üniversite Öğrencilerinin HIV/AIDS'ten Korunması..... 16
2.9. Riskli Gruplarının Belirlenmesi ve Tarama 17
2.10. HIV/AIDS'li Bireylerin Hemşirelik Yönetimi..... 18
2.11. HIV/AIDS ile İlgili Damgalama (Stigma) ve Ayrımcılık..... 20
2.12. Akran Eğitimi..... 23
2.12.1. Akran Eğitimi Nedir? 23
2.12.2. Akran Eğitimi Uygulama Aşamaları 27
2.12.3. Akran Eğitiminin Hemşirelikte Kullanımı 28
3. MATERYAL VE YÖNTEM..... 31
3.1. Araştırmanın Şekli 31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer 31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 32
3.4. Kullanılan Veri Toplama Formları..... 33
3.4.1. Anket Formu..... 33
3.4.2. AIDS Bilgi Ölçeği 33
3.4.3. AIDS Tutum Ölçeği 34
3.5. Araştırmanın Uygulanması 34
3.5.1. Akran Rehberlerin Seçimi ve Grupların Belirlenmesi 34
3.5.2. Ön Hazırlık: Kullanılacak Eğitim Materyallerinin Hazırlanması..... 35
3.5.3. Araştırmanın Ön Uygulaması..... 38
3.5.4. Akran Rehberlere ve Akran Öğrencilere İlişkin Ön Verilerin Toplanması (Pretest)..... 38
3.5.5. Akran Rehberlere Eğitim Programının Uygulanması 39
3.5.6. Akran Rehberlere Son-Test Soru Formunun Uygulanması..... 39
3.5.7. Akran Öğrenci Eğitim Gruplarının Randomizasyon Yoluyla Oluşturulması 39
3.5.8. Akran Öğrencilere Eğitim Programının Uygulanması 40
3.5.9. Akran Öğrencilere Son-Test Soru Formunun Uygulanması 40
3.5.10. Akran Rehberler ve Akran Öğrencilerin Programı Değerlendirmesi 41
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu 41
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 41

3.8. Sınırlılıklar 42
3.9. Araştırmanın Akış Planı 42
4. BULGULAR 43
4.1. Akran Rehberlere ait Bulgular 43
4.1.1. Akran Rehberlerin Tanıtıcı Özellikleri 43
4.1.2. Akran Rehberlere ait AIDS Bilgi Ölçeği Puanlarına İlişkin Veriler 44
4.1.3. Akran Rehberlere ait AIDS Tutum Ölçeği Puanlarına İlişkin Veriler 45
4.2. Akran Öğrencilere ait Bulgular 46
4.2.1. Akran Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri 46
4.2.2. Akran Öğrencilere ait AIDS Bilgi Ölçeği Puanlarına İlişkin Veriler 48
4.2.3. Akran Öğrencilere ait AIDS Tutum Ölçeği Puanlarına İlişkin Veriler 49
5. TARTIŞMA 51
5.1. Akran eğitiminin HIV/AIDS Bilgi Düzeyi Üzerine Etkisi ile ilgili Bulguların Tartışılması 51
5.2. Akran eğitiminin HIV/AIDS Tutumu Üzerine Etkisi ile ilgili Bulguların Tartışılması 54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 58
6.1. Sonuç 58
6.2. Öneriler 58
7. KAYNAKLAR 60
8. EKLER 80
EK-1. Örneklem Büyüklüğü İçin Güç Analizi Sonucu 80
EK-2. Posthoc Güç Analizi Sonucu 81
EK-3. Anket Formu 82
EK-4. AIDS Bilgi Ölçeği 85
EK-5. AIDS Tutum Ölçeği 86
EK-6. AIDS Bilgi Ölçeği ve AIDS Tutum Ölçeği Kullanım İzni 87
EK-7. HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığı 88
EK-8. "HIV/AIDS" Powerpoint Sunumu 119
EK-9. HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Broşürü 143

Ek-10. “AIDS” Örnek Vaka Sunumu 145
EK-11.“Eğitim Kitapçığının Güvenilirlik ve Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN” Ölçme Aracı 183
EK-12.“Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi” Ölçme Aracı 188
EK-13. Haftalık Eğitim Planı 189
EK-14. Akran Rehberler için Haftalık Eğitim Programı Çizelgesi..... 192
EK-15. Akran Öğrenciler için Haftalık Eğitim Programı Çizelgesi 193
EK-16. Etik Kurul Onay Formu 196
EK-17. AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Kurum İzni 197
EK-18. Bilgilendirilmiş Onam Formu 198
EK-19. Tablo 1 199
EK-20. Tablo 2 200
EK-21. Tablo 3 201
EK-22. Tablo 4 202
EK-23. Tablo 5 203
EK-24. Tablo 6 204
EK-25. Özgeçmiş 205

ÖZET

Hemşirelik Öğrencilerine Akran Eğitim Modeline Göre Verilen Eğitimin HIV/AIDS Bilgi Düzeyi ve Tutumuna Etkisi

Bu araştırma, akran eğitim modeline göre hemşirelik öğrencilerine İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü/Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (HIV/AIDS) ile ilgili verilen eğitimin HIV/AIDS bilgi düzeyi ve tutumu üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla tek gruplu kontrol grupsuz ön-test son-test modeli olarak tasarlanmış bir müdahale çalışmasıdır.

Araştırma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (AYBÜ) Hemşirelik Bölümünde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemi çalışmaya katılmayı kabul eden ve iç hastalıkları hemşireliği dersini ilk defa alan ikinci sınıf öğrencilerinden oluşmuştur (n=97). Araştırmanın birinci aşamasında dokuz akran rehber belirlenerek araştırmacı tarafından akran rehberlere toplamda 12 saatlik bir eğitim programı uygulanmıştır. İkinci aşamada randomizasyon yoluyla oluşturulan 10'ar kişilik dokuz akran öğrenci grubuna akran rehberler tarafından toplamda 12 saatlik bir eğitim verilmiştir. Verilerin toplanmasında anket formu, AIDS bilgi ölçeği ve AIDS tutum ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı statistikler, Pearson Ki-Kare testi, bağımlı gruplarda t testi, Wilcoxon Testi ve Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

Akran eğitiminin akran öğrencilerde AIDS bilgi ölçeği puanında istatistiksel olarak anlamlı şekilde artış sağladığı belirlenmiştir (Öntest $\bar{x}$=10.32±3.59, sontest $\bar{x}$=19.69±1.51) ($p<0.001$). Ayrıca akran eğitiminin akran öğrencilerde AIDS tutum ölçeği puanında istatistiksel olarak anlamlı bir artış sağladığı saptanmıştır (Öntest $\bar{x}$=56.64±8.36, sontest $\bar{x}$=72.95±7.02) ($p<0.001$).

Akran eğitimi yönteminin hemşirelik öğrencilerinde AIDS bilgi ve tutumunu artırmada etkili bir yöntem olduğu belirlenmiştir. Bu sebeple ülkemizde konuşulması tabu sayılabilecek HIV/AIDS'e yönelik eğitimlerde akran eğitim modeline yer verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akran eğitimi, bilgi, edinilmiş immünyetmezlik sendromu, hemşirelik, HIV, tutum

ABSTRACT

Effect of Peer Education Model on Nursing Students' Knowledge and Attitude towards HIV/AIDS

This research is an intervention study designed as a single group pre-test post-test model without control group in order to examine the effect of education provided to nursing students based on peer education model on Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS) knowledge level and attitude.

The research was carried out at AYBÜ Nursing Department. Sample of the study consisted of second year nursing students agreed to participate in study and enrolled Internal Medicine Nursing course for the first time (n=97). In the first stage of the study, nine peer guides were selected and a total of 12 hours of training was given them by the researcher. In the second stage, peer guides provided a total of 12 hours of training to nine peer students groups created through randomization which contains 10 students in each group. Questionnaire form, AIDS knowledge scale and AIDS attitude scale were used to collect the data. Data was analyzed by using desctiptive statistics, Pearson Chi-Square test, paired sample T-Test, Wilcoxon Test and Spearman correlation test.

It was determined that peer education provided a statistically significant increase in AIDS knowledge scale score in peer students (Pretest $\bar{x}$=10.32±3.59, posttest $\bar{x}$=19.69±1.51) ($p < 0.001$). In addition, peer education was found to provide a statistically significant increase in AIDS attitude scale score in peer students (Pretest $\bar{x}$=56.64±8.36, posttest $\bar{x}$=72.95±7.02) ($p < 0.001$).

It has been determined that peer education method is an effective method in increasing AIDS knowledge and attitude in nursing students. For this reason, it is recommended to include peer education model in educations towards HIV/AIDS which is considered taboo in our country.

Keywords: Acquired immunodeficiency syndrome, attitude, HIV, knowledge, nursing, peer education

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)
ART	: Antiretroviral Tedavi
AYBÜ	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
CDC	: Center for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
CD4	: Yardımcı T Hücreleri
CMV	: Sitomegalovirüs
CSE	: Cinsel Sağlık Eğitimi
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DISCERN	: Quality Criteria for Consumer Health Information (Tüketici Sağlığı Bilgileri için Kalite Kriterleri)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: U.S. Food and Drug Administration (Amerikan İlaç ve Gıda Dairesi)
GDTM	: Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri
HAART	: Highly Activated Antiretroviral Treatment (Yüksek Düzeyde Aktif Antiretroviral Terapi)
HBV	: Hepatit B Visüsü
HIV	: Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)
PCP	: Pnömocystitis Carinii Jiroveci Pnömonisi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)
T. C.	: Türkiye Cumhuriyeti

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. HIV'in zamana göre seyri 13

Şekil 3.1. Araştırmanın akış planı 42

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV/AIDS'e bağlı olarak yaşadıkları fiziksel ve psikososyal sorunlar 18

Tablo 4.1. Akran rehberlerin eğitim öncesi ve sonrası AIDS bilgi ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılık testi sonuçları (n=9) 45

Tablo 4.2. Akran rehberlerin eğitim öncesi ve sonrası AIDS tutum ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılık testi sonuçları (n=9) 46

Tablo 4.3. Akran öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası AIDS bilgi ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılık testi sonuçları (n=88) 49

Tablo 4.4. Akran öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası AIDS tutum ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılık testi sonuçları 50

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome-AIDS), İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü'nün (Human Immunodeficiency Virus-HIV) neden olduğu, bağışıklık sisteminin zayıflaması sonucunda vücutta gastrointestinal, kardiyolojik, hematolojik, solunum, endokrin, metabolik, renal, romatolojik, infeksiyöz, onkolojik ve fizyolojik hastalıkların meydana geldiği bir bağışıklık sistemi hastalığıdır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2018'in sonunda dünyada toplamda 37 900 000 HIV/AIDS ile yaşayan birey bulunmaktadır (2). Ülkemizde de yeni vaka sayıları yıldan yıla giderek artmakta olup 1985 yılından 30 Haziran 2019 tarihine kadar 20 202 HIV pozitif birey ve 1 786 AIDS hastası bildirilmiştir (3).

Dünyada ve ülkemizde yaygın şekilde görülen HIV/AIDS'in ilk teşhisinden bu yana 30 yıldan uzun süre geçmesine rağmen, toplum içerisinde bu hastalığa karşı negatif tepkilerin devam ettiği görülmektedir. Bunlar; HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik şiddet, korku, sessizlik, inkar, olumsuz tutum ve davranışlar, damgalama ve ayrımcılığı içermektedir (4). HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin sağlık hizmeti alırken de sağlık profesyonellerinin ayrımcılık, damgalama ve olumsuz tutum ve davranışlarına maruz kaldıkları bilinmektedir (5). Sağlık ekibi üyeleri HIV/AIDS bulaşı endişesiyle bakımı istismar etme hastayı aşağılama, etiketleme, tedavi etmeme, farklı tedaviler uygulama, bilgilerini ifşa etme, hastaya bakım vermeyi reddetme ve erken taburcu etme gibi çeşitli davranışlar sergilemektedir (6-11). Ayrıca çeşitli çalışmalarda sağlık profesyonellerinin HIV/AIDS bilgisinin yetersiz olduğu (5,8,12) ve bilgi eksikliğinin HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik olumsuz tutumlara sebep olduğu saptanmıştır (13-15).

Hemşireler sağlık profesyonelleri arasında HIV/AIDS'in önlenmesi ve HIV/AIDS ile yaşayan bireylere bakım verilmesinde en önemli sağlık profesyonellerinden biridir. Ancak yapılan çalışmalarda geleceğin hemşireleri olan hemşirelik öğrencilerinin HIV/AIDS bilgi düzeylerinin orta ya da düşük seviyede

olduğu görülmektedir (7,16,17). Suominen ve arkadaşlarının 102 hemşirelik öğrencisinin HIV/AIDS bilgi düzeyini inceledikleri çalışmada öğrencilerin bilgi düzeyinin orta seviyede olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada öğrencilerin HIV'in bulaşma yolları ve HIV'den korunma ile ilgili yanlış bilgilerinin olduğu sonucunun yanı sıra öğrencilerin %11'inin tüm homoseksüel bireylerde HIV bulunduğu gibi ciddi bir bilgi eksikliği olduğu saptanmıştır (7). Ay ve arkadaşlarının İstanbul, Ağrı ve Mersindeki üç farklı üniversitede okuyan toplam 230 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları çalışmadaki bulgular öğrencilerin HIV'in bulaş yolları ile ilgili eksik ya da yanlış bilgilerinin olduğu göstermiştir (17). Literatür incelendiğinde hemşirelik öğrencilerinin HIV/AIDS ile yaşayan bireylere karşı tutumlarının da olumlu olmadığı görülmektedir (18-20). Adhikari ve arkadaşlarının 113 hemşirelik öğrencisinin HIV/AIDS'e yönelik tutumlarını inceledikleri çalışmada öğrencilerin çoğunun olumsuz tutuma sahip olduğu belirtilmiştir (18). Babaoğlu ve arkadaşları ile Kök ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda da hemşirelik öğrencilerinin HIV/AIDS'e yönelik tutumlarının düşük ve davranışlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir (19,20).

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin sağlık hizmetleri sunumunda maruz kaldıkları olumsuz tutum, damgalama ve ayrımcılık davranışlarının önlenmesi için sağlık profesyonellerinin HIV/AIDS bilgisi ve tutumunu iyileştirecek müdahalelere öğrencilik döneminden itibaren başlanması gerekmektedir. Buna yönelik çeşitli müdahale stratejileri bulunmaktadır. Bunlar bilgi verme, danışmanlık, eğitim ve enfekte/etkilenen gruplarla etkileşimin sağlanması şeklinde olabilmektedir. Bu eğitim yöntemlerinden biri de Akran Eğitimi Modeli'dir (4). Akran eğitimi yaş, sınıf, cinsiyet, meslek, sosyoekonomik durum ve sağlık durumu açısından benzer olan topluluklar içerisinde profesyonel olarak öğretmenin yer almadığı bireylerin belirli bir konuda birbirlerinden öğrenme ya da birbirlerine öğretme sürecidir (21). Günümüzde akran desteği profesyonel hemşireler, hemşirelik öğrencileri, ebelik öğrencileri ve sağlık alanında görev alan akademisyenler için önemli bir kavramdır. Akran eğitiminin standartlarla iyi yapılandırıldığında, hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitiminde kullanılabilecek etkin bir yöntem olduğu belirtilmiştir. Akran eğitim desteği öğrencilerde akademik gelişim, mesleki gelişim, bireysel özgüven duygusunun gelişiminin yanı sıra; iletişim, ikili ilişkiler kurma becerisi ve ekip çalışması yeteneğinin gelişimi açısından oldukça önemlidir (22).

Geleneksel yöntemlere alternatif olarak sunulan akran eğitim programları farklı amaçlar doğrultusunda, farklı yaş ve çevrelerden gruplar için kullanılmaktadır (23-26). Günümüzde; aile planlamasında (23), hemşirelik öğrencilerinin beceri/klinik eğitimlerinde (24), alkol ve madde bağımlılarında (25), üreme sağlığı programlarında (26) ve tıp eğitiminde (27) akran eğitim programlarının kullanılmasının olumlu etkileri gösterilmiştir. Genç grupta olan bireylerin özellikle hassas ya da kültürel olarak tabu görülen konularda sahip oldukları bilgilerin çoğunu akranlarından elde ettikleri gerçeği (28) ve gençlerin kendi yaşıtları ile mahremiyet içeren konularda rahatça konuşabilmeleri sebebiyle HIV/AIDS ile ilgili eğitimlerde de akran eğitimine sıkça yer verilmektedir (29). Akran eğitimi HIV/AIDS bilgisini artırmada ve HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik olumsuz tutum, olumsuz davranışlar ve stigmanın önlenmesinde de yaygın olarak kullanılmaktadır (30-35). Malezya'da 30 kişilik akran eğiticilerin kullanıldığı HIV/AIDS akran eğitimi programı sonunda elde edilen sonuçlar, deney grubundaki üniversite öğrencilerinde bilgi düzeyi, tutum ve riskli davranışlar açısından önemli artış olduğunu göstermiştir (30). Akran eğitiminin adölesanlarda HIV/AIDS bilgisi ve HIV/AIDS tutumu üzerine etkisinin incelendiği bir başka çalışmada yüksek HIV/AIDS bilgisi ve olumlu tutuma sahip olanların oranlarında belirgin artış saptanmıştır (31). Akran eğitiminin hemşirelik öğrencilerinde de HIV/AIDS bilgisini artırma ve HIV/AIDS tutumu üzerine olumlu etkisi olduğu görülmüştür (34,35).

Hemşirelik ve diğer sağlık meslek gruplarının öğrencilerinde HIV/AIDS bilgi düzeyi ve tutumun iyileştirilmesi hem öğrenciler hem de HIV/AIDS ile yaşayan bireyler için oldukça önemlidir (19,36). HIV/AIDS'e yönelik bilgi ve tutumunun iyileştirilmesine yönelik müdahaleler öğrencilerin hem klinik uygulamaları hem de mesleki yaşantılarında HIV/AIDS ile yaşayan bireylere profesyonel yaklaşmalarını, önyargılı olmamalarını, eşit bakım vermelerini, bakım vermekten kaçınmamalarını, ayrımcılık ve damgalama davranışları göstermemelerini sağlar (10,37). Sağlık ekibi üyelerinin HIV/AIDS bilgi ve tutumunda artış HIV/AIDS ile yaşayan bireyler için de olumlu bir yaklaşımdır (37). HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin maruz kaldıkları damgalama, ayrımcılık, olumsuz tutum ve davranışlar sebebiyle HIV/AIDS ile yaşayan bireyler sosyal izolasyon yaşamakta, sağlık kurumlarına başvurmamakta ve destek almak istememektedir (2,10). Önleme, teşhis, tedavi ve bakıma yönelik sağlık hizmetlerinden yararlanmada isteksiz davranabilmektedir (38). Bu da tedaviye

uyumlarının azalmasına, hastalığa bağlı semptomların kontrol altına alınamamasına ve bu kişilerin HIV/AIDS'i istemeden daha çok bulaştırmalarına sebep olmaktadır (2,10). Stigmanın azaltılması ve ayrımcılık davranışlarının önlenmesi HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine başvurularında artış, HIV/AIDS'e bağlı semptomlarda azalma, tedavi uyumunda artma ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlar (39-42). Ayrıca HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin eşit bakım ve tedavi almalarını, kaliteli bakım almalarını, damgalayıcı ve ayrımcı tutumlara maruz kalmamalarını ve psikolojik açıdan iyilik hali sağlar (15).

Literatürde ülkemizde ve dünyada hemşirelik öğrencilerinin HIV/AIDS bilgi ve tutumunu ölçen farklı çalışmalar mevcuttur. Fakat akran eğitim modeline göre verilen eğitimin hemşirelik öğrencilerinde AIDS bilgi ve tutumu üzerine etkisini değerlendiren çalışmalar oldukça sınırlıdır (34,35). Bu çalışmalardaki örneklem grubunun Kamerun, Honduras ve Amerikalı hemşirelik öğrencilerinden oluştuğu, Avrupa'da ise hemşirelik öğrencileriyle yapılmış bir çalışma olmadığı belirlenmiştir. Buradan yola çıkarak bu araştırma, akran eğitim modeline göre hemşirelik öğrencilerine HIV/AIDS ile ilgili verilen eğitimin HIV/AIDS bilgi düzeyi ve tutumu üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Özellikle HIV/AIDS'in konuşulmasının tabu olduğu Türk toplumunda akran eğitimi yaklaşımının geleceğin hemşireleri olan hemşirelik öğrencilerinde AIDS bilgisi ve tutumu üzerine etkisinin ortaya konulması, bu eğitim yaklaşımının hemşirelik eğitiminde yer verilmesine öncülük edebilir. Bu çalışma ile hemşirelik öğrencilerinin HIV/AIDS bilgisi ve HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik tutumları olumlu yönde gelişebilir. Böylece hemşirelik öğrencilerinin HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik stigma ile olumsuz tutum ve davranışların önlenmesi açısından yararlı olabilir.

1.2. Hipotezler

H1: Akran eğitim modeline göre HIV/AIDS ile ilgili eğitim verilen hemşirelik öğrencilerinde akran eğitimi HIV/AIDS ile ilgili bilgi düzeyini artırmada etkilidir.

H2: Akran eğitim modeline göre HIV/AIDS ile ilgili eğitim verilen hemşirelik öğrencilerinde akran eğitimi HIV/AIDS tutumunu artırmada etkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HIV/AIDS Tanımı

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (Human Immunodeficiency Virus-HIV); bağışıklık sistemine saldıran bazı vücut sıvılarıyla yayılan ağır enfeksiyon ve kanserlere neden olan, tedaviye rağmen bulaş sonrası bireyin vücudundan tamamen yok olmayan bir virüstür (43). Bu virüs HIV enfeksiyonu, uzun süren asemptomatik enfeksiyon süreci ve HIV enfeksiyonun ileri evresi olan Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired İmmunodeficiency Syndrome-AIDS) gibi hastalık durumlarına yol açmaktadır (44). AIDS, HIV'in neden olduğu ve bağışıklık sisteminin zayıflaması sonucunda vücutta birçok sistemin etkilendiği ve buna bağlı olarak çeşitli hastalıkların meydana geldiği bir bağışıklık sistemi hastalığıdır (1).

HIV, CD4 yüzey proteini olan T hücrelerinin ve immün sistemin diğer hücrelerini enfekte ederek CD4 T hücre sayısının yavaş ve ilerleyici şekilde düşmesine neden olmaktadır (44,45). Virüsün bu etkisi ile immün sistem zayıflamakta ve vücut normalde dirençli olduğu birçok fırsatçı enfeksiyon ve kansere karşı korunmasız hale gelmektedir (46,47).

HIV ile AIDS birbiri yerine kullanılmakla birlikte anlamları farklıdır. Kendisine HIV bulaşı olan ancak gerekli tedavi ve bakım ile AIDS evresine ulaşmayan kişiler "HIV Pozitif" olarak isimlendirilir (48). HIV pozitif olan bireylerin gerekli tedaviye ulaşamamaları, tedavi sürecini aksatmaları, tedaviye uyumsuzluk ve kandaki HIV yükünün azaltılamamasına bağlı olarak immün sisteminin çökmesi sonucu meydana gelen hastalık tablosu AIDS olarak tanımlanmaktadır (49,50). HIV taşıyıcısı olmak ile AIDS tanısı almak tamamen farklı klinik tablolardır. HIV pozitif olan bireylerin uygun ve uyumlu tedavi süreci geçirmesi ve virüs yükünün azaltılması AIDS evresine ulaşmamalarını, kaliteli ve sağlıklı şekilde yaşam sürdürmelerini sağlayabilmektedir (50). Bu amaçla, 2014 yılında Birleşmiş Milletler tarafından 2020 yılına kadar HIV ile enfekte olan bireylerin %90'ının tanılanması, HIV pozitif bireylerin %90'ının Antiretroviral Tedavi (ART) alması ve ART alan bireylerin %90'ının virüs yükünün baskılanması hedefi ilan edilmiştir (43). Birleşmiş Milletler tarafından 2020 değerlendirmesi henüz yapılmış olup 2018'de yapılan çalışmada 170 ülkeden elde edilen verilere göre HIV taşıyıcısı olan bireyler içerisinde HIV/AIDS

tanısı konulanların oranının % 79 (%67-92) olduğu, tanı konulan HIV pozitif bireylerin % 78'inin (% 69-82) ART aldığı ve ART alan bireylerin % 86'sının (% 72-92) viral yüklerinin baskılandığı belirtilmiştir (51). Birleşmiş Milletlerin 2030 yılı için yeni hedefi HIV ile enfekte olan bireylerin %95'inin tanılanması, tanı konulan HIV pozitif bireylerin %95'inin ART alması, ART alan bireylerin %95'inin virüs yükünün baskılanması ve yeni vaka sayısının 200 000'den az olması olarak güncellenmiştir (52).

Halen aşısı ve bir tedavisi olmayan AIDS tüm yaş gruplarındaki bireyleri tehdit eden bir hastalıktır. Hastalık sürecinde ortaya çıkan fırsatçı enfeksiyon ve kanserler hastaların sağlık durumlarının bozulmasına sebep olmaktadır. Günümüzde ölümcül bir hastalık olarak değerlendirilmeyen HIV/AIDS yüksek tedavi uyumu ve etkili bakım ile uzun süre sağlıklı şekilde yaşanılan ve ömür boyu ilaç kullanmayı gerektiren kronik bir hastalıktır (53,54).

2.2. Tarihçe

HIV/AIDS, Amerika Birleşik Devletleri'nin Newyork ve Kaliforniya eyaletlerinde 1981 yılında Kaposi sarkoma ve Pneumocystis carinii jiroveci pnömonisi gibi nadir görülen iki hastalığın homoseksüel erkekler ile Haiti'li göçmenlerde yaygın görülmeye başlanması ile Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC-Center for Disease Control and Prevention) tarafından ilk defa tanımlanmıştır (49,54-56). Vakalarda fırsatçı enfeksiyonlar, nörolojik rahatsızlıklar ve bazı kanserlerin görülmesiyle beraber bağışıklık sisteminin baskılandığı tespit edilmiştir. Daha önce görülmeyen ve yeni keşfedilen hastalığa 1982 yılında Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (AIDS) adını verilmiş, 1983 yılında ise AIDS'e sebep olan mikroorganizmanın bir virüs olduğu belirlenerek virüs İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) olarak tanımlanmıştır (57). Ülkemizde ise ilk defa 1985 yılında HIV/AIDS vakası bildirilmiş ve vaka sayıları her sene artış göstermiştir (55).

2.3. Dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS Prevalansı

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2018'in sonunda dünyada toplamda 37 900 000 HIV/AIDS ile yaşayan birey bulunmaktadır. Bunların 36 200 000'i erişkin, 18 800 000'i kadın ve 1 700 000'i 15 yaşın altındaki çocuklardan oluşmaktadır. Ayrıca

2018 yılı içerisinde 1 700 000 insanın HIV pozitif veya AIDS tanısı aldığı ve sadece 2018 yılında 770 000 HIV/AIDS ile yaşayan bireyin hayatını kaybettiği belirlenmiştir (2).

Ülkemizde ilk bildirim 1985 yılında 3 vaka ile yapılmış ve vaka sayıları yıldan yıla giderek artmıştır (49,56,57). İlk tanı tarihinden itibaren ilk altı sene yılda yaklaşık 30 olan vaka sayısı 2000 yılından itibaren yılda 150-200 vaka, 2011 yılı içinde 700-750 vaka ve 2012 yılından itibaren ise yıllık 1000 vakanın üzerine çıkmıştır (55). 2018 yılı içerisinde ise yeni HIV/AIDS tanı sayısı ise 3 800'dür. Ülkemizde Sağlık Bakanlığının HIV/AIDS istatistiklerine göre 31 Aralık 2019 tarihi itibariyle 21.988 HIV/AIDS ile yaşayan birey bulunmaktadır. Bunların 20 202'si HIV pozitif birey ve 1 786'sı da AIDS hastasıdır (54).

Ülkemizde ilk vakadan bugüne kadar tanılanan HIV pozitif bireylerin % 79.98'i erkek, % 20'si kadın ve % 15.7'si yabancı uyruklu kişilerdir. AIDS tanısı konan bireylerin % 83'ü erkek, % 17'si kadın ve % 12.7'si yabancı uyruklu kişilerdir. HIV pozitif olan bireylerin yaş dağılımları incelendiğinde en çok 25-34 yaş gruplarında yer aldıkları görülmektedir. AIDS olan bireylerin yaş dağılımları incelendiğinde en çok 30-39 yaş gruplarında yer aldıkları görülmektedir. Yıllara göre hayatını kaybeden HIV/AIDS vakaları incelendiğinde 2014-2018 arasındaki beş yıllık dönemde toplam 112 HIV/AIDS ile yaşayan birey hayatını kaybetmiştir (3).

2.4. HIV/AIDS'in Bulaşma Yolları

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü cinsel yol, kan ve kan ürünleri, perinatal yol (anneden bebeğe plasenta veya sütle geçiştir) ve enfekte organ/doku/sperm nakli ile bulaşmaktadır (50,55,58-60). Sağlık Bakanlığı'nın istatistiklerine göre ilk vakadan günümüze kadarki tüm vakalarda bulaş yolu bilinen vakalar içerisinde ülkemizdeki temel HIV/AIDS bulaş yolu heteroseksüel cinsel ilişkidir. Bunu homoseksüel/biseksüel cinsel ilişki, damar içi kullanımı, çoklu bulaş, anneden bebeğe geçiş, enfekte kan transfüzyonu ve nozokomiyal bulaş izlemektedir (3).

2.4.1. Cinsel Yolla Bulaşma

Tüm ülkelerde HIV'in en sık görülen bulaşma yolu korunmasız her türlü oral, vajinal ve anal cinsel ilişki olup (61) en çok heteroseksüel cinsel temas ile bulaştığı bilinmektedir (58). Erkeklerde spermde ve kadınlarda vajinal salgılarda bulunan HIV, cinsel temas sırasında bütünlüğü bozulmuş olan penis, vajina, anüs veya ağız mukozalarından bulaşır (47). Virüs; HIV poizitif bireyin kan, vajinal sekresyonlar ve menisinin korunmasız cinsel temas sırasında HIV taşımayan kişinin kan veya mukoz membranlarına temas etmesi sonucu kan dolaşımına geçer ve bulaş gerçekleşir (57,61). Dünyada normal popülasyona göre HIV görülme sıklığı seks işçilerinde 12 kat, erkek erkeğe cinsel temasta bulunanlarda 19 kat, damar içi madde kullananlarda 28 kat ve transseksüel kadınlarda 49 kat fazladır (62).

2.4.2. Kan ve Kan Ürünleri ile Bulaşma

HIV'in en yüksek yoğunlukta bulunduğu vücut sıvısı kandır (63). HIV kan yolu ve enfekte kişiden alınan kan ürünlerinin enfekte olmayan kişilere transfüzyonu sonucunda bulaşabilmektedir (50,64). Dünyada 1985 yılından itibaren, ülkemizde ise 1987 yılından itibaren tüm kan ve kan ürünlerine HIV açısından taranma zorunluluğu getirilmesinden (54,56,57) itibaren dünyada ve ülkemizde kan ve kan ürünlerinden HIV bulaşı iyice azalmıştır (56). Fakat HIV pozitif hastalara uygulanan invaziv işlemler sırasında kesici-delici alet yaralanmaları ve kan/vücut sıvılarının mukoz membranlara teması sonucu halen kan yoluyla HIV bulaşı meydana gelebilmektedir (58,61,65).

HIV deriyi delen aletler (ilaç enjektörleri, tıraş bıçağı, dövme iğneleri veya sünnet aletleri gibi) yoluyla da insanlara bulaşmaktadır. Virüsü taşıyan bir bireyde kullanılmış ve sterilize edilmeden bir başka kişide yeniden kullanılan enjektör, iğne, tırnak makası, jilet, cerrahi aletler, diş hekimliğinde kullanılan aletler, dövme, piercing ve akupunktur gereçleri aracılığıyla bulaşma olabilir (46,47,50). Kadın veya erkek farketmeksizin HIV pozitif bireylerin cinsel organlarındaki kanama veya menstruasyon kanının penis, vaginal mukoza veya oral mukozaya temas etmesi sonucu da HIV bulaşı meydana gelebilir (47).

2.4.3. Enfekte Organ ve Doku Nakli ile Bulaşma

HIV ile enfekte bireylerden alınan sperm, doku ve organların enfekte olmayan kişilere nakli sonucu HIV bulaşı gerçekleşebilmektedir (50). Geçmişte organ ve doku nakli sonucu HIV bulaşının yaşandığı vakalar mevcuttur. Örneğin organ nakli yapılacak olan bir donörün kanında HIV incelemesi için 8 ay önce kan alınmış ve negatif çıkmıştır. Fakat organ naklinden hemen önce test tekrarlanmamıştır. Bu süreçte HIV kapmış olan hastanın organı sağlıklı kişiye nakledilmiş ve HIV bulaşı gerçekleşmiştir. Diğer iki vakada ise acil organ nakli gereken iki hastaya donörlere test yapılmadan organları alınmış ve hastalara nakledilmiştir. Daha sonra test yapılmayan donörlerin HIV pozitif oldukları ve HIV'i iki hastaya da bulaştırdıkları belirlenmiştir (66).

2.4.4. Anneden Bebeğe Bulaşma

Perinatal HIV bulaşı gebelik sürecinde plasenta yoluyla, doğum sırasında HIV içeren vajinal sıvılara temas yoluyla ve doğumdan sonra emzirme yoluyla meydana gelmektedir (46,49,63). Sezeryan ile gerçekleştirilen doğumlarda bulaş riskinin azaldığı, doğum sonrası dönemde ise bebeği emzirmenin HIV bulaş riskini artırdığı belirtilmektedir (1).

2.4.5. HIV'in Bulaşmadığı Durumlar

HIV sağlam deriden, solunum yolundan ve enterik yoldan bulaşmamaktadır (1). Dolayısıyla HIV pozitif bireylerle aynı ortamda bulunma, aynı okula gitme, onlarla aynı havayı soluma, aksırık, öksürük, el ele tutuşma, tokalaşma, sarılma, dokunma ve öpme ile geçmemektedir (1,47,49,54). HIV pozitif bireylerin tükürük, gözyaşı, ter, idrar ve dışkılarında kan bulunmaması durumunda tükürük, gözyaşı, ter, idrar ve dışkı yoluyla da HIV bulaşmamaktadır (1,47,49). Ortak tabaktan yemek yeme, aynı bardaktan içecek içmek, ortak kaşık, çatal, tabak, bardak, telefon ve havlu kullanma ile de HIV bulaşı gerçekleşmemektedir (47,49,54). Ayrıca duş, tuvalet, lavabo, havuz, hamam, deniz gibi ortak kullanım alanlarında da HIV bulaşmamaktadır (1,47,49). Sivrisinek ve benzeri böcek sokmasının de HIV bulaşına sebep olmadığı belirtilmektedir (1,47,49,54). Ayrıca HIV/AIDS kalıtsal bir hastalık olmaması sebebiyle genetik geçişi bulunmamaktadır (54).

2.5. HIV/AIDS'in Bulaşı Açısından Risk Grupları

HIV/AIDS bulaşma riski yüksek olan gruplar şu şekildedir (1,54,58,67,68);

- Homoseksüel erkekler,
- Para karşılığı seks yapanlar,
- İntravenöz ilaç kullanan bağımlı kişiler,
- Cinsel yolla bulaşan hastalığı olan kişiler,
- Birden fazla cinsel partneri olan heteroseksüel kişiler (özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınlar),
- HIV ile enfekte olan kişilerin cinsel eşleri,
- HIV ile enfekte olan annelerin çocukları,
- Kan transfüzyonu ve doku nakli olan kişiler,
- Hemofili hastaları, koagülasyon bozukluğu olan kişiler,
- Hemodiyaliz tedavisi alan kişiler,
- Sağlık personelleri,
- Mahkumlar,
- Göçmenler,
- Evsizler
- 25-29 yaş arası bireyler.

2.6. HIV/AIDS'in Evrelere göre Klinik Belirti ve Bulguları

2.6.1. Primer HIV enfeksiyonu

Akut retroviral sendrom olarak da isimlendirilen bu evre HIV'in bulaşmasından 2-4 hafta sonra ortaya çıkar (69). HIV replikasyonu ve CD4 T lenfositlerin yıkımı hızlı, HIV p24 antijeni pozitif, anti-HIV negatif ve kandaki HIV virüs yükü 100 000 kopya/ml'nin üzerindedir. İlk iki hafta içerisinde en çok görülen belirti ve bulgular; hipertermi, yorgunluk, lenfadenopati, eklem ağrıları, kas ağrıları, kilo kaybı, iştahsızlık, karın ağrısı, bulantı-kusma, diyare, baş ağrısı, ağrılı mukozal ülserler, makulopapüler döküntü ve farenjitdir. Semptomlar ortalama 14 gün sürmektedir (1,43,44). Belirtilerin genelde AIDS'e özgü olmaması sebebiyle tanı koymak güçtür. Kandaki virüs yükünün fazlalığı sebebiyle bulaşıcılık yüksektir (62).

2.6.2. Serokonversiyon

HIV'in bulaşmasından sonra 6-12 hafta içinde HIV'e karşı antikor oluştuğu ve antikorlar ile hastalığın tanımlanabildiği dönemdir (69). Virüs yükü akut dönemden daha düşük seviyededir (1).

2.6.3. Kronik HIV Enfeksiyonu

Viral yük sabit iken CD4 T lenfosit miktarında progresif düşüş görülen evredir. "Asemptomatik Dönem", "Erken Semptomatik Dönem", "AIDS" ve "İleri HIV Enfeksiyonu"nu kapsayan dönemdir (1).

2.6.4. Asemptomatik Dönem

Serokonversiyon aşamasını yaklaşık on yıl süren asemptomatik aşama izler (69). Bu sessiz evrede HIV pozitif bireyler genelde semptom göstermemektedir (1,43). Bu aşamada viral replikasyon yavaşlar, ancak durmaz. Periferik kanda HIV seviyesi çok düşük seviyelere düşer, ancak HIV'e karşı antikorlar kanda tespit edilebilir. CD4 T hücre sayıları genellikle 500 hücre/mm^3'ün üzerinde olup bazı hastalarda 500 hücre/mm^3'ün altına da düşebilmektedir (69). HIV replikasyonu, CD4 T lenfositlerin yıkım süreci ve buna bağlı olarak bağışıklık sisteminde gerileme ilerleyici şekilde devam eder (1). Fizik değerlendirmede yaygın lenfadenopatiye rastlanabilir (56). Virüsün alınma yolu, hastanın yaşı ve alınan virüs yüküne bağlı olarak ortalama 1-1.5 yıl ile 8-10 yıl arasında sürebilir. Örneğin bulaşan HIV yükünün en yoğun olduğu bulaş yolunun kan yolu olması sebebiyle HIV'in kan ile bulaştığı vakalarda bu dönem daha kısadır (43). Günümüzde bu aşama, HIV enfeksiyonundan sonra iyileştirilmiş anti-retroviral ilaçların uygulanmasıyla 20 yıla kadar uzatılabilir (69).

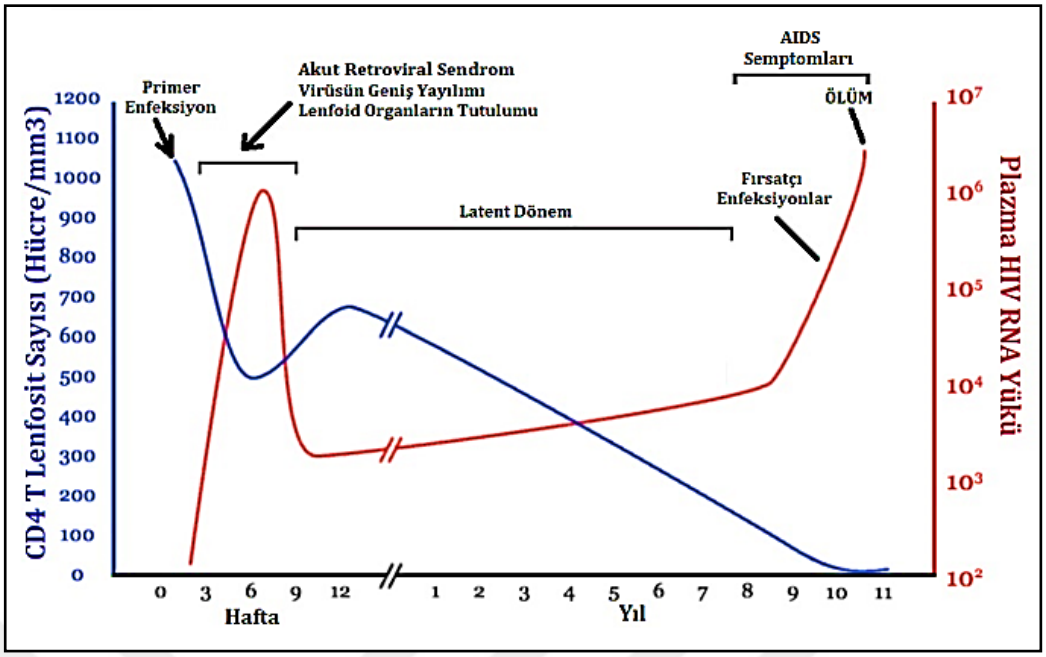
2.6.5. Erken Semptomatik Dönem

HOV pozitif olan bireylerin artık şikayetleri belirgindir. Halsizlik, kilo kaybı, idiopatik hipertermi, uzun süreli diyare, seboreik dermatit, sık geçirilen herpes enfeksiyonları, ağızda pamukçuk ve gece terlemeleri sık karşılaşılan semptomlardır (43,56). Pnömoni ve diğer bakteriyel enfeksiyonların görülme sıklığında artış görülür.

Ayrıca kardiyovasküler, nöropsikiyatrik, hematolojik, onkolojik ve endokrinolojik komplikasyonlar da ortaya çıkabilmektedir (1).

2.6.6. AIDS ve ileri HIV Enfeksiyonu

HIV enfeksiyonu süresince tanı almama, tedaviye ulaşamama, tedavi sürecini aksatma, tedaviye uyumsuzluk ve kandaki HIV yükünün azaltılamamasına bağlı olarak immün sisteminin çökmesi sonucu HIV enfeksiyonu AIDS tablosuna dönüşür (49,50). CD4 T lenfosit sayısının <50/mm^3 olması durumuna ise ileri HIV enfeksiyonu denir (1). AIDS aşaması genellikle çoklu sistem hastalığı ve tüm vücut sistemlerini etkileyen enfeksiyonlarla karakterizedir. HIV replikasyonunun artması nedeniyle immün sistem iyice zayıflar ve hastalarda bu dönemde fırsatçı enfeksiyonlar ve kanserlerin görülme insidansı artar (69). Pneumocystis pnömoni, toxoplasma ensefaliti, sitomegalovirüs (CMV) retiniti, cryptococcal menenjit, tüberküloz, yaygın mycobacterium avium complex hastalığı, pnömokokkal solunum hastalığı gibi fırsatçı enfeksiyonların yanı sıra Kaposi sarkomu, merkezi sinir sisteminde lenfoma gibi sekonder klinik tablolar ortaya çıkar (1,43). Ayrıca trakea/bronş/akciğer kandidiyazı, özefageal kandidiyaz, Burkitt Lenfoması, yineleyen pnömoniler, kraniyal toksoplazmoz ve invaziv serviks kanseri de görülebilir. CD4 T lenfosit sayısının <200/mm^3 olması veya AIDS'i tanımlayıcı fırsatçı enfeksiyonlar ya da kanserlerin meydana gelmesiyle AIDS tanımlanır (1). Bu aşamada HIV replikasyonunu kontrol etmek zordur. Hastaların sağlık durumlarının iyileştirilmesine yönelik terapötik müdahaleler için seçenekler ya sınırlıdır ya da çok yararlı değildir (69). HIV'in bulaşından itibaren AIDS ve ileri HIV enfeksiyonuna kadar olan HIV'in zamana göre seyri Şekil 2.1'de verilmiştir (70).



Şekil 2.1. HIV'in zamana göre seyri (70).

2.7. HIV/AIDS Enfeksiyonunda Tedavi

HIV/AIDS ile mücadelede HIV'in vücuttan tamamen temizlenmesini sağlayabilecek kalıcı bir tedavi ya da aşısı henüz bulunmamaktadır (55,71). Fakat virüs yükünü baskılamak, immün sistemi güçlendirmek ve enfeksiyonla ilişkili komplikasyonların etkilerini en aza indirmek Antiretroviral tedavi (ART) uygulanmaktadır. Bu tedavide kullanılan ilaçlar da Antiretroviral ilaçlar olarak bilinmektedir (70). Tedavinin amacı HIV'i inaktif hale getirmek, bağışıklık sistemini uyararak güçlendirmek ve fırsatçı enfeksiyonlar ile kanserlerin tedavisini sağlamaktır (1). Antiretroviral tedavi, HIV'in çoğalmasını önler, CD4 T Lenfosit hücrelerinin sayısını arttırır ve böylece enfeksiyonun asemptomatik fazını uzatarak hastalığın ilerlemesini yavaşlatır (70). Ayrıca ART yaşam kalitesini iyileştirir, yaşam beklentisini uzatır ve HIV bulaşma riskini azaltmaya yardımcı olur (55,72). Antiretroviral tedavinin yaygın kullanımı, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde HIV/AIDS ile ilişkili mortalite insidansında bir azalmaya yol açmıştır (73).

2.8. HIV/AIDS Enfeksiyonundan Korunma

HIV/AIDS'den korunma önlemleri; virüsün cinsel yolla bulaşmasından korunma, kan ve doku/organ nakli yoluyla bulaşmasından korunma, anneden bebeğe geçişini önleme ve sağlık personeli için korunma şeklinde ele alınmaktadır (1,43,47).

2.8.1. HIV/AIDS'in Cinsel Yolla Bulaşmasından Korunma

Cinsel temas sırasında güvenli ilişki ve korunma önlemlerinin alınması ile HIV'in cinsel temasla bulaşması ve yayınlanması önemli ölçüde azaltılabilir (47). Tek eşli yaşam (1,43,47,57), lateks kondom, kılıf, kaput gibi koruyucu araçların kullanımı (74-76), HIV taşıyıcısı olan veya HIV taşıma riski yüksek olan (damar içi madde kullanıcıları ile seks işçileri gibi birden çok cinsel partneri olanlar) kişilerle cinsel temastan kaçınma (43,74,75), madde ya da alkolün etkisinde iken herhangi bir kişiyle cinsel temasta bulunmama (76) da cinsel yolla bulaştan korunmada etkili yöntemlerdir. HIV ile enfekte olmayan ancak güvensiz cinsel temas ya da intravenöz ilaç/madde kullanımı gibi riskli davranışlar sonucu kendisine HIV bulaşma riski yüksek olan kişilere maruziyet öncesi profilaksi başlanması, HIV'in ileriye doğru bulaşmasını önlemeye yardımcı olabilir (77,78).

2.8.2. HIV/AIDS'in Kan, Doku ve Organ Nakli Yoluyla Bulaşmasından Korunma

1985 yılından itibaren dünyada ve 1987 yılından itibaren de ülkemizde tüm kan ve kan ürünleri HIV açısından taranmaktadır (54,56,57). Bunun sonucunda da hem dünyada hem ülkemizde kan ve kan ürünlerinden HIV bulaşı azalmıştır (56). Yine de kan ve ürünleri ile HIV bulaşını önlemek açısından alınması gereken çeşitli önlemler bulunmaktadır. HIV varlığı açısından incelenmemiş ve üzerinde "AIDS antikoru (-)" ibaresinin yer almadığı kan ürünleri kesinlikle kullanılmamalıdır. Kan verecek olan kişilerin serolojik testleri ile beraber donörlerin yaşam tarzı, davranışları, seyahat ettikleri ülkeler, cinsel yaşam gibi ek veriler de değerlendirilmelidir. Yabancı turistler, uzun süre yurtdışında yaşamış olan kişiler, seks işçileri, ülkemizde bulunan göçmenler, bar/pavyon/genel ev işçileri, eşcinseller ve madde bağımlıları gibi riskli grupta yer alan kişilerden kan, sperm ya da organ bağışı kabul edilmemelidir (1). Perkütan HIV geçişine neden olması bakımından İntravenöz madde kullanan kişilerle ortak enjektör kullanımı gibi riskli davranışlarda bulunulmamalıdır (76). HIV bulaştırma riski bulunan cerrahi aletler, akupunktur iğneleri, dövme aletleri, pedikür-manikür malzemeleri ve kulak delme iğneleri gibi yeniden kullanılacak malzemeler mutlaka steril edilerek kullanılmalıdır (1).

2.8.3. HIV/AIDS'in Anneden Bebeğe Geçişini Önleme

HIV pozitif olan kadınların çocuk sahibi olmak isteme durumları değerlendirilmelidir. Çocuk sahibi olmak istemeyen HIV pozitif kadınlara aile planlaması ve korunma yöntemleri hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Hamile kaldıktan sonra HIV bulaşı gerçekleşen ve çocuğu doğurmak istemeyen kadınlara kürtaj ile ilgili bilgilendirme yapılmalı ve ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirilmelidir. HIV pozitif olup gebe olan ve çocuğunu doğurmak isteyen kadınlara ilaç tedavisi başlanmalıdır (76). Süt ile HIV geçişi olması sebebiyle HIV pozitif kadınlar doğum sonrasından bebeğini emzirmemeli, benekler anne sütü yerine mama ile beslenmelidir (43).

2.8.4. Sağlık Personelinin HIV/AIDS'den Korunması

Sağlık peronelinin HIV bulaşının önlenmesinde en önemli ilke her hastanın HIV taşıyıcısı olduğu kabul edilerek her hasta için evrensel önlemlerin alınmasıdır (1). Derideki tüm yara ve çatlakların hastaların vücut sıvıları ile teması önlenmeli ve vücut sıvılarıyla temas riskine karşı açık yaralar mümkünse steril bir örtü ile kapatılmalıdır (43). Bakım ve tedavi sırasında hastadan herhangi bir vücut sıvısının sıçrama ihtimali varsa maske, gözlük ve koruyucu önlük giyilmelidir (79). HIV pozitif hastalara yapılacak tüm invaziv işlemler dikkatli şekilde yapılmalıdır. Kullanılmış olan iğneler tekrar kılıfına konulmamalı, cerrahi aletler uygun şekilde ortamdan uzaklaştırılmalıdır. Cerrahi alet yaralanmaları ya da iğne batmaları durumunda, yara bölgesi kanamaya bırakılmalı, bol su ve sabunla yıkanmalı, cilt antiseptiği (% 70'lik alkol veya % 10 povidon iyot) ile silinmeli ve kanı bulaşan hastadan izin alınarak hastanın HIV ve HBV taşıyıcılığı araştırılmalıdır (1). Hastanın HIV pozitif ya da AIDS olması durumunda ise;

- Maruz kalan sağlık personeli klinik ve serolojik açıdan takip edilir (6. hafta, 3. ay, 6. ay ve 1. yılda değerlendirilir).
- Viral yük değerlendirilir.
- HIV ile şüpheli maruziyet sonrası ise ilk 72 saat içinde mümkün olan en hızlı şekilde proflaktik ART başlanmalıdır. Profilaktik tedavi 28 gün süresince günde bir veya iki kez devam etmelidir (1,57).
- Monoterapi uygulanır.

- AZT günde 1000 mg (4 saatte bir 200 mg) olacak şekilde 4-6 hafta
- Kombine tedavi uygulanır (1).

2.8.5. Üniversite Öğrencilerinin HIV/AIDS'ten Korunması

Hem ülkemizde hem de dünyada HIV/AIDS salgınından en çok gençler etkilenmektedir. Cinsel olarak aktif ve güvensiz davranışlara yatkın olma özellikleriyle bu grup cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV/AIDS açısından savunmasız ve riskli bir gruptur (80). Ülkemizde de cinsel aktiviteye başlanan yaş ortalaması düşmekte olup güvenli olmayan cinsel davranış biçimleri de yaygınlaşmaktadır. Adölesanların evlilik öncesi aktif cinsel hayatlarının olduğu gösterilmiş olup gençlerin güvensiz, korunmasız ve bilinçsiz birliktelikler yaşadıkları bildirilmektedir (81). Ögel ve arkadaşlarının "İstanbul'da Gençler Arasında Cinsellik Araştırması Raporu"na göre 15-24 yaş arasındaki 2691 genç ile yapılan çalışmada gençlerin % 19.9'u daha önce en az 1 kişi ile cinsel temasta bulunduğu ve ilk cinsel temas yaşının çoğunlukla 14-15 yaşlar arasında olduğu belirlenmiştir. Ayrıca cinsel ilişkiye girdiğini ifade eden gençlerden sadece % 42.1'i korunma yöntemi olarak ilişki sırasında prezervatif kullanıldığını belirtmişlerdir (82). Yapılan benzer çalışmalarda da üniversite öğrencileri arasında cinsel temas öyküsü olanların oranı %8.9 ve %27 olarak bulunmuştur (83,84).

Gençlerin güvenli ve sağlıklı bir cinsel yaşam sürdürebilmeleri için birtakım çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bunların başında cinsel sağlık eğitimi gelmektedir (81). Cinsel sağlık eğitimi bireylerin cinsel ilişkiye başlama yaşını geciktirir, güvenli cinsel davranışlar edinilmesine katkıda bulunur ve adölesan/istenmeyen gebelikler ile cinsel yolla bulaşan hastalıkları önler. Ayrıca cinsel ve sosyal ilişkilerde olumlu değerler ve tutumlar benimsemeleri ile büyüme ve gelişim, anatomi ve fizyoloji hakkında doğru bilgiler edinmelerini sağlar (85). Bu açıdan cinsel temasta bulunmama (abstinans), cinsel birleşme olmadan cinsellik, ilişkide prezervatif kullanımı ve tek eşlilik gibi konularda her yaş grubuna göre ayrı hazırlanan, bilimsel, basit ve anlaşılır eğitim programları ile üniversite öğrencileri HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmalıdır (80,81). Ayrıca öğrencilerin cinsel sağlık eğitimini belirsiz ve güvenli olmayan kaynaklar yerine ebeveynler, diğer aile fertleri, öğretmenler, sağlık profesyonelleri ve bu konuda uzman olan

profesyonellerden almaları sağlanmalıdır (81).

2.9. Riskli Gruplarının Belirlenmesi ve Tarama

HIV/AIDS, uygun müdahaleler ile beraber önlenebilir bir enfeksiyondur. Bu salgını önlemede en önemli strateji bulaşın engellenmesidir. Buna yönelik olarak da yapılması gereken en temel şey HIV/AIDS bulaşı açısından riskli gruplarının belirlenmesi ve tarama programlarına erişimlerinin sağlanmasıdır (62). Dünyanın farklı ülkelerinde HIV bulaşı açısından her ülkeye özgü riskli gruplar olmakla beraber homoseksüel erkekler, para karşılığı seks yapanlar, birden fazla cinsel partneri olan heteroseksüel kişiler, intravenöz ilaç kullanan bağımlı kişiler, mahkumlar, 25-29 yaş arası bireyler, göçmenler, evsizler ve sağlık çalışanları tüm dünyada HIV bulaşı açısından en riskli gruplardır (1,54,58,67,68). Riskli grupların bu kadar çeşitli olmasına rağmen ülkemizde sadece kan bağışı yapanlar, organ donörleri, kayıtlı seks işçileri, evlenecek çiftler ve cerrahi operasyonu yapılacak kişiler HIV/AIDS açısından taranmaktadır. Gebe kadınlar, mahkumlar, asker adayları, mental retardasyonu olan bireyler ve evsiz çocuklar kendilerinin talep etmemesi durumunda taranmamaktadır. Ayrıca damar içi madde kullanan bağımlı bireyler için HIV/AIDS taraması için bir erişim veya tarama programı da bulunmamaktadır (77).

Ülkemizde riskli grupların ilgili sağlık kuruluşlarına ayrımcılığa uğramadan ulaşılabilirliklerinin sağlanması HIV/AIDS'in önlenmesi ve erken tanı konulabilmesi açısından oldukça önemlidir (86). Erken tanı hızlı tedavi ile HIV kanda saptanamayacak düzeye iner, hastalığın ilerlemesi önlenir ve HIV'in cinsel yolla bulaşma riski azalır (77). Bu sebeple HIV/AIDS açısından risk grubunda bulunan kişilerin HIV/AIDS konusunda bilgilendirilmesi ve gönüllülük esasına dayalı olarak test yaptırmaları sağlanmalıdır (54).

Ülkemizde HIV/AIDS taramaları en alt düzeyden en üst düzeye göre; gönüllü danışmanlık ve test merkezleri, birinci basamak sağlık kuruluşları (eğitilmiş uygulayıcılar), laboratuvarlar (Bölge, Eğitim-Araştırma, Devlet ve Üniversite Hastaneleri), doğrulama laboratuvarları ve ulusal referans laboratuvarlarda yapılmaktadır (87). Test sonuçları kişilere yüz yüze görüşme ile verilmekte olup genel olarak telefonla bildirim yapılmamaktadır (88). Doğrulanmış HIV vakalarının ilgili

birimlere bildiriminde kişilerin mahremiyetlerinin korunması amacıyla kimlik bilgileri yerine kodlar kullanılmaktadır. Bu kod HIV tanısı alan kişinin adının ilk iki harfi, soyadının ilk iki harfi, baba adının ilk iki harfi ve doğum tarihinin son iki rakamı kullanılarak oluşturulur. Daha sonra bildirim D86 A (AIDS vakaları için) ve D86 B (HIV Enfeksiyonu için) formları ile Halk sağlığı Müdürlüğü ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna bildirilir. Kodlu bildirim ile HIV tanısı alan kişinin özel hayatının gizliliği ve ayrımcılığa uğramama hakkı korunmuş olur (89).

2.10. HIV/AIDS'li Bireylerin Hemşirelik Yönetimi

HIV pozitif olan bireyler ve AIDS hastalarında tüm sağlık sistemlerini ilgilendiren ve hemşirelik bakımı gerektiren sorunlar vardır. Bu sorunlar fiziksel ve psikososyal sorunlar olmak üzere iki gruba ayrılabilir (90-96) (Tablo 2.2).

Tablo 2.1. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV/AIDS'e bağlı olarak yaşadıkları fiziksel ve psikososyal sorunlar.

Fiziksel Sorunlar	Psikososyal Sorunlar
• İmmünosüpresyon • Malnütrisyon • Fırsatçı Enfeksiyonlar • Solunum Sıkıntısı • Diyare • Kilo Kaybı • Yorgunluk • Ateş • Ağrı • Bulantı, Kusma • Ağızda Pamukçuk	• Depresyon • Anksiyete • Utanma • Korku • Sosyal İzolasyon • Stigma • İntihar Düşüncesi • Bilişsel Bozukluklar (Demans, Deliryum) • Mani • Psikoz • Uyku Rahatsızlıkları • Uyum Bozukluğu

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin hemşirelik yönetiminde hemşireler hastanın fiziksel değerlendirmesi ile beraber psikolojik durumunu da değerlendirmeli ve bütüncül bir hemşirelik bakımı uygulamalıdır (1). Çünkü hemşireler, HIV ile yaşayan bireyler ve AIDS hastalarının bakımında en aktif şekilde yer alan sağlık ekibi üyeleridir (94). HIV/AIDS ile yaşayan bireylere verilecek olan hemşirelik bakımı semptom yönetimi, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi, psikososyal destek ve çeşitli konularda danışmanlık uygulamalarını içerir. Buradan yola çıkarak HIV/AIDS ile

yaşayan bireylere verilecek olan hemşirelik bakımının hedefleri şunlardır (97);

- Enfeksiyon gelişiminin önlenmesi,
- Hava yolu açıklığı, etkin hava yolu temizliği, yeterli solunum ve gaz değişimin sağlanması
- Vücut ısısının normal sınırlarda olması,
- Ağrının olmaması,
- Kalori ihtiyacına göre yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması,
- Serum elektrolit değerlerinin normal değerler içerisinde olması ve sıvı-elektrolit dengesizlik durumuna bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi,
- Bulantı-kusmanın kontrol altına alınması,
- Normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapması,
- Diyare ve diyareye bağlı komplikasyonların önlenmesi,
- Oral mukoz membranın bütünlük, nemlilik ve hijyeninin sağlanması ve sürdürülmesi,
- Deri bütünlüğünün sağlanması ve sürdürülmesi,
- Yorgunluğun azaltılması, giderilmesi ya da önlenmesi,
- Yeterince uyuması ve uykusuzluk belirtilerinin olmaması,
- Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız şekilde yapabilmesinin sağlanması,
- Cinsel fonksiyonlarını sağlıklı bir şekilde sürdürmesi ve desteklenmesi,
- Stigmanın önlenmesi,
- Tedavi ve sağlık kontrollerine düzenli olarak uyması ve uyum sağlaması,
- Benlik saygısının yükseltilmesi ve olumlu beden imajının kazandırılması,
- Sosyal ilişki ve etkileşimlerinin nicelik ve nitelik olarak artırılması,
- Sosyal çevresi ile kişiler arası ilişkilerini sağlıklı bir şekilde sürdürmesi,
- Bireyin hastalığa, yapılan tedavilere, ilaçlarına ve girişimlere yönelik bilgi sahibi olması,
- Onurunun ve saygınlığının korunması (1,43,46,75,98).

2.11. HIV/AIDS ile İlgili Damgalama (Stigma) ve Ayrımcılık

Tıbbi sorunlara ek olarak, HIV/AIDS ile yaşayan bireyler çeşitli sosyal sorunlar ile de karşı karşıya kalmaktadırlar. Bunlardan ikisi stigma (damgalama, etiketleme) ve ayrımcılıktır (99,100). Stigma; "Önyargılar sonucu bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır alması ve onları toplumdan dışlamasına kadar giden davranışlar bütünü" olarak tanımlanmaktadır (101,102). Tüberküloz, cüzzam, veba, kanserler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, epilepsi, psikiyatrik hastalıklar ve AIDS ile yaşayan bireyler stigmaya maruz kalan hastalık gruplarına örnek olarak gösterilebilir (101,103). Damgalama ve önyargılı yaklaşıma bağlı olarak toplumdaki birey ya da grupların bazı hak ve menfaatlerden yoksun bırakılması ayrımcılık olarak isimlendirilmektedir (101).

HIV/AIDS günümüzde en damgalayıcı hastalıklardan bir tanesidir. Bunun en önemli sebepleri HIV/AIDS'in ölümcül ve tedavisi olmayan bir hastalık olduğu algısı (62), HIV/AIDS'in ölüm, seks, tabu olan davranışlar, ahlaksızlık, utanç, damar içi uyuşturucu kullanımı, suç, ceza, ve korku gibi kavramlar ile ilişkilendirilmesi (63,101,103) hastalığın yüksek yayılım hızı, hastalığa bağlı ölümlerin fazlalığı, kalıcı bir tedavi/aşının olmaması (101), bulaşma yolları ile ilgili yanlış düşünceler ve bilgi eksikliğidir (58). Ayrıca medya, gazete, dergi ve televizyonlarda HIV/AIDS'li bireylere yönelik haberlerde kullanılan materyal, görsel ve haber içerikleri de HIV/AIDS stigmasının nedenlerinden biridir (101). HIV/AIDS'in ilk ortaya çıktığı dönemde daha çok eşcinsellerde görüldüğü algısı bu hasta grubunun damgalanmalarına sebep olmuştur. Damgalanan hastalar hastalıklarını gizlemiş ve bunun sonucunda enfeksiyon büyük kitlelere ulaşarak yayılması hızlanmıştır (96).

HIV/AIDS ile yaşayan bireyler günümüzde halen hükümetler, topluluklar, sağlık hizmeti sunanlar, işverenler, aile üyeleri ve meslektaşları tarafından damgalanarak dışlanmakta, kınanmakta ve kendilerine korkuyla yaklaşılmaktadır (101,104). Damgalama sonucu yaşam tarzları nedeniyle suçlanan, HIV/AIDS bulaştırma riski nedeniyle dışlanan ve sosyal destekleri olumsuz etkilenen bu bireylerde utanç, suçluluk, depresyon (96), güvensizlik, anksiyete (102), yalnızlık, izolasyon, düşük benlik saygısı, kimlik krizleri ve HIV/AIDS'in yönetilmesine yönelik ilgi eksikliği gibi psikolojik sorunlar meydana gelmektedir (100). Ayrıca bireylerin yaşam kalitesi, tedavi uyumu ve tedavi çıktıları da olumsuz etkilenmektedir. Çünkü

stigma utanç duygusu ve ayrımcılık korkusuna sebep olması nedeniyle HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin sağlık kuruluşlarına gitmelerinin önündeki en büyük engellerden bir tanesidir (105). HIV/AIDS ile yaşayan bireyler etiketlenme ve sağlık çalışanlarından kötü muamele endişesi ile sağlık kurumlarına gitmemekte, bu da hem erken tanı hem de tedavinin gecikmesine neden olmaktadır. Bunun sonucunda da HIV enfeksiyonu AIDS evresine kadar ilerlemekte, fırsatçı enfeksiyonlar ortaya çıkmakta, sağlık bakım maliyetleri artmakta ve hatta hastalar hayatlarını kaybetmektedir. Bu sebeple HIV taşıyıcısı bireylerin erken tanılanması ve tedavilerinin başlanması için öncelikli adım stigmanın önlenmesidir (54).

Tran ve arkadaşlarının 1016 HIV/AIDS ile yaşayan bireyle yaptıkları çalışmada hastaların % 86.2'si toplum, aileleri ve sağlık çalışanları tarafından stigmaya maruz kaldıklarını ifade etmiştir (105). Salih ve arkadaşlarının 386 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşireler arasında stigma davranışının yüksek olduğu, sebeplerin ise bilgi eksikliği, HIV/AIDS'in tedavi edilemez bir hastalık olduğu algısı, HIV ile enfekte olma korkusu ve HIV'in cinsel ilişki yoluyla bulaştığı fikri olduğu belirlenmiştir (99). Yapılan çalışmalarda HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin %23.1'inin damgalama davranışına maruz kaldıkları (106) ve damgalama davranışına maruz kalan hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (102).

HIV/AIDS'in kontrol edilmesinde en önemli bileşenlerden biri HIV ile yaşayan bireylere yönelik stigma, ayrımcılık ve mahremiyet ihlallerini önlemektir (54). Stigmayı önleyen, ayrımcılığın azalmasını sağlayan, HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV/AIDS önleme/tedavi hizmetlerine erişimlerini kolaylaştıran ve mahremiyetlerini güvence altına alan yasa ve politikaların oluşturulması HIV bulaşmasının yavaşlatılmasına katkıda bulunabilir (107). Hastalıkla ilgili bu düzenlemelerle beraber HIV taşıyıcısı olan bireylerin sağlık kurumlarına başvurarak erken tanı almaları ve tedaviye erkenden başlamaları sağlanır (62). 2019-2024 yılları için hazırlanan Türkiye HIV/AIDS kontrol programında HIV/AIDS ilişkili stigmanın önlenmesi için çeşitli hedefler belirlenmiştir. Bu hedefler;

- Dışlanmayı ve ayrımcılığı önlemeye dair medya programları oluşturulması,
- Sağlık alanında yapılan kongrelerde HIV/AIDS oturumlarına yer verilerek HIV/AIDS ilişkili stigma ve ayrımcılık konularında seminerler düzenlenmesi,
- Sağlık ile ilgili bölümlerin yer aldığı okullarda "HIV enfeksiyonu", "HIV

pozitif bireylere yaklaşım", "ayrımcılık", "mahremiyet ihlali" konularının müfredata eklenmesidir (54).

Sağlık hizmetlerinde de damgalama ve ayrımcılık yaklaşımları oldukça yaygındır. HIV/AIDS ile yaşayan bireyler sağlık hizmetlerinde izinsiz HIV testi, onur kırıcı ve yargılayıcı tutumlar, medya/polise ifşa edilme, hasta dosyalarında ve kayıtlarda HIV/AIDS olarak etiketlenme, mahremiyet ihlalleri, yetersiz bakım ya da bakım verilmemesi ve erkenden taburcu edilme gibi damgalayıcı ve ayrımcılık içeren yaklaşımlara maruz kalmaktadır. Bu bağlamda hemşirelerin HIV/AIDS ilişkili stigma ve ayrımcılığın önlenmesine yönelik bilgilendirme/eğitim, HIV/AIDS ile yaşayan bireylere baş etme yeteneklerinin kazandırılması, danışmanlık ve etkilenen gruplarla iletişimin sağlanması şeklinde sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumluluklara yönelik hemşirelerin yapması gerekenler şunlardır (101);

- Sağlık hizmet kuruluşlarında stigma ve ayrımcılığın azaltılması için HIV/AIDS ili ilgili düzenli aralıklarla hizmet içi seminerlerin düzenlenmesi,
- Halka açık konferans, seminer ve panel gibi toplantılar düzenlenmesi,
- Akran eğitimleri ve grup tartışmaları,
- Hastaların sadece fiziksel değil, aynı zamanda psikososyal yönden de değerlendirilmesi,
- Baş etme davranışları (rol-play, gevşeme, senaryo) geliştirmesine yardımcı olunması,
- Topluma ve bireylere cinsel yaşam ile ilgili güvenli davranışlar edinilmesi ve riskli davranışların değiştirilmesi konularında danışmanlık verilmesi,
- HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin bu enfeksiyondan etkilenen diğer bireyler ile etkileşime girmelerinin sağlanması,
- HIV/AIDS ile yaşayan önemli başarılara imza atmış bireylere medyada yer verilmesi ve bu kişilerin HIV/AIDS hakkında bilgilendirici açıklamalar yapmalarının sağlanmasıdır.

2.12. Akran Eğitimi

2.12.1. Akran Eğitimi Nedir?

Arapça'dan köken alan bir sözcük olan "Akran" kelimesi "Yaş, meslek, toplumsal durum vb. bakımından birbirine eşit olanlardan her biri" olarak tanımlanmaktadır (108). Tanımdan yola çıkarak akran kavramı benzer sağlık ya da hastalık durumu, sosyoekonomik durum, yaş, sınıf, cinsiyet ve mesleğe sahip olan bireyler için kullanılmaktadır (109).

Akran eğitimi yaş, sınıf, cinsiyet, meslek, sosyoekonomik durum ve sağlık durumu açısından benzer olan sosyal topluluklar içerisinde profesyonel olarak öğretmenin yer almadığı bireylerin belirli bir konuda birbirlerinden öğrenme ya da birbirlerine öğretme sürecidir (21). Bu eğitim şekli için "Akran Danışmanlığı (Peer Counseling)", "Akran Öğretimi (Peer Tutoring)", "Akran Destekli Öğrenme (Peer Assisted Learning)", "Akran Liderli Eğitim" ya da "Akran Grubu Eğitimi" gibi farklı kavramlar da kullanılmaktadır (28,110).

Akran eğitimi için çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Bunlardan bazıları şu şekildedir;

- Aynı yaş, sınıf ya da öğrenim tecrübesinde olan öğrencilerin birbirlerine yardım etmesi" (21).
- Hem eğitimi alan hem de eğitimi veren kişilerin birbirleriyle eşit statüde olduğu; bilgi, tutum ve davranış değişikliği sağlamak amacıyla gerçekleştirilen planlı bir eğitim çeşidi (109,111)
- Benzer sosyal topluluktan olup profesyonel olmayan kişilerin birbirlerinin eğitim ve beceri gösterimi yoluyla bilgi ve becerilerini artırmaya yardım etmeleri (110,112).

Öğretim modellerinden "sosyal etkileşimi merkeze alan modeller" içerisinde yer alan akran eğitimi (113) 1980'lerde başta HIV/AIDS'in önlenmesi çalışmaları olmak üzere sağlık eğitiminde kullanılmaya başlanmıştır (114). Günümüzde ise etkinliği sebebiyle sağlık (21,109) eğitim (115,116) spor (117) ve müzik (118) gibi birçok farklı alanda kullanılmaktadır. Akran eğitim modeli özellikle son dönemde hemşirelik eğitimi ve uygulamaları içerisinde de yaygın şekilde kullanılmaktadır.

HIV/AIDS, üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, madde bağımlılığı, sigara kullanımı (109), fiziksel aktivite, beslenme (119) hemşirelik becerileri (21), liderlik, problem çözme ve atılganlık becerileri hemşirelik alanında akran eğitim modelinin kullanıldığı alanlardan bazılarıdır (120).

Yeni eğitim yöntemleri arasında geniş bir yer tutan akran eğitim modeli gençlerin akranlarıyla iyi etkileşim kurdukları ve birbirleriyle özdeşleştikleri gerçeğinden yola çıkarak oluşturulmuş olup, bu modelde benzer statüde olan kişiler birbirlerini seminer, olgu sunumu, uygulama ve tartışma gibi etkinlikler ile bilgi ve beceri olarak eğitmekte ve yönlendirmektedir (110,121,122). Gençler arasında öncelikle akran rehberler eğitilmekte, akran rehberler daha sonra elde ettikleri bilgi ve becerileri akranları ile paylaşmaktadır (109,121). Burada önemli olan eğitimi verecek olan akran rehberlerin de istekli, gönüllü, iletişim becerileri iyi olan, liderlik özelliklerine sahip bireyler olmalarıdır (111). Öğretim elemanı akran rehberleri eğittikten sonra akran rehberlerin akranlara verdiği eğitimlere gözlemci, danışman ve süreci yönetip denetleyen kişi olarak katılmaktadır (112).

Genç grupta olan bireylerin özellikle hassas ya da kültürel olarak tabu görülen konularda sahip oldukları bilgilerin çoğunu akranlarından elde ettikleri bilinen bir gerçektir (28). Bu açıdan akran eğitimi, gençlerin kendi yaşıtları ile mahremiyet içeren konularda rahatça soru sorabilmeleri açısından etkili bir yöntemdir (29). Bu eğitim ile gençlerin özellikle hassas, özel ve tabu sayılan konular başta olmak üzere birçok farklı alanla ilgili doğru bilgiler edinmeleri sağlanarak sağlık durumları korunabilir ve iyileştirilebilir (28).

Akran eğitiminin klasik eğitimden birtakım farkları bulunmaktadır. Klasik eğitim yönteminde hiyerarşik bir yapı bulunmakta olup bilgi sadece eğiticiden öğrencilere doğru yönlü bir akış mevcuttur. Eğiticiler ve öğrenciler arasında güç dengesizliği bulunmaktadır (112). Akran eğitiminde ise akran rehberler ve akran öğrenciler arasında izole bir ilişki olmayıp çift yönlü bir öğrenme ve öğretme süreci bulunmaktadır (110). Akran rehberler ve akran öğrencilerin aynı statüde olması, birbirlerine ödül veya ceza verme durumlarının bulunmaması, aynı dili kullanmaları ve birbirlerinden etkilenmeleri uygun bir öğrenme ortamı oluşturmaktadır. Ayrıca klasik eğitimin aksine eğitim gruplarının büyük gruplar yerine küçük gruplar şeklinde

olması da onu klasik eğitim yöntemlerinden ayırır (122). Bir akran eğitimi programının etkili olabilmesi için bire bir eğitim ya da küçük gruplar şeklinde tasarlanmalıdır (110).

Akran eğitiminin hem akran rehberler, hem akran öğrenciler için birçok açıdan olumlu yönleri ve avantajları bulunmaktadır. Akran rehberler ve akran öğrencilerin yeni bilgi ve becerileri öğrenirken yaşanan anksiyete düzeylerini azaltır. Bu durum uygulama, öğrenme ve gelişme açısından uygun bir ortam oluştur (21,112). Akranların kendi aralarında daha rahat konuşup tartışması, aynı dili kullanmaları ve birbirlerinden etkilenmeleri her iki taraf için de uygun bir öğrenme ortamı oluşturmaktadır (121,122). Akran eğitimi süresince akranların akran rehberlere rahatça soru sorabilmeleri, konuşabilmeleri, stressiz bir öğrenme ortamının olması, akranlar arasındaki destek hem akademik başarıyı, hem de öğrencilerin memnuniyet düzeylerini yükseltmektedir (110). Akran eğitiminde eğitim gruplarının büyük gruplar yerine küçük gruplar şeklinde olması öğrencilere stresten uzak rahat bir öğrenme ortamı sunar. Akran rehberler ve akran öğrenciler arasında oluşan bu karşılıklı işbirliği öğrencilerin daha fazla bilgiye ulaşmasını, problem çözme becerilerinin iyileşmesini ve özgüvenlerinin artmasını sağlamaktadır (21). Akran eğitim modelinin eğitime dahil olan kişilerde motivasyonu artırdığı, bilgilerin daha iyi akılda tutulmasını sağlayarak öğrenmeyi kolaylaştırdığı ve kognitif becerileri artırdığı belirlenmiştir. Ayrıca liderlik, problem çözme, atılganlık, kritik düşünme, iletişim, sunum ve işbirliği becerilerini geliştirdiği belirlenmiştir (110,120,121,123). Eğitim sonunda akran rehberler ve akran öğrencilerin bilgi ve becerilerinin farkına varmaları iki tarafta da özgüven artışı sağlamaktadır. Bu da öğrencilerde kendini gerçekleştirme, mesleki teorik bilgide artış ve uygulama becerilerinde yüksek bir gelişme ile sonuçlanmaktadır (112).

Akran eğitim modelinin etkili olabilmesi için akran rehberlerin iyi seçilmesi ve iyi yetiştirilmeleri çok önemlidir. Akranla rehberlerin uygun kriterlere göre seçilmemesi ve iyi hazırlanmamaları durumunda yanlış bilgilendirme ve profesyonel olmayan öneriler gibi istenmeyen sonuçların görülmesi olasıdır. Bu sebeple akran eğitiminin hazırlığının iyi yapılması, tasarımın iyi planlanması ve akran rehberlerin uygun kriterlere göre seçilmesi gerekmektedir. Akran eğiticilerin seçiminde akran eğiticilerde bulunması gereken özellikler dikkate alınarak eğitim grubu içerisinden istekli, motivasyonu yüksek ve mümkünse deneyimli öğrenciler arasından seçilmelidir. Buradan anlaşılacağı üzere akran eğitiminin etkin olabilmesi için akran

rehberlerde olması gereken ve aranan bazı özellikler mevcuttur. Bu özellikler; dinleme becerisi olan, kişiler arası iyi ilişkiler kurabilen, yargılayıcı tutumlar sergilemeyen, liderlik potansiyeli ve özgüveni olan; gönüllü çalışabilecek zaman, motivasyon, enerji ve isteğe sahip olan; örnek birey olma potansiyeli taşıyan; akran öğrencileri tarafından kabul edilecek ve saygı duyulabilecek biri olmalıdır (110). Akran eğitim modelinin bazı olumsuz tarafları ve sınırlılıkları da bulunmaktadır. Akran rehberlerin kriterlere göre seçilmemesi, akran rehberlerin seçilen konularda istenen başarıyı gösterememesi ve bazen akran rehberlerin akran öğrenciler üstünde otorite ve baskı kurmaya çalışması akran eğitimin başarısını olumsuz etkiler (109).

Akran yardımlı eğitim ile ilgili beş farklı model tanımlamıştır (27);

- Öğrenmeye Yardım Modeli: Yüksek akademik başarı gösteren öğrencilerin diğer öğrencilere rehberlik etmesi
- Akran Eğitim Yönlendiricisi Modeli: Deneyimli olan üst sınıf öğrencilerinin alt sınıftan öğrencileri eğitimi
- Akran Danışmanlığı Modeli: Üst sınıf öğrencilerinin alt sınıf öğrencilere performanslarını arttırma, eğitim stratejileri ve çalışma alışkanlığı konusunda eğitimi
- Akran Ortaklığı Modeli: Ders içeriklerini tartışmak için öğrencilerin bir araya geldiği öğrenci çalışma grupları
- Akran Çalışma Grupları: Proje ve sunum yapmak için oluşturulan eğitim grupları.

Bu beş farklı sınıflandırma başlığı daha sonra Near Peer ve Co Peer olmak üzere iki başlık altında toplanmıştır. “Akran Eğitim Yardımcı Modeli”, “Akran Eğitim Yönlendiriciliği” ve “Akran Danışmanlığı” Near Peer başlığı altında; “Akran Ortaklığı” ve “Akran Çalışma Grupları” Co Peer başlığı altında gruplandırmıştır (27).

Near peer (eşit olmayan koşullar) modeli öğrencilerin tecrübe, akademik başarı ya da sınıf olarak daha üst sınıfta olan öğrencilerden ya da aynı sınıfta olup bilgi ve tecrübe açısından benzer yapı içerisinde olan sınıf arkadaşları tarafından eğitildiği modeldir (124). Near peer (eşit olmayan koşullar) modelinde akran eğitimci akademik başarısı yüksek ya da deneyimli öğrencilerden seçilir. Örneğin (a) ikinci sınıf olan öğrencilerin birinci sınıf öğrencileri eğitmesi ya da (b) akademik olarak başarılı olan

öğrencilerin kendilerine göre akademik başarısı daha düşük olan öğrencilere destek vermesi Near peer modeli kapsamındadır. Co peer modelinde (eşit olan koşullar) ise benzer deneyimde olan öğrencilerin işbirliği söz konusudur. Genellikle proje temelli görevlerde ya da sınav için hazırlık evresinde öğrenciler tarafından oluşturulur. Falchikov ise akran destekli eğitim için için 3 farklı akran grubu tanımlamıştır.

- Deneyim, akademik başarı ve sınıf açısından eşit düzeyde olan akran grupları,
- Eşit şartlarda olup akademik başarı ve tecrübe açısından aynı seviyede olmayanlar (akademik başarı ve tecrübe açısından daha iyi olanların akran rehber, diğerlerinin akran öğrenci olması)
- Sınıf ve tecrübe açısından farklı olan akran grupları (derece olarak daha üst sınıfta olan öğrencilerin akran rehber, alt sınıflarda olanların akran öğrenci olması) (27).

2.12.2. Akran Eğitimi Uygulama Aşamaları

Akran eğitiminin başarısı, iyi bir planlama ve organizasyon ile yakından ilişkilidir. Akran eğitimi uygulama aşamaları;

1. Akran eğitimi yapılacak konunun belirlenmesi
2. Akran eğiticilerin ve öğrenen akranların belirlenmesi
3. Akran eğitimi yapılacak ortamın belirlenmesi (beceri laboratuvarı/ klinik/ sınıf)
4. Akran eğiticilerin eğitimi
5. Uygulama
6. Değerlendirme ve geri bildirimdir (110).

Akran eğiticiler, öğretim becerilerini geliştirmek için planlı iyi düzenlenmiş bir eğitim programından geçirilmelidir. Bu eğitim programı; akran eğitiminin tanımı, uygulanması, sık seçilen beceri/konuya yönelik teorik ve pratik eğitimleri kapsamalıdır (109,110). Akran eğitimi uygulamasında dikkat edilmesi gerekenler şunlardır;

- Hedefler ve akran eğitiminden beklenen çıktılar açık bir şekilde belirtilmeli
- Eğitimin uygulama amaçları akran rehberlere açıklanmalı

- Eğitim sırasında akran rehberlerin gereksinim duyacağı araç-gereçleri oluşturması hususunda yönlendirilmeli ya da araç-gereçler akran rehberlere eğiticiler tarafından sağlanmalı
- Kullanılacak materyaller ve eğitim içeriği tanımlanmalı
- Başarılı bir eğitim için eğitim konusu ile ilgili sistemli öğretim rehberleri hazırlanmalı
- Akran rehberlerden beklenen rol ve sorumlulukları ile nasıl örnek olmaları gerektiği kendilerine açıklanmalı
- Akran rehberlerin eğitimine başlamadan önce eğitim konusu ile ilgili bilgi-beceri düzeyleri ve yeterlilikleri değerlendirilmeli
- Eğitimler gerçekleştirilirken akran rehberlerin karşılaşabileceği potansiyel problemler ve sorunlar önceden belirlenerek sorunların çözüm yolları akran rehberlerle tartışılmalı
- Eğitimler gerçekleştirilirken akran rehberlerin herhangi bir problemle karşılaşmaları durumunda sorun ve çözümü için sorumlu öğretim görevlilerinden danışmanlık almaları hususunda önceden bilgilendirilmeli
- Eğitim oturumları yeterli ve uygun sıklıkta olmalı, her aktivitenin süresi ve nasıl yapılacağı kararlaştırılmalı
- Akran eğitimleri için uygun bir eğitim ortamı hazırlanmalı
- Akran eğitimleri sırasında sorumlu öğretim görevlileri gerektiğinde müdahale etmek üzere eğitimlerde bulunmalı
- Akran eğitimi programı bittikten sonra, akran öğrencilerin öğrenme düzeyleri değerlendirilmeli (110,125).

2.12.3. Akran Eğitiminin Hemşirelikte Kullanımı

Akran Eğitimi günümüzde başta sağlık alanı olmak üzere birçok farklı alanda kullanılmaktadır. Birçok farklı çalışmada akran eğitiminin hemşirelik eğitimi ve sağlık eğitimcilerinde kullanıldığı ve etkili sonuçlar alındığı görülmüştür (21,109,119). Sistemli ve iyi planlanmış bir akran eğitimi programı hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitimlerinde kullanılabilecek etkili bir eğitim yöntemidir (112). Mete ve arkadaşları hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitimde akran eğitimine ilişkin görüşlerini değerlendirmek için yaptıkları araştırmada dördüncü sınıf öğrencileri ile birinci sınıf öğrencileri eşleştirmiş; dördüncü sınıf öğrencilerinin birinci sınıf öğrencilerine hasta

bakımı, klinik rutinleri, hemşirenin sorumlulukları konusunda bilgi vermelerini ve birinci sınıf öğrencilerinin sorularını yanıtlamaları istenmiştir. Çalışma sonrası yapılan değerlendirmede öğrenciler uygulamalar sırasında kendilerini değerli, cesur, özgüvenli, önemli ve güvende hissettiklerini ifade etmiştir (111). Öztürk ve Göçmen Baykara'nın akran eğitiminin hemşirelik becerilerinin öğretimine etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmada deney grubu öğrencilerine akran eğitimi yöntemiyle, kontrol grubu öğrencilerine mevcut öğretim yöntemleri ile beş temel hemşirelik becerisi uygulaması öğretilmiştir. Uygulama becerileri ile ilgili eğitimi akran rehberlerden alan öğrencilerin becerilerinin klasik öğretim ile öğrenenlere göre daha çok geliştiği saptanmıştır (21).

Akran eğitiminin hemşirelik öğrencilerinde bilgi, tutum ve davranış değişikliği sağlanmasında da etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Güçlü ve arkadaşlarının gençlerin cinsel sağlık konusunda bilgi düzeylerini artırmak için gerçekleştirdikleri akran eğitimi projesinde akran eğitiminin gençlerde cinsel sağlık ile ilgili bilgi düzeylerini artırmada etkili olduğu saptanmıştır (29). Zincir ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileri ile yürüttüğü akran eğitimi çalışmasında akran eğitimi alan öğrencilerde liderlik, problem çözme ve atılganlık becerilerinin arttığı belirlenmiştir (120). Akran eğitiminin sigara kullanımı, madde bağımlılığı ile ilgili bilgi düzeyi, bağımlılıktan korunma ve cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri konularında da etkili bir yöntem olduğu saptanmıştır (25,121).

Literatür incelendiğinde akran eğitiminin HIV önleyici davranışlar hakkındaki bilgi, tutum ve davranış değişikliği sağlamak için de etkili olduğu gösterilmiştir (30,34,114). Ali ve arkadaşlarının Sudan'da 400 öğrenci ile yaptıkları akran eğitimi çalışmasında akran eğitimin öğrencilerin HIV/AIDS ile ilgili güvenli olmayan cinsel davranışlar hakkında bilgi düzeylerini artırmak için etkili bir yaklaşım olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca akran eğitiminin, öğrencilerin tutum ve davranışlarında da önemli gelişmeler sağladığı belirlenmiştir (114). Malezya'da yapılan diğer bir çalışmada da HIV'in önlenmesine yönelik akran liderliğindeki eğitim programının öğrencilerde bilgi ve tutumun iyileştirilmesi ile risk davranışlarından kaçınma açısından etkili olduğu saptanmıştır (30).

Bu bağlamda yukarıda ifade edilen çalışmalar ışığında konunun önemini göstermek amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Akran eğitim modelinin kullanılması ile

akran eğitiminin faydalı olacağı ve hemşirelik öğrencilerinin HIV/AIDS bilgisi ve HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik tutumunun olumlu yönde artacağı düşünülmektedir.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, akran eğitim modeline göre hemşirelik öğrencilerine HIV/AIDS ile ilgili verilen eğitimin HIV/AIDS bilgi düzeyi ve tutumu üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla tek gruplu, kontrol grupsuz, ön test son test modeli olarak düzenlenmiş bir müdahale çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (AYBÜ) Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde yapılmıştır. AYBÜ Hemşirelik Bölümünde hemşirelik eğitimi süresi 4 yıl olup "klasik eğitim" ile eğitim verilmektedir. Türk İnkılap Tarihi ve Türk Dili dersleri gibi zorunlu ortak dersler ise uzaktan eğitim ile verilmektedir. Bölümdeki öğrenciler birinci sınıfın ilk döneminde temel dersleri almakta olup ikinci dönem temel meslek derslerinden hemşirelik esasları dersini almaktadır. İkinci sınıftan itibaren her dönem sırasıyla İç Hastalıkları Hemşireliği, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Doğum ve Kadın sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hemşireliği ile Halk Sağlığı Hemşireliği derslerini almaktadır. Birinci sınıfın ilk döneminde Hemşirelik Esasları dersi kapsamında temel hemşirelik becerilerini kazanan öğrenciler HIV/AIDS bilgisi de dahil olmak üzere tüm sistemlere ait ayrıntılı hastalık bilgilerini ilk olarak ikinci sınıfta İç Hastalıkları Hemşireliği dersinde edinmektedir. Yapılan değerlendirmede bölümde derslerin işlenişinde akran eğitiminin kullanılmadığı ifade edilmiş olup ilk defa araştırma amacıyla bu çalışma kapsamında kullanılmıştır.

Araştırma kapsamında akran rehberlerin eğitimi AYBÜ Esenboğa Kampüsü Hemşirelik Bölümü amfilerinde gerçekleştirilmiştir. Akran öğrencilerin eğitimleri AYBÜ Esenboğa Kampüsü Hemşirelik Bölümü amfileri, AYBÜ Milli İrade Kampüsü Yabncı Diller Yüksekokulu sınıfları ve Ankara Şehir Hastanesi'nde bulunan toplantı salonlarında gerçekleştirilmiştir. Kullanılan amfiler, sınıflar ve toplantı odalarında teknik altyapı açısından uygun olup yeterli masa, sandalye, projeksiyon aleti ve perde mevcuttu. Bilgisayar olmayan amfi ve sınıflar için araştırmacı tarafından iki adet bilgisayar, yeterli sayıda bağlantı kablosu ve hoparlörler temin edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2019-2020 eğitim öğretim yılında AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde öğrenim gören tüm öğrenciler (N=551) oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi hemşirelik bölümü ikinci sınıf öğrencilerinden oluşmuştur (n=139). Birinci sınıf öğrencilerinin temel hemşirelik becerileri eğitimi sürecinde olmaları; üçüncü ve son sınıf öğrencilerinin ise HIV/AIDS ile ilgili eğitim almış olmaları nedeniyle çalışma ikinci sınıf öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Örneklem büyüklüğünün hesaplanması için yapılan güç analizinde 0.50 etki büyüklüğü, %5 yanılma payı ve %80 güç ile araştırma örneklem genişliği 34 olarak hesaplanmıştır (Ek 1). Ancak araştırma ve eğitim sürecinde öğrencilerin çalışmadan çekilmesi ve yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşamama ihtimaline karşın tüm ikinci sınıf öğrencilerine ulaşılması hedeflenmiştir.

İlk aşamada akran rehberler ve akran katılımcıların seçilmesi için ikinci sınıf öğrencileri ile görüşmeler yapılmıştır. Bu amaçla İç Hastalıkları Hemşireliği dersini ilk defa alan öğrenciler ile 27 Eylül 2019 tarihinde AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ikinci sınıf amfisinde tanışma ve bilgilendirme toplantısı yapılmıştır. Öğrencilere araştırmanın ne olduğu, araştırmaya neden gereksinim duyulduğu, eğitim programının amacı, önemi, içeriği, süresi, eğitimlerin nasıl yapılacağı, araştırmanın ne kadar süreceği ve eğitim programı sonucunda elde edilecek kazanımlar konularında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Ayrıca araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı ve araştırma sırasında eğitimlere devam etmek istemeyip araştırmadan çıkmak isteyen katılımcıların kararına saygı duyularak çalışma kapsamından çıkarılacakları hususunda bilgi verilerek aydınlatılmıştır.

Araştırmaya dahil etme kriterleri;

- AYBÜ Hemşirelik Bölümü ikinci sınıf öğrencisi olmak,
- İç Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında verilen “HIV-AIDS ve Hemşirelik Bakımı” konusunu daha önce almamış olmak ve
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmektir.

Dışlama kriterleri;

- AYBÜ Hemşirelik Bölümü birinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencisi olmak,

- İç Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında verilen “HIV-AIDS ve Hemşirelik Bakımı” konusunu daha önce almış olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemektir.

İç Hastalıkları Hemşireliği dersini tekrar alıp bu ders kapsamında verilen “HIV-AIDS ve Hemşirelik Bakımı” konusunu daha önce almış olan sekiz öğrenci ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 32 öğrenci çalışmaya dahil edilmemiştir. Bunların dışında kalan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 99 öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir. Eğitimlerin teorik kısımlarına katılmayan iki öğrenci araştırmadan çıkarılmıştır. Araştırma toplam 97 öğrenci (dokuz akran rehber ve 88 akran öğrenci) ile tamamlanmıştır. Posthoc güç analizi amacıyla yapılan analizde akran öğrencilerin öntest ve sontest bilgi puanı ortalama ve standart sapma değerleri ile etki büyüklüğü 3.00 olarak hesaplanmıştır. Tip-1 hata 0.05 alındığında bu etki büyüklüğü kullanılarak 88 öğrenci üzerinden geriye dönük gücün %100.0 olduğu belirlenmiştir (Ek 2).

3.4. Kullanılan Veri Toplama Formları

3.4.1. Anket Formu

Akran rehberlerin ve akran öğrencilerin kodu, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, yaşamının en uzun süre nerede geçtiği, şu anda yaşadığı yer, anne ve babasının eğitim durumu, HIV/AIDS konusunda daha önce bilgi alma durumu, bilgi alınan kaynak ve HIV/AIDS konusunda bilgi düzeylerine ilişkin öz değerlendirmeleri hakkında veri toplamak amacıyla literatür doğrultusunda (8,20,33,34,38,59,126-129) 19 kapalı uçlu soru hazırlanmıştır (Ek 3) .

3.4.2. AIDS Bilgi Ölçeği

Aydemir ve arkadaşları tarafından 2018 yılında üniversite öğrencilerinde AIDS’e ilişkin bilgi düzeylerini ölçmek için geliştirilmiştir (130). Bulaşma yolları (yedi madde), korunma ve genel bilgi (dokuz madde) ve tedavi (beş madde) olmak üzere üç alt boyut ve toplamda 21 maddeden oluşmaktadır (Ek 4). Ölçekte katılımcılardan her bir maddeyi okuduktan sonra “Doğru”, “Kararsızım” ve “Yanlış” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmektetir. Ters kodlanacak maddelere verilen doğru cevaplar “1” yanlış ve kararsızım ise “0” olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten

alınabilecek en düşük puan sıfır, en yüksek puan 21'dir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe bilgi düzeyi artmaktadır. Aydemir ve arkadaşları AIDS bilgi ölçeğinin Cronbach Alfa Katsayısını 0.76 olarak saptamışlardır (130). Araştırmamızda ise eğitim öncesi AIDS bilgi ölçeğinin Cronbach Alfa Katsayısı 0.694 olarak bulunmuştur.

3.4.3. AIDS Tutum Ölçeği

Aydemir ve arkadaşları tarafından 2018 yılında üniversite öğrencilerinde AIDS'e dair tutumları ölçmek için geliştirilmiştir (130). HIV/AIDS ile yaşayan bireylere karşı olumsuz tutum (12 madde) ve stigma (beş madde) olmak üzere iki alt boyut ve toplamda 17 maddeden oluşmaktadır (Ek 5). Katılımcılar beşli likert değerlendirme yapmakta olup ve "Tamamen Katılıyorum (5)", "Katılıyorum (4)", "Fikrim Yok (3)", "Katılmıyorum (2)" ve "Hiç Katılmıyorum (1)" seçeneklerinden birini seçmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan 85'tir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe HIV/AIDS'e yönelik tutum olumlu olmaktadır. Aydemir ve arkadaşları AIDS tutum ölçeğinin Cronbach Alfa Katsayısını 0.90 olarak saptamışlardır (130). Araştırmamızda ise eğitim öncesi AIDS tutum ölçeğinin Cronbach Alfa Katsayısı 0.583 olarak bulunmuştur. AIDS bilgi ölçeği ve AIDS tutum ölçeğinin araştırmamızda kullanılabilmesi için gerekli izin yazılı olarak alınmıştır (Ek 6).

3.5. Araştırmanın Uygulanması

3.5.1. Akran Rehberlerin Seçimi ve Grupların Belirlenmesi

Bir akran eğitimi programının etkili olabilmesi için bire bir eğitim ya da küçük gruplar şeklinde tasarlanmalıdır (110). Literatürde sağlık alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde akran grup büyüklüklerinin 10 ile 29 arasında planlandığı (131-133) ve ideal grup büyüklüğünün 20 ile 25 öğrenciden oluşması gerektiği belirtilmektedir (23). Akran gruplarında yer alacak öğrenci sayısını belirlemek için İç Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman üç öğretim üyesinden sözel olarak uzman görüşü alınmıştır. Eğitim verimliliği, grup dinamikleri ve aktivitesini sağlamada ideal akran grup büyüklüğü 10 öğrenci olarak belirlenmiştir. Buna göre 10'ar kişilik dokuz akran grubu ve her grup için 1'er akran rehber seçilmesi planlanmıştır. Akran rehberlerin seçiminde, akran rehber seçim modellerinden "Near Peer" modeli (akran eğitimcinin

akademik başarısı yüksek ya da deneyimli öğrencilerden seçilmesi) (27) baz alınarak grupla ilk görüşmede akran rehber olarak eğitim vermeye gönüllü olduğunu ifade eden 18 öğrenci içerisinden gönüllü çalışabilecek zaman, enerji ve isteğe sahip olan, akademik başarısı yüksek, motivasyonu yüksek, sosyal ilişkileri iyi, öğrenci kulüplerinde aktif olarak çalışan ve iletişimi iyi olan dokuz öğrenci belirlenmiştir.

3.5.2. Ön Hazırlık: Kullanılacak Eğitim Materyallerinin Hazırlanması

Öğrencilere verilecek eğitimde kullanılmak üzere araştırmacı tarafından HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığı (Ek 7), HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığından yararlanılarak hazırlanan "HIV/AIDS" Powerpoint Sunumu, (Ek 8), HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Broşürü (Ek 9), AIDS Örnek Vaka Sunumu (Ek 10) hazırlanmıştır.

- **HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığı:** Araştırmacı tarafından HIV/AIDS ile ilgili bilgilerin yer aldığı kitaplar (44,47,134-136), yayınlar (4,16,55,57,61,62,66,70,77,86,80,90,101,137-149), hemşirelik tanıları el kitabı (98), rehber (150), rapor (151) ve kurum-dernek web sayfalarından yararlanılarak oluşturulmuştur (2,3,152-156). Kitapçıkta HIV/AIDS'in tanımı, tarihçesi, dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS prevalansı, tanı yöntemleri, bulaşma yolları, risk grupları, belirti-bulgular, tedavi, hemşirelik yönetimi, HIV/AIDS ilişkili stigma, HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşadıkları etik sorunlar, HIV/AIDS Bağlamında Etkili Olabilecek Temel İnsan Hakları ve HIV/AIDS ile İlişkili Derneklere yer verilmiştir. Kullanılan kaynaklara kitapçığın sonundaki kaynakça bölümünde ayrıntılı olarak yer verilmiştir (Ek 7).

- **"HIV/AIDS" Powerpoint Sunumu:** HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığından yararlanılarak hazırlanmıştır. HIV/AIDS'in tanımı, tarihçesi, dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS prevalansı, tanı yöntemleri, bulaşma yolları, risk grupları, belirti-bulgular, tedavi, hemşirelik yönetimi, HIV/AIDS ilişkili stigma, HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşadıkları etik sorunlar, HIV/AIDS bağlamında etkili olabilecek temel insan hakları ve HIV/AIDS ile ilişkili derneklere yer verilmiştir (Ek 8).

- **HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Broşürü**: HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığı oluşturulduktan sonra kitapçıkta yer alan bilgiler doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Broşür HIV/AIDS'in tanımı, dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS prevalansı, tanı yöntemleri, bulaşma yolları, risk grupları, klinik belirti-bulgular, tedavi ve korunma konuları ile ilgili özet bilgileri içermektedir (Ek 9).

- **AIDS Örnek Vaka Sunumu:** HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV/AIDS enfeksiyonuna bağlı yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik bakımının daha iyi anlatılabilmesi için araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Vaka senaryosu Dahili-Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği alanındaki kitaplar, (1,43,44,46,58,75,76), hemşirelik tanıları el kitabı (98) ve araştırmacının klinik deneyimi sırasında bakımını üstlenmiş olduğu HIV/AIDS enfeksiyonu tanısı ile yatan hastalardan edindiği tecrübeleri doğrultusunda oluşturulmuştur (Ek 10).

Hazırlanan yazılı materyaller (HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Broşürü, AIDS Örnek Vaka Sunumu, HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığı) İç Hastalıkları Hemşireliği (beş uzman), Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastalıkları Hemşireliği (bir uzman), Halk Sağlığı Hemşireliği (bir uzman) ve Hemşirelik Esasları (bir uzman) alanlarında uzman dokuz öğretim üyesine gönderilerek uzman görüşü istenmiştir. Gelen uzman önerileri doğrultusunda düzenlenen yazılı eğitim materyalleri uygunluk, güvenilirlik, bilgi kalitesi ve içerik yönünden değerlendirilmek üzere tekrar İç Hastalıkları Hemşireliği (dört uzman), Onkoloji Hemşireliği (bir uzman), Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastalıkları Hemşireliği (bir uzman), Halk Sağlığı Hemşireliği (bir uzman) ve Hemşirelik Esasları (bir uzman) anabilim dallarında uzman sekiz öğretim üyesine gönderilmiştir. Bu amaçla geçerlilik ve güvenilirliği Gökdoğan tarafından yapılmış olan DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) ölçeği kullanılmıştır (157) (Ek 11). Bu ölçekte güvenilirlik, bilgi kalitesi ve genel kalite ile ilgili toplam 16 soru yer almaktadır. Maddeler 5'li likert olarak hazırlanmış olup uzmanlar her soru için 1 ile 5 puan arasında bir puan vermektedir. Aynı amaçla ayrıca geçerlilik ve güvenilirliği Gökdoğan tarafından yapılmış olan "Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi" ölçme aracı kullanılmıştır (157) (Ek 12). Bu ölçme aracı altı boyut

ve 27 maddeden oluşmakta olup yazılı eğitim materyallerinin içerik, okuryazarlık, resim-grafik, yazı ve planı, öğrenme ve motivasyon ve son olarak kültürel uygunluk durumunun değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Uzmanlar her madde için "Evet" (1 puan) veya "Hayır" (0 puan) seçeneğini işaretleyerek yazılı eğitim materyallerini değerlendirmiştir. Ters çevrilen maddelerin de değerlendirilmesinden sonra toplam puanın fazla olması yazılı eğitim materyallerinin okunabilirlik düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Yazılı eğitim materyallerinin ve HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığının uygunluğuna ilişkin Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi ölçme aracı ve DISCERN ölçeği ile elde edilen uzman görüşlerine ait bulgular ek tablo olarak ekler kısmında verilmiştir (Ek 19, Ek 20). Ayrıca HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığının DISCERN güvenilirlik, bilgi kalitesi ve genel kalitesine ilişkin DISCERN ölçeği ile elde edilen uzman görüşlerine ilişkin veriler de ek tablo olarak ekler kısmında verilmiştir (Ek 21).

Uzman görüşleri arasında istatistiksel olarak uyum olup olmadığı "Kendall'ın uyum katsayısı (W)" kullanılarak değerlendirilmiştir. Kendall'ın uyum katsayısı birbirinden bağımsız birden fazla uzmanın ya da gözlemcinin aynı şey(ler)i ölçtüğü durumda uzmanların ya da gözlemcilerin arasındaki uyumun değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Uzmanlar ya da gözlemcilerin ölçümleri arasında yüksek uyum olması ölçmenin güvenilir olduğunu göstermektedir (158). Yapılan analiz sonucunda hem yazılı materyaller, hem de HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığının uygunluğuna ilişkin uzmanlar arasında görüş birliği olduğu ve uzman görüşlerinin birbiriyle uyumlu olduğu belirlenmiştir (Kendall's W=0.625, p<0.001, ki-kare: 130.050; Kendall's W=0.382, p<0.001, ki-kare: 45.891). Uzmanlar tarafından DISCERN ölçeğine göre tekrar değerlendirilen ve gelen öneriler doğrultusunda son hali verilen eğitim materyalleri kullanıma hazır hale getirilmiştir (Ek 7, Ek 8, Ek 9, Ek 10).

Eğitimlerde kullanılmak üzere HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığından yararlanılarak slayt sunumu hazırlanmıştır. Eğitimler sırasında video gösterimleri, HIV/AIDS ile ilgili seçilen bir filmin analizi ve HIV/AIDS ile ilgili medyada yer alan haberlerin tartışılması da planlanmıştır. Video gösterimleri için

"YouTube" video platformunda HIV/AIDS ile ilgili videolar izlenerek araştırmacı tarafından içeriği uygun olan beş adet video seçilmiştir (159-163). Film analizi ve tartışması için araştırmacı tarafından HIV/AIDS ile ilgili olan üç film izlenmiş ve içlerinden Philadelphia filmi seçilerek eğitimde kullanılması planlanmıştır.

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin medya tarafından maruz kaldıkları olumsuz tutum ve yaklaşımların tartışılması için gazete ve internet sitelerinde yer alan haberlerden bir slayt sunumu hazırlanmıştır. Araştırmanın uygulama aşamasına başlamadan önce son olarak hem akran rehberler hem de akran öğrenciler için eğitim içeriğinin yer aldığı haftalık eğitim planı ve eğitim tarihleri ile eğitimlerin yapılacağı yerlerin yer aldığı haftalık eğitim programı çizelgesi oluşturularak her akran grubunun eğitim tarihleri belirlenmiştir. Eğitim materyalleri (Ek 7, Ek 8, Ek 9, Ek 10), haftalık eğitim planı (Ek 13), akran rehberler (Ek 14) ve akran öğrenciler için haftalık eğitim programı çizelgesi (Ek 15) çıktı şeklinde alınarak öğrencilere dosya olarak verilmiştir.

3.5.3. Araştırmanın Ön Uygulaması

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan anket formunda yer alan sorular öncelikle kapsam geçerliliği açısından İç Hastalıkları Hemşireliği (iki uzman) ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (bir uzman) alanında uzman üç öğretim üyesinin görüş ve önerilerine sunulmuştur. Veri toplama araçlarının anlaşılırlığını değerlendirmek amacıyla çalışmaya dâhil olmayan üçüncü sınıf öğrencilerinden 10 öğrenci ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucu veri toplama araçlarında tüm soruların anlaşılabilir olduğu belirlenmiş olup veri toplama araçlarında değişiklik yapılmadan akran rehberlerin eğitim programı ve veri toplama aşamasına geçilmiştir.

3.5.4. Akran Rehberlere ve Akran Öğrencilere İlişkin Ön Verilerin Toplanması (Pretest)

Eğitim programına başlamadan önce akran rehberlerin ve akranların demografik verileri, AIDS'e ilişkin bilgi düzeyleri ve AIDS'e yönelik tutumlarının belirlenmesi için anket formu, AIDS bilgi ölçeği ve AIDS tutum ölçeği öğrencilere verilerek sınıfta doldurmaları istenmiştir. Öğrencilerin veri toplama formu ve ölçeklerdeki soruları iyi okumaları ve rahatça yanıtlamaları için bir ders saati ayrılarak

öğrencilere 60 dakika süre verilmiştir.

3.5.5. Akran Rehberlere Eğitim Programının Uygulanması

Araştırma kapsamına alınan akran rehberlerin eğitim gereksinimleri belirlenerek eğitim planı hazırlanmıştır. Eğitim öncesinde tüm akran öğrencilere Haftalık Eğitim Planı, Akran Rehberler için Haftalık Eğitim Programı Çizelgesi, HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığı, HIV/AIDS Powerpoint Sunumu, HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Broşürü ve AIDS Örnek Vaka Sunumu basılı olarak verilmiştir. Daha sonra okulda seçilen bir derslikte 14-30 Ekim 2019 tarihleri arasında üç hafta boyunca haftada iki gün, günde ikişer ders saati (60 dk.+60 dk.) olmak üzere toplamda 12 saatlik HIV/AIDS eğitimi verilmiştir. Eğitimlerde anlatma, tartışma, soru-cevap yöntemi, grup çalışması, beyin fırtınası, video gösterimi ve film gösterimi gibi katılımcı eğitim yöntemlerinden yararlanılmıştır. Eğitimlerin gün ve saatlerinin akran rehberlerin istekleri, lisans dersleri ve klinik uygulamaları göz önünde bulundurularak planlanmasına özen gösterilmiştir.

3.5.6. Akran Rehberlere Son-Test Soru Formunun Uygulanması

Akran rehberlere verilen eğitim programını izleyen 10 gün sonunda anket formu, AIDS bilgi ölçeği ve AIDS tutum ölçeği akran rehberlere yeniden doldurtulmuştur. Akran rehberlere, ders saati dışında belirlenen bir sınıfta anket formundaki soruları yanıtlamaları için 60 dakika süre verilmiştir.

3.5.7. Akran Öğrenci Eğitim Gruplarının Randomizasyon Yoluyla Oluşturulması

Akran rehberlere son-test soru formlarının uygulanmasının hemen ardından akran rehberlerin eğitim verecekleri akran eğitim grupları randomizasyon yoluyla oluşturulmuştur. Akran grupları oluşturulurken seçimlerin rastgele olması açısından tüm gruplar “research randomizer” web sitesinde oluşturulmuştur. Öncelikle 9 akran rehbere 1’den 9’a kadar numara verilip dokuz farklı gruba yerleştirilmişlerdir. Daha sonra akran rehber olmak için gönüllü olup seçim dışında kalan dokuz öğrenci yine

dokuz farklı gruba yerleştirilmiştir. Son olarak geriye kalan 81 öğrenci de gruplara rastgele yerleştirildikten sonra akran rehberlerle beraber 11'er kişilik dokuz grup oluşturulmuştur.

3.5.8. Akran Öğrencilere Eğitim Programının Uygulanması

Eğitim öncesinde tüm akran öğrencilere Haftalık Eğitim Planı, Akran Öğrenciler için Haftalık Eğitim Programı Çizelgesi, HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığı, HIV/AIDS Powerpoint Sunumu, HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Broşürü ve AIDS Örnek Vaka Sunumu basılı olarak verilmiştir. Dokuz ayrı akran rehber tarafından dokuz farklı akran grubunda bulunan 10'ar kişilik akran gruplarına 25 Kasım 2019 – 15 Aralık 2019 tarihleri arasında üç hafta boyunca haftada iki gün, günde ikişer ders saati (60 dk.+60 dk.) olmak üzere toplamda 12 saatlik HIV/AIDS eğitimi verilmiştir. Eğitimlerin gün ve saatlerinin akran rehberlerin istekleri, lisans dersleri ve klinik uygulamaları göz önünde bulundurularak planlanmasına özen gösterilmiştir. Ayrıca 9 farklı akran grubu olması sebebiyle bazı grupların eğitimleri cumartesi ve pazar günleri yapılmıştır. Bu amaçla eğitimi hafta sonuna planlanan öğrencilerin eğitimleri aksatmamaları ve ulaşımlarının rahat olması açısından şehir merkezinde bulunan AYBÜ Yabancı Diller Yüksekokulunda gerçekleştirilmiştir. Eğitimlerde anlatma, tartışma, soru-cevap yöntemi, grup çalışması, beyin fırtınası, video gösterimi ve film gösterimi gibi katılımcı eğitim yöntemlerinden yararlanılmıştır. Akran rehberler, akran gruplarına verecekleri eğitim sırasında, HIV/AIDS eğitim kitapçığından, broşürden, slaytlardan ve videolardan yararlanmışlardır. Araştırmacı akran rehberler ile her eğitim haftası sonunda Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nde bir araya gelerek eğitim sırasında sorun yaşayıp yaşamadıklarını sorgulayarak akran rehberlere yaşadıkları sorunların üstesinden gelmede uygun çözümler önermiştir.

3.5.9. Akran Öğrencilere Son-Test Soru Formunun Uygulanması

Akran grubuna verilen eğitim programını izleyen 10 gün sonunda anket formu, AIDS bilgi ölçeği ve AIDS tutum ölçeği öğrencilere yeniden doldurtulmuştur. Akran grubuna anket formundaki soruları rahat bir şekilde yanıtlamaları sınıf ortamında 60 dakika süre verilmiştir.

3.5.10. Akran Rehberler ve Akran Öğrencilerin Programı Değerlendirmesi

Son-test veri formlarının öğrencilerden toplanmasının ardından akran rehberler ve akran öğrencilerle son bir değerlendirme toplantısı yapılmıştır. Bu toplantıda eğitim süreci değerlendirilmiş ve eğitim süreci ile ilgili öğrencilerden geribildirim alınarak araştırma bitirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli Etik Kurul izni AYBÜ Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Tarih ve Sayı: 29.05.2019-30) (Ek 16). Ayrıca araştırmanın AYBÜ Hemşirelik Bölümü öğrencileri ile yapılabilmesi için AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından yazılı kurum izni alınmıştır (Tarih: 20.09.2019, Sayı: 27139605-100-E.34241) (Ek 17). Tüm bilgiler Helsinki Deklerasyonuna bağlı kalınarak toplanmıştır. Hazırlanmış olan Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 18) katılımcılara okutularak çalışmaya katılımın gönüllü olduğu anlatılmıştır. Akran rehberlerin eğitimleri ve akran rehberlerin akran öğrencilere verecekleri eğitimler okul içerisinde belirlenen sınıflarda gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların kişilik hakları ve özel bilgileri korunmuş, kimlikleri rapor içeriğinde tanımlanmamıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

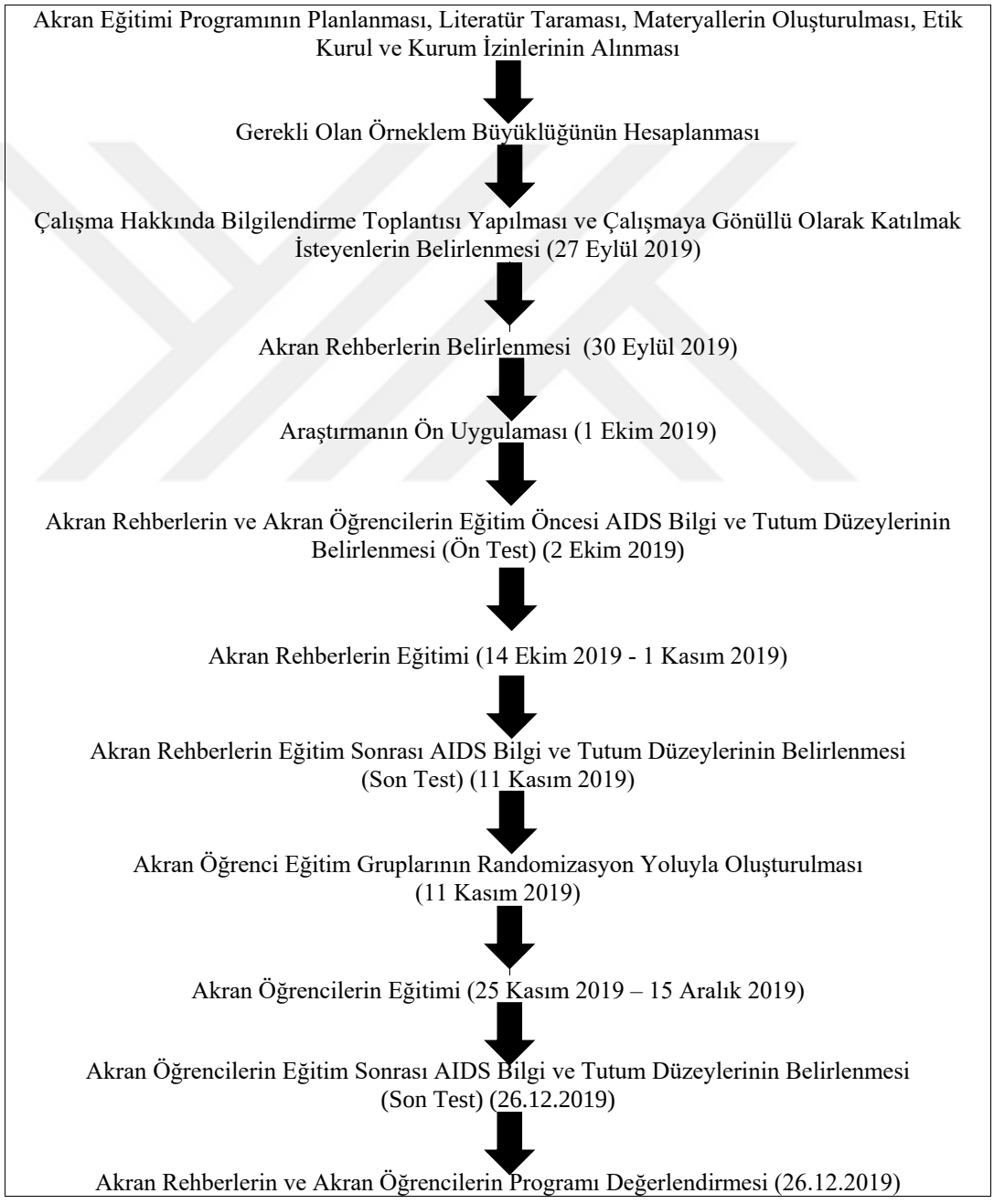
Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, ortanca, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Pearson Ki-Kare testi, One way ANOVA, bağımlı gruplarda t testi ve Wilcoxon Testi kullanılmıştır. Çalışmada yer alan değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Eğitim sonrasında AIDS tutum puanında eğitim öncesine göre anlamlı bir artış olup olmadığının değerlendirilmesinde "Paired sample t test-Bağımlı gruplarda t testi" kullanılmıştır. Eğitim sonrasında AIDS bilgi puanında eğitim öncesine göre anlamlı bir artış olup olmadığının değerlendirilmesinde "Wilcoxon Testi" kullanılmıştır. Yaş ile AIDS bilgi puanı ve AIDS tutum puanı puanı arasındaki ilişkiler Spearman rho katsayısı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için "Statistical Package for the Social Sciences

(SPSS) 22.0" programı kullanılmıştır.

3.8. Sınırlılıklar

Tek bir üniversitenin hemşirelik bölümü öğrencilerinin çalışmaya dahil edilip farklı üniversitelerdeki öğrencilerin dahil edilmemesi çalışmanın sınırlılığıdır.

3.9. Araştırmanın Akış Planı



Şekil 3.1. Araştırmanın akış planı

4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular “akran rehberlere ait bulgular” ve “akran öğrencilere ait bulgular” olmak üzere iki bölümde sunulmuştur.

4.1. Akran Rehberlere ait Bulgular

4.1.1. Akran Rehberlerin Tanıtıcı Özellikleri

Akran rehberlerin tamamı (n=9) kadın olup yaş ortancası 19 (min:19, max:25) olarak bulunmuştur. Öğrencilerin % 55.6’sı (n=5) metropolde büyümüştür. Annelerinin eğitim durumları incelendiğinde % 44.5’inin (n=4) ilkokul mezunu olduğu, babalarının eğitim durumları incelendiğinde % 44.4’ünün (n=4) ilkokul mezunu ve % 44.4’ünün (n=4) lise mezunu olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin günlük internet kullanım süreleri incelendiğinde % 66.7’si (n=6) 2-4 saat internete zaman ayırmaktadır. Öğrencilerin tamamı bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi sahibi olmak için en az bir kere interneti kullandığını ifade etmişlerdir. Akran rehberlerin bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi almak için internet kullandıklarında ulaştıkları kaynaklar olarak web siteleri, bilimsel makaleler, bilimsel dergiler ve gazetelerin internet sayfaları olduğu belirlenmiştir.

Akran rehberlerin birinin kronik hastalığa sahip olduğu, % 44.4’ünün (n=4) daha önce bulaşıcı bir hastalık geçirdiği, % 22.2’sinin (n=2) çevresinde cinsel yolla bulaşan hastalığı olan birinin olduğu, bir öğrencinin ailesinde cinsel yolla bulaşan hastalığı olan birinin olduğu, hiçbirinin cinsel yolla bulaşan herhangi bir hastalığının olmadığı belirlenmiştir. Akran rehberlerden sadece birinin cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik test yaptırdığı, hiçbirinin HIV/AIDS testi yaptırmadığı ve tamamının Hepatit B aşısı yaptırdığı belirlenmiştir. Bir akran rehberin çevresinde HIV/AIDS ile yaşayan bir tanıdığı olduğu, hiçbir akran rehberin ailesinde HIV/AIDS ile yaşayan birey olmadığı ve hiçbirinde HIV virüsü taşıyıcılığı olmadığı tespit edilmiştir. Akran rehberlerin HIV’in bulaşma yollarını bilme durumu incelendiğinde % 55.6’sının (n=5) HIV’in bulaşma yollarını bildiği ve % 44.4’ünün (n=4) kısmen bildiği saptanmıştır.

Öğrencilerin % 66.7'si (n=6) eğitim öncesinde HIV/AIDS hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir. HIV/AIDS ile ilgili bilgilerini edindikleri kaynakların internet, okul, sosyal medya, sağlık personeli, gazete, kitap, dizi/film, televizyonda yayınlanan sağlık programları, dergi ve arkadaş olduğu belirlenmiştir.

4.1.2. Akran Rehberlere ait AIDS Bilgi Ölçeği Puanlarına İlişkin Veriler

Akran rehberlerin eğitim öncesi ve sonrası AIDS Bilgi Ölçeği puanları incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda eğitim öncesi AIDS Bilgi Ölçeği puan ortalaması 13.56±3.50 (min:7, max:18) iken eğitim sonrası AIDS Bilgi Ölçeği puan ortalaması 20.89±0.33 (min:20, max:21) olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistik analizi sonucunda eğitim sonrası AIDS bilgi ölçeği puan ortalamasının eğitim öncesine göre arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.008) (Tablo 4.1).

Akran rehberlere ait AIDS bilgi ölçeği alt boyut puanları hem eğitim öncesi hem eğitim sonrası olmak üzere ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Eğitim öncesi AIDS bilgi ölçeği alt boyut puanları incelendiğinde bulaşma yolları alt boyut puan ortalaması 4.67±2.00 (min:1, max:7), korunma ve genel bilgi alt boyut puan ortalaması 7.33±1.22 (min:5, max:9) ve tedavi alt boyut puan ortalaması 1.56±1.59 (min:0, max:4) olarak bulunmuştur. Eğitim sonrası alt boyut puanları incelendiğinde bulaşma yolları alt boyut puan ortalaması 7.00±0.00 (min:7, max:7), korunma ve genel bilgi alt boyut puan ortalaması 8.89±0.33 (min:8, max:9) ve tedavi alt boyut puan ortalaması 5.00±0.00 (min:5, max:5) olarak belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda eğitim sonrası AIDS bilgi ölçeğinin bulaşma yolları alt boyutu, korunma ve genel bilgi alt boyutu ile tedavi alt boyutu olmak üzere tüm alt boyut puan ortalamalarının eğitim öncesine göre arttığı ve bu artışların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Bulaşma yolları alt boyutu için p=0.008, Z= -2.670; korunma ve genel bilgi alt boyutu için p=0.017, Z= -2.388; tedavi alt boyutu için p<0.001, Z= -6.499) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Akran rehberlerin eğitim öncesi ve sonrası AIDS bilgi ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılık testi sonuçları (n=9).

	Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası			
	Min	**Max.**	**x̄±SS**	**Min.**	**Max.**	**x̄±SS**	**Test İstatistiği**
AIDS Bilgi Ölçeği Toplam Puanı (0-21 puan)	7	18	13.56±3.50	20	21	20.89±0.33	**p=0.008*** Z= -2.670
Bulaşma Yolları Alt Boyut Puanı (0-7 puan)	1	7	4.67±2.00	7	7	7.00±0.00	**p=0.008**** t= -3.500
Korunma ve Genel Bilgi Alt Boyut Puanı (0-9 puan)	5	9	7.33±1.22	8	9	8.89±1.59	**p=0.017*** Z= -2.388
Tedavi Alt Boyut Puanı (0-5 puan)	0	4	1.56±1.59	5	5	5.00±0.00	**p<0.001**** t= -6.499

Min: Minimum, Max: Maksimum, x̄: Ortalama, SS: Standart sapma, * Wilcoxon Testi, **Bağımlı Gruplarda T Test

4.1.3. Akran Rehberlere ait AIDS Tutum Ölçeği Puanlarına İlişkin Veriler

Akran rehberlerin eğitim öncesi ve sonrası AIDS tutum ölçeği puanları incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda eğitim öncesi AIDS Tutum Ölçeği puan ortalaması 61.11±7.32 (min:49, max:72) iken eğitim sonrası AIDS tutum puanı ortalaması 79.33±2.91 (min:76, max:84) olarak bulunmuştur. Yapılan istatistik analizi sonucunda eğitim sonrası AIDS tutum ölçeği puan ortalamasının eğitim öncesine göre arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.2).

Araştırmada akran rehberlere ait AIDS tutum ölçeği alt boyut puanları hem eğitim öncesi hem eğitim sonrası olmak üzere ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Eğitim öncesi AIDS tutum ölçeği alt boyut puanları incelendiğinde olumsuz tutum ve davranışlar alt boyut puan ortalaması 40.22±5.67 (min:29, max:47) ve stigma alt boyut puan ortalaması 20.89±2.14 (min:18, max:25) olarak belirlenmiştir. Eğitim sonrası AIDS tutum ölçeği alt boyut puanları incelendiğinde olumsuz tutum ve davranışlar alt boyut puan ortalaması 56.33±2.73 (min:52, max:60) ve stigma alt boyut puan ortalaması 23.00±1.87 (min:19, max:25) olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistik analizleri sonucunda eğitim sonrası AIDS tutum ölçeğinin olumsuz tutum ve davranışlar alt boyut puan ortalamasının eğitim öncesine göre anlamlı şekilde arttığı

(p<0.001, Z= -7.829), stigma alt boyutu puan ortalamasında ise anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05, Z= -2.388) belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Akran rehberlerin eğitim öncesi ve sonrası AIDS tutum ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılık testi sonuçları (n=88).

	Eğitim Öncesi			**Eğitim Sonrası**			
	Min	**Max.**	**x̄±SS**	**Min.**	**Max.**	**x̄±SS**	**Test İstatistiği**
AIDS Tutum Ölçeği Toplam Puanı (17-85 puan)	49	72	61.11±7.32	76	84	79.33±2.91	**p<0.001*** t= -6.758
Olumsuz Tutum ve Davranışlar Alt Boyut Puanı (1-60 puan)	29	47	40.22±5.67	52	60	56.33±2.73	**p<0.001*** t= -7.829
Stigma Alt Boyut Puanı (1-25 puan)	18	25	20.89±2.14	19	25	23.00±1.87	p=0.092** Z= -2.388

Min: Minimum, Max: Maksimum, x̄: Ortalama, SS: Standart sapma, *Bağımlı Gruplarda T Test, **Wilcoxon Testi

4.2. Akran Öğrencilere ait Bulgular

4.2.1. Akran Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

Akran öğrencilerin % 84.1'i (n=74) kadındır. Yaş ortancası 19 (min:18, max:26) olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %90.9'u (n=81) şehir ya da metropolde büyümüştür. Annelerinin eğitim durumları incelendiğinde % 61.4'ünün (n=54) ve babalarının eğitim durumları incelendiğinde % 48.9'unun (n=43) ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin günlük internet kullanım süreleri incelendiğinde % 4.5'i (n=4) 1 saatten az, % 12.5'i (n=11) 1-2 saat, % 48.9'u (n=43) 2-4 saat ve % 34.1'i (n=30) 4 saatten fazla internete zaman ayırmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi sahibi olmak için en az bir kere interneti kullandığını ifade edenlerin oranı % 89.8 (n=79) iken % 10.2'si bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi sahibi olmak için hiç internet kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Öğrenciler, bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi almak için internet kullandıklarında % 78.4'ü (n=69) web siteleri, % 34.1'i (n=30) sosyal medya, % 23.9'u (n=21) bilimsel makaleler, % 13.6'sı (n=12) bilimsel dergiler, % 12.5'i (n=11) gazetelerin internet sayfaları, % 8'i (n=7) dernek sayfaları

ve sadece % 3.4'ü (n=3) online kitapları kullandıklarını belirtmişlerdir.

Öğrencilerin % 8'inin (n=7) en az bir kronik hastalığı olduğu, % 36.4'ünün (n=32) daha önce bulaşıcı bir hastalık geçirdiği, % 6.8'inin (n=6) çevresinde cinsel yolla bulaşan hastalığı olan birinin olduğu, % 4.5'inin (n=4) ailesinde cinsel yolla bulaşan hastalığı olan birinin olduğu, tamamının (n=88) cinsel yolla bulaşan herhangi bir hastalığa sahip olmadığı ve % 29.5'inin (n=26) cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik test yaptırdığı, % 87.5'inin (n=77) Hepatit B aşısı yaptırdığı ve sadece bir öğrencinin Human Papilloma Virüs (HPV) aşısı yaptırdığı belirlenmiştir. Katılımcıların tamamının (n=88) çevresinde HIV/AIDS ile yaşayan bir birey bulunmadığı, hiçbirinin ailesinde HIV/AIDS'li birey olmadığı ve hiçbirinde HIV virüsü taşıyıcılığı olmadığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin HIV'in bulaşma yollarını bilme durumu incelendiğinde % 21.6'sının (n=19) HIV'in bulaşma yolları ile ilgili bazı bilgilere sahip oldukları, % 3.4'ünün (n=3) HIV'in bulaşma yollarını bilmediği, %75'inin (n=66) ise HIV'in bulaşma yollarını kısmen bildiği belirlenmiştir. Ayrıca % 93.2'si (n=82) HIV'in kan yoluyla bulaşan bir hastalık olması sebebiyle sağlık çalışanları için bulaş açısından risk taşıdığının farkında olduklarını belirtmişlerdir.

Öğrencilerin % 69.3'ü (n=61) eğitim öncesinde HIV/AIDS hakkında bir takım mevcut bilgilerinin olduğunu belirtmişlerdir. HIV/AIDS ile ilgili mevcut bilgilerini edinme kaynakları incelendiğinde % 69.3'ü (n=61) internet, % 62.5'i (n=55) okul, % 30.7'si (n=27) sosyal medya, % 25'i (n=22) arkadaş, % 22.7'si (n=20) sağlık personeli, % 21.6'sı (n=19) televizyon, % 14.8'i (n=13) kitap, % 14.8'i (n=13) dizi/film, % 10.2'si (n=9) televizyonda yayınlanan sağlık programları, % 9.1'i (n=8) konferans, % 5.7'si (n=5) dergi, % 4.5'i (n=4) aile ve % 2.3'ü (n=2) gazete olarak belirlenmiştir.

Eğitim sonrasında ise öğrencilerin tamamı (n=88) HIV/AIDS hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade etmişlerdir. Yapılan istatistiki analizde eğitim öncesine göre HIV/AIDS hakkında bilgi sahibi olanların sayısının arttığı, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, HIV/AIDS hakkında bilgi sahibi olan öğrenci yüzdesinin eğitim sonrasında eğitim öncesine göre anlamlı derecede artış gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.001$, $\chi 2=31.893$).

CYBH'a yönelik test yapma durumu incelendiğinde öğrencilerin % 29.5'unun (n=26) daha önce test yaptırdığı belirlenmiştir. Eğitim sonrasında ise CYBH'a yönelik

test yaptıran öğrencilerin oranının % 46.5'e (n=41) yükseldiği görülmüştür. Yapılan istatistiki analizde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, CYBH'a yönelik test yaptıran öğrenci oranının eğitim sonrasında eğitim öncesine göre anlamlı derecede artış gösterdiği belirlenmiştir ($p=0.02$, $\chi2=5.422$).

Öğrencilerin % 11.4'ünün (n=10) HIV'e yönelik daha önce test yaptırdığı belirlenmiştir. Eğitim sonrasında ise HIV testi yaptıran öğrencilerin oranının %25'e (n=22) yükseldiği görülmüştür. Yapılan istatistiki analizde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, HIV testi yaptıran öğrenci oranının eğitim sonrasında eğitim öncesine göre anlamlı derecede artış gösterdiği belirlenmiştir ($p=0.01$, $\chi2=5.500$).

Öğrencilerin % 4.5'i (n=4) daha önce HIV pozitif bir hastaya baktıklarını ifade etmişlerdir. Araştırma sırasında aynı zamanda devam eden klinik uygulamalar sırasında bu oran artmış olup eğitim sonrasında öğrencilerin % 23.1'inin (n=21) HIV pozitif bir hastaya baktıkları belirlenmiştir. Eğitim öncesine göre HIV pozitif bir hastaya bakan öğrenci sayısındaki bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$, $\chi2=13.474$).

4.2.2. Akran Öğrencilere ait AIDS Bilgi Ölçeği Puanlarına İlişkin Veriler

Çalışmaya katılan akran öğrencilerin eğitim öncesi AIDS bilgi ölçeği puanları incelenmiştir. Akran öğrencilerin eğitim öncesi toplam AIDS bilgi ölçeği puan ortalaması 10.32±3.59 (min:1, max:18) olarak bulunmuştur. Eğitim sonrasında akran öğrencilerin AIDS bilgi ölçeği puanları yeniden değerlendirilmiştir. Akran öğrencilerin eğitim sonrası AIDS bilgi ölçeği puan ortalaması 19.69±1.51 (min:15, max:21) olarak bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda eğitim sonrası AIDS bilgi ölçeği puan ortalamasının eğitim öncesine göre arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$, $Z=-8.156$) (Tablo 4.3).

Araştırmada akran öğrencilere ait AIDS bilgi ölçeği alt boyut puanları hem eğitim öncesi hem eğitim sonrası olmak üzere ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Eğitim öncesi AIDS bilgi ölçeği alt boyut puanları incelendiğinde bulaşma yolları alt boyut puan ortalaması 2.66±2.24 (min:0, max:7), korunma ve genel bilgi alt boyut puan ortalaması 6.69±1.19 (min:0, max:9) ve tedavi alt boyut puan ortalaması 1.97±1.40 (min:0, max:5) olarak belirlenmiştir. Eğitim sonrası AIDS bilgi ölçeği alt boyut

puanları incelendiğinde bulaşma yolları alt boyut puan ortalaması 6.93±0.29 (min:5, max:7), korunma ve genel bilgi alt boyut puan ortalaması 8.52±0.69 (min:6, max:9) ve tedavi alt boyut puan ortalaması 4.24±1.13 (min:1, max:5) olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistik analizleri sonucunda eğitim sonrası AIDS bilgi ölçeğinin bulaşma yolları alt boyutu, korunma ve genel bilgi alt boyutu ile tedavi alt boyutu olmak üzere tüm alt boyut puan ortalamalarının eğitim öncesine göre arttığı ve bu artışların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Bulaşma yolları alt boyutu için $p<0.001$, $Z= -7.988$; korunma ve genel bilgi alt boyutu için $p<0.001$, $Z= -7.738$; tedavi alt boyutu için $p<0.001$, $Z= -7.162$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Akran öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası AIDS bilgi ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılık testi sonuçları (n=88).

	Eğitim Öncesi			**Eğitim Sonrası**			
	Min	**Max.**	**x̄±SS**	**Min.**	**Max.**	**x̄±SS**	**Test İstatistiği**
AIDS Bilgi Ölçeği Toplam Puanı (0-21 puan)	1	18	10.32±3.59	15	21	19.69±1.51	**p<0.001*** Z= -8.156
Bulaşma Yolları Alt Boyut Puanı (0-7 puan)	0	7	2.66±2.24	5	7	6.93±0.29	**p<0.001*** Z= -7.988
Korunma ve Genel Bilgi Alt Boyut Puanı (0-9 puan)	0	9	5.69±1.19	6	9	8.52±0.69	**p<0.001*** Z= -7.738
Tedavi Alt Boyut Puanı (0-5 puan)	0	5	1.97±1.40	1	5	4.24±1.13	**p<0.001*** Z= -7.162

Min: Minimum, Max: Maksimum, x̄: Ortalama, SS: Standart sapma, * Wilcoxon Testi

4.2.3. Akran Öğrencilere ait AIDS Tutum Ölçeği Puanlarına İlişkin Veriler

Akran öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası AIDS tutum ölçeği puanları incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda eğitim öncesi AIDS tutum ölçeği puan ortalaması 56.64±8.36 (min:26, max:73), eğitim sonrası AIDS tutum ölçeği puan ortalaması 72.95±7.02 (min:52, max:85) olarak bulunmuştur. Akran eğitimi sonrası AIDS tutum ölçeği puan ortalamasının eğitim öncesine göre arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.4).

Akran öğrencilere ait AIDS tutum ölçeğinin alt boyut puanları hem eğitim öncesi hem eğitim sonrası olmak üzere ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Eğitim öncesi AIDS tutum ölçeği alt boyut puanları incelendiğinde olumsuz tutum ve davranışlar alt boyut puan ortalaması 37.77±6.08 (min:19, max:49) ve stigma alt boyut puan ortalaması 18.86±3.80 (min:7, max:25) olarak belirlenmiştir. Eğitim sonrası AIDS tutum ölçeği alt boyut puanları incelendiğinde olumsuz tutum ve davranışlar alt boyut puan ortalaması 51.23±5.67 (min:32, max:60) ve stigma alt boyut puan ortalaması 21.73±2.46 (min:15, max:25) olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistik analizleri sonucunda eğitim sonrası AIDS tutum ölçeğinin olumsuz tutum ve davranışlar ($p<0.001$, $Z= -8.064$) ve stigma ($p<0.001$, $Z= -5.690$) olmak üzere tüm alt boyut puan ortalamalarının eğitim öncesine göre arttığı ve bu artışların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Olumsuz tutum ve davranışlar için $p<0.001$, $Z= -8.064$; Stigma için $p<0.001$, $Z= -5.690$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Akran öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası AIDS tutum ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılık testi sonuçları (n=88).

	Eğitim Öncesi			**Eğitim Sonrası**			
	Min	**Max.**	**x̄±SS**	**Min.**	**Max.**	**x̄±SS**	**Test İstatistiği**
AIDS Tutum Ölçeği Toplam Puanı (17-85 puan)	26	73	56.64±8.36	52	85	72.95±7.02	**p<0.001*** t= -16.495
Olumsuz Tutum ve Davranışlar Alt Boyut Puanı (1-60 puan)	19	49	37.77±6.08	32	60	51.23±5.67	**p<0.001** Z= -8.064
Stigma Alt Boyut Puanı (1-25 puan)	7	25	18.86±3.80	15	25	21.73±2.46	**p<0.001** Z= -5.690

Min: Minimum, Max: Maksimum, x̄: Ortalama, SS: Standart sapma, *Bağımlı Gruplarda T Test, **Wilcoxon Testi

Araştırmada ayrıca eğitim öncesi ve eğitim sonrası AIDS bilgi puanı ve AIDS tutum puanı arasında ilişki olup olmadığı ayrı ayrı incelenmiştir. Yapılan analizde ne eğitim öncesi, ne de eğitim sonrasında AIDS bilgi puanı ile AIDS tutum puanı arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (eğitim öncesi $r=0.421$, $p>0.05$; eğitim sonrası $r=0.144$, $p>0.05$).

5. TARTIŞMA

HIV/AIDS günümüzde en önemli sağlık sorunlarından biri olup HIV/AIDS ile yaşayan bireyler fiziksel sorunların yanında birtakım psikososyal sorunları da yaygın şekilde yaşamaktadır. HIV/AIDS'in ölüm, seks, tabu olan davranışlar, ahlaksızlık, utanç, damar içi uyuşturucu kullanımı, suç, ceza ve korku gibi kavramlar ile ilişkilendirilmesi (63,101,103), kalıcı bir tedavi ve aşısının olmaması (101), bulaşma yolları ile ilgili yanlış düşünceler ve bilgi eksikliği sonucu HIV/AIDS ile yaşayan bireyler birçok alanda negatif tepkilere maruz kalmaktadır. Bu negatif tepkiler; şiddet, korku, inkâr, olumsuz tutum ve davranışlar, damgalama ve ayrımcılıktır (4). Yapılan araştırmalarda hemşirelerin ve geleceğin sağlık profesyonelleri olan hemşirelik öğrencilerinin de HIV/AIDS ile yaşayan bireylere karşı olumsuz tutumlar sergiledikleri ve HIV/AIDS ile ilgili bilgi düzeylerinin istendik seviyede olmadığı görülmektedir (7,12,16,18-20,164). Ayrıca kişilerin HIV/AIDS bilgi düzeyinin HIV/AIDS ile yaşayan bireylere karşı tutumu etkilediği; HIV/AIDS hakkında bilgi düzeyi arttıkça damgalayıcı ve ayrımcılık içeren davranışların azaldığı belirlenmiştir (165,166). Buradan yola çıkarak bu araştırma akran eğitim modeline göre hemşirelik öğrencilerine HIV/AIDS ile ilgili verilen eğitimin HIV/AIDS bilgi düzeyi ve tutumu üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Buradan yola çıkarak yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılmıştır;

- Akran eğitiminin HIV/AIDS bilgi düzeyi üzerine etkisi ile ilgili bulguların tartışılması
- Akran eğitiminin HIV/AIDS tutumu üzerine etkisi ile ilgili bulguların tartışılması

5.1. Akran eğitiminin HIV/AIDS Bilgi Düzeyi Üzerine Etkisi ile ilgili Bulguların Tartışılması

Araştırmada akran eğitim modeline göre HIV/AIDS ile ilgili eğitim verilen hemşirelik öğrencilerinde HIV/AIDS bilgi düzeyi açısından eğitim öncesi ve sonrasında fark olduğu, HIV/AIDS bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış olduğu ve akran eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin HIV/AIDS bilgisini artırmada etkili bir yöntem

olduğu belirlenmiştir. Literatürde akran eğitiminin HIV/AIDS bilgisini artırmada etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla farklı örneklemler ile yapılan çalışmalarda çalışma sonucumuza paralel olarak akran eğitiminin HIV/AIDS bilgisini artırmada etkili bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır (32-35,167,168). Hemşirelik öğrencileri (34,35), sağlık çalışanları (169,170), tıp ve sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri (30), üniversite öğrencileri (171,172), adölesanlar (173,174), değişik yaş gruplarından öğrenciler (175-177), toplumdaki bireyler (178), sokakta yaşayan çocuklar (179), erkek erkeğe seks yapan bireyler (167) ve uyuşturucu kullanan kadınlarda (180) yapılan çalışmalarda akran eğitiminin HIV/AIDS bilgisini artırmada etkili olduğu gösterilmiştir. Diesel ve arkadaşlarının Kamerun, Honduras ve Amerikalı hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada akran eğitimi sonrasında tüm öğrenci gruplarında HIV/AIDS bilgi düzeyinde iyileşme saptanmıştır (34). Li ve arkadaşlarının yaş ortalaması 14 olan 2237 çocuk ile gerçekleştirdikleri çalışmada üç aylık akran eğitiminden sonra akran eğitimi uygulanan öğrencilerin HIV/AIDS ile ilgili bilgilerinin önemli derecede arttığı saptanmıştır (181). Akran eğitiminin adölesanlar arasında HIV bilgi, tutum ve önleyici uygulamalarını geliştirmedeki etkinliğini değerlendiren bir diğer çalışmada akran eğitimi müdahalesinden sonra adölesanların HIV bilgi düzeylerinde artış gözlenmiştir (31). Sudan'da Ali ve arkadaşları da ortaokul öğrencilerinde akran eğitimi müdahalesi ile öğrencilerin HIV bilgi düzeyinde artış sağlamışlardır (114). Özcebe ve arkadaşları tarafından Ankara'da lise öğrencilerinin HIV bilgisini artırmak amacıyla akran eğitim modelinin uygulandığı çalışma da akran eğitimi öğrencilerin HIV/AIDS bilgi düzeylerini yükseltmede başarılı bulunmuştur (182). Gao ve arkadaşları Çin'de 11-18 yaş arası 1468 öğrenci için tasarladıkları akran eğitimi programının tüm öğrencilerin HIV/AIDS ile ilgili bilgilerini önemli ölçüde artırdığını bildirmişlerdir (168). Akran eğitiminin Aronson ve arkadaşlarının araştırmasında Afro-Amerikan erkek üniversite öğrencilerinde (183), Norr ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık çalışanlarında (170), Geibel ve arkadaşlarının çalışmasında ise erkek erkeğe seks yapan erkek seks işçilerinde HIV/AIDS bilgisini artırdığı belirlenmiştir (167). Akran eğitiminin HIV/AIDS bilgisini artırmada etkili bir yöntem olup olmadığının incelendiği tek grupta ön test-son test şeklindeki çalışmalar dışında akran eğitiminin farklı eğitim metotları ile karşılaştırıldığı randomize kontrollü çalışmalar da incelenmiştir. Borgia ve arkadaşlarının akran temelli ve öğretmen temelli HIV/AIDS eğitiminin etkinliğini karşılaştırdıkları çalışmada her iki şekilde eğitim alan öğrencilerde HIV/AIDS bilgi seviyesinde artış olduğu belirlenirken akran temelli

eğitim alan öğrencilerdeki artışın öğretmen temelli eğitim alan öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (184). Huang ve arkadaşlarının lise öğrencileri ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada akran temelli HIV/AIDS eğitimi alan öğrencilerde HIV/AIDS ile ilgili bilgi düzeyleri önemli derecede artış gösterirken öğretmen temelli eğitim alan öğrencilerde artış olmadığı belirlenmiştir (185). Ergene ve arkadaşları da ülkemizde üniversite öğrencileri ile benzer bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Buna göre birinci gruba akran eğitimi, ikinci gruba 60 dakikalık HIV/AIDS ile ilgili ders verilmiş, üçüncü gruba ise herhangi bir eğitim verilmeden eski bilgileri karşılaştırılmıştır. Eğitimler sonrasında yapılan karşılaştırmada akran eğitimi uygulanan grupta HIV/AIDS bilgi düzeyinin arttığı belirlenmiştir (186). Geleneksel eğitim ve akran eğitiminin HIV/AIDS bilgisini artırmadaki etkinliğinin değerlendirildiği Mahat ve arkadaşlarının çalışması ile Wulandari ve Syarifah'ın çalışmasında da akran eğitim grubu ile geleneksel eğitim almış grup arasında HIV/AIDS bilgisinde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (174,176). Araştırma bulgularımız literatür ile uyumludur. Araştırmamızda eğitimi alan ve eğitimi veren kişilerin birbirleriyle eşit statüde olması, akranların eğitim sürecinde birbirleriyle iyi etkileşim kurmaları, eğitimlerde sadece düz anlatımın kullanılmayıp çeşitli interaktif yöntemlerin kullanılması, hem akran rehberler hem de akran öğrencilerin eğitime istekli olmaları, toplumumuzda kültürel olarak tabu olarak görülen HIV/AIDS konusunu birbirleri ile rahatça tartışmış olmaları ve eğitim gruplarının küçük gruplar olmasının öğrencilerin daha fazla bilgiye ulaşmalarını sağladığı ve buna bağlı olarak AIDS bilgi seviyelerinin arttığı düşünülmektedir. Buradan yola çıkarak sahip olduğu olumlu yönleriyle akran eğitiminin öğrencilerin AIDS bilgi düzeylerini artırmada etkili olduğu söylenebilir.

Araştırmada akran eğitimi sonucunda hemşirelik öğrencilerinin AIDS bilgi ölçeği alt boyutları olan "bulaşma yolları", "korunma ve genel bilgi" ve "tedavi" alt boyut puanlarında da istatistiksel olarak önemli artışlar sağlanmıştır. Literatür incelendiğinde çeşitli örneklemlerde HIV/AIDS ile ilgili gerçekleştirilen akran eğitimi uygulamalarının genel HIV/AIDS bilgisi, HIV/AIDS bulaş yolları, HIV/AIDS'den korunma ve HIV/AIDS tedavisi ile ilgili bilgi düzeylerinin iyileştirilmesinde etkili oldukları belirlenmiştir. Van der Maas ve Otte'nin akran eğitiminin ergenler arasında HIV/AIDS farkındalığı, bilgisi ve davranışları açısından etkili bir yöntem olup olmadığını değerlendirdikleri çalışmada akran eğitimi uygulanan grupta HIV/AIDS'in

bulaşma yolları ve HIV'den korunma ile ilgili bilgi seviyesi önemli derecede artmıştır. Ayrıca akran eğitimi almayan öğrencilerin genel HIV/AIDS bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (177). Osowole ve Oladepo'nun 10-22 yaş arası 77 ortaokul öğrencisi ile yaptıkları çalışmada kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, akran eğitimi uygulanan öğrencilerde bulaşma yolları, HIV/AIDS'i önleme yöntemleri ve tedavi hakkında bilgi seviyeleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (187). Merakou ve Kourea-Kremastinou'nun lise öğrencilerinde HIV'in önlenmesinde akran eğitim yönteminin etkinliğini test ettikleri çalışmada akran eğitimi uygulanan grupta HIV bulaşma yolları ve tedavi ile ilgili sahip olunan yanlış bilgilerden çoğu ile ilgili bilgi seviyelerinin arttığı görülmüştür (188). Barss ve arkadaşları lise öğrencilerinde uyguladıkları akran eğitimi uygulaması sonucunda öğrencilerin HIV/AIDS tedavisi ve aşı ile ilgili bilgilerinde eğitim öncesine göre anlamlı artış saptanmıştır (189). Akran eğitiminin Abbaspour ve arkadaşları lise öğrencilerinde HIV/AIDS'in önlenmesi ve HIV'in bulaş yollarına ilişkin bilgilerinde artış (190); Wulandari ve Syarifah adölesanlarda HIV/AIDS'i önleme bilgilerinde artış (176); Norr ve arkadaşları sağlık çalışanlarında HIV/AIDS'in önlenmesi bilgisinde artış (170); Michielsen ve arkadaşları öğrencilerde HIV/AIDS'den koruma bilgisinde artış (191); Kaponda ve arkadaşları sağlık çalışanlarında HIV bulaşma yolları ve HIV'in önlenmesi bilgisinde artış (169) sağladığını belirlemişlerdir. Ayrıca çeşitli çalışmalarda akran eğitiminin HIV/AIDS'den korunmada önemli yeri olan kondom kullanımına ilişkin bilgi ve cinsel temas sırasında kondom kullanmaya yönelik tutum üzerine de olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır (167,169,170,172,180,183,188). Araştırma bulgularımız literatürle uyumludur.

Bu bulgulara dayanarak "Akran eğitim modeline göre HIV/AIDS ile ilgili eğitim verilen hemşirelik öğrencilerinde akran eğitimi HIV/AIDS ile ilgili bilgi düzeyini artırmada etkilidir" şeklindeki H1 hipotezi kabul edilmiştir.

5.2. Akran eğitiminin HIV/AIDS Tutumu Üzerine Etkisi ile ilgili Bulguların Tartışılması

Araştırmada akran eğitim modeline göre HIV/AIDS ile ilgili eğitim verilen hemşirelik öğrencilerinde HIV/AIDS tutum düzeyi açısından eğitim öncesi ve sonrasında fark olduğu, HIV/AIDS tutum düzeylerinde anlamlı bir artış olduğu ve

akran eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin HIV/AIDS tutumunu artırmada etkili bir yöntem olduğu belirlenmiştir. Literatürde akran eğitiminin HIV/AIDS bilgisini artırmada etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla farklı örneklemler ile yapılan çalışmalarda çalışma sonucumuza paralel olarak akran eğitiminin HIV/AIDS tutumunu iyileştirmede etkili bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır (30,32-34,167,168). Hemşirelik (34) ve tıp/sağlık bilimleri fakültesi öğrencileriyle (30) yapılan iki farklı çalışmada akran eğitiminin HIV/AIDS tutumunu artırmada başarılı olduğu belirlenmiştir. Juhanfar ve arkadaşlarının akran eğitiminin üniversite öğrencilerinin HIV/AIDS bilgi ve tutumları üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada eğitim programından sonra akran eğitimi alan grubun bilgi ve tutum puanlarının kontrol grubundan yüksek olduğu gösterilmiştir (192). Taggart ve arkadaşları lise öğrencilerinde HIV bilgisi, HIV farkındalığı ve HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik tutumları üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla tiyatro temelli bir cinsel sağlık eğitimi olan "Sanat Temelli Çok Bileşenli Akran Eğitimi" programı hazırlamışlardır. "Sanat Temelli Çok Bileşenli Akran Eğitimi" programı, HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları önleme stratejileri, sağlıklı ilişkiler ve HIV/AIDS ile yaşayan insanlara yönelik damgalanmayı azaltmaya yönelik mesajlar vermek için eğitimli kolej öğrencileri tarafından geliştirilen interaktif tiyatro tabanlı senaryoların kullanıldığı bir eğitim programıdır. Bu çalışmada kontrol grubuna öğretmenler tarafından verilen standart sağlık eğitimi müfredatı verilirken müdahale grubuna standart sağlık eğitimi müfredatına ek olarak "Sanat Temelli Çok Bileşenli Akran Eğitimi" programı uygulanmıştır. Akran eğitim grubu ve kontrol grubunda tutum puanlarındaki artış incelendiğinde her iki grubun da tutum puanlarının arttığı, ancak akran eğitim programındaki katılımcılarının eğitim sonrası tutum puanlarının kontrol grubundakilerden önemli ölçüde daha yüksek olduğunu gösterilmiştir. "Sanat Temelli Çok Bileşenli Akran Eğitimi" programına katılan lise öğrencilerinin eğitimden üç hafta sonra HIV tutumlarında önemli olumlu değişiklikler olduğu ve HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik damgalayıcı davranışlarında azalma olduğu belirlenmiştir (193). Abbaspour ve arkadaşlarının araştırmasında lise öğrencileri iki gruba ayrılarak bir gruba akran grubu, diğer gruba sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından HIV/AIDS'ten korunma ve HIV/AIDS bulaşma yolları konusunda bilgi verilmiştir. Eğitimlerden sonra her iki grupta da HIV/AIDS tutumunda anlamlı iyileşme görülmekle beraber akran eğitim grubundaki öğrencilerin tutumlarında anlamlı olumlu bir artış meydana gelmiştir (190). Üniversite öğrencileri, lise öğrencileri, ortaokul

öğrencileri ve sokak çocukları ile yapılan diğer çalışmalarda da akran eğitiminin HIV/AIDS tutumunu iyileştirmede etkili olduğu belirlenmiştir (31,32,114,179,181,185,186,189). Araştırma bulgularımız literatür ile uyumludur. Araştırmamızda akran eğitimi programının öğrencilerin genel AIDS bilgi seviyesini artırması, HIV/AIDS'in tedavi edilebilir bir enfeksiyon olduğu konusundaki farkındalığın artması, HIV/AIDS'in ölümcül bir hastalık olduğu algısının ortadan kalkması ve korunma yolları konusunda öğrencilerin farkındalık ve bilgi düzeylerinin artmasının HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik tutumlarının iyileşmesine katkı sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin maruz kaldıkları etik ihlallerin ve önyargıların öğrenciler arasında tartışılmasının öğrencilerde empati düzeyini artırarak HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik tutumlarının iyileşmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Araştırmada akran eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin AIDS tutum ölçeği alt boyutları olan "olumsuz tutum ve davranışlar" ve "stigma" düzeylerinde istatistiksel olarak önemli artış sağladığı belirlenmiştir. Ayrıca eğitim öncesine göre karşılaştırıldığında HIV bulaşından korkan, HIV pozitif hastalara bakma düşüncesine bağlı gerginlik yaşayan ve HIV pozitif hastalara bakmayı reddedeceğini ifade eden öğrenci yüzdesi eğitim sonrasında anlamlı şekilde azalırken HIV pozitif hastalara bakım vermek isteyebileceğini ifade eden öğrenci oranında anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde çeşitli örneklemlerde HIV/AIDS ile ilgili gerçekleştirilen akran eğitimi uygulamalarının HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik olumsuz tutum ve davranışlar ile stigma davranışının azaltılması ya da önlenmesinde etkili olduğu belirlenmiştir. Rice ve arkadaşları toplumdaki popüler görüş liderleri tarafından gündelik sosyal ortamlarda yapılan tartışmalar aracılığıyla verilen HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili eğitimin HIV ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilişkili stigma üzerine etkisinin incelemek için yaptıkları çalışmada 24 ay sonunda katılımcıların stigma davranışında önemli bir düşüş saptanmıştır (194). Van der Maas ve Otte'nin çalışmasında akran eğitimi adölesanlarda HIV pozitif insanlara yönelik düşük stigma ile ilişkili bulunmuştur (177). Barss ve arkadaşlarının çalışmasında akran liderleri tarafından sağlanan akran eğitimi öğrenciler arasında stigma ve ayrımcılık içeren davranışlarda azalma ile sonuçlanmıştır (189). HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik olumsuz tutum ve davranışlar ile damgalama ve ayrımcılık davranışının da sık görüldüğü sağlık

çalışanları ile yapılan akran eğitimi çalışmalarında da akran eğitimi müdahalesi sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki damgalayıcı tutum ve davranışlarda azalma sağlamıştır (170,195). Feyissa ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede incelenen araştırmalar, profesyonel yardımlı akran grubu müdahalelerinin HIV ile ilişkili damgalamayı azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (196). Diesel (34), Al-Iryani (197) ve Michielsen (191) ile arkadaşlarının çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiş olup akran eğitiminin HIV/AIDS ilişkili stigma ve olumsuz tutum ve davranışları azaltmada ya da önlemede etkili olduğu belirlenmiştir. Bulgularımız literatür ile uyumludur.

Bu bulgulara dayanarak "Akran eğitim modeline göre HIV/AIDS ile ilgili eğitim verilen hemşirelik öğrencilerinde akran eğitimi HIV/AIDS tutumunu artırmada etkilidir" şeklindeki H2 hipotezi kabul edilmiştir

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırmada öğrencilerin eğitim öncesi toplam HIV/AIDS bilgi düzeyi düşük, eğitim sonrası HIV/AIDS bilgi düzeyi yüksek bulunmuştur. Akran eğitiminin öğrencilerde HIV/AIDS ile ilgili bilgi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı artış sağladığı belirlenmiştir. AIDS bilgi ölçeğinin bulaşma yolları, korunma ve genel bilgi ile tedavi alt boyutu olmak üzere tüm alt boyut puan ortalamalarının eğitim öncesine göre arttığı ve bu artışların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesi HIV/AIDS tutum puanı ortalaması düşük, eğitim sonrası HIV/AIDS tutum puanı ortalaması yüksek bulunmuştur. Akran eğitiminin öğrencilerde HIV/AIDS tutumunda istatistiksel olarak anlamlı artış sağladığı belirlenmiştir ($p<0.001$). Ayrıca HIV/AIDS tutum ölçeğinin olumsuz tutum ve davranışlar alt boyut puan ortalaması ve stigma alt boyut puan ortalamasının eğitim öncesine göre arttığı ve bu artışların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak "Akran eğitim modeline göre HIV/AIDS ile ilgili eğitim verilen hemşirelik öğrencilerinde akran eğitimi HIV/AIDS ile ilgili bilgi düzeyini artırmada etkilidir" şeklindeki H1 hipotezi ve "Akran eğitim modeline göre HIV/AIDS ile ilgili eğitim verilen hemşirelik öğrencilerinde akran eğitimi HIV/AIDS tutumunu artırmada etkilidir" şeklindeki H2 hipotezi kabul edilmiştir.

6.1. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- HIV/AIDS ile ilgili bilgi düzeyinin artırılması ve HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik tutumun iyileştirilmesi amacıyla okula dayalı akran eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması,

- Stigma ve ayrımcılığa sebep olan en önemli sebeplerden birinin HIV/AIDS konusunda bilgi eksikliği olması sebebiyle akran eğitimi modeli kullanılarak HIV/AIDS ile ilgili eğitim ve bilgilendirme toplantılarının yapılması,

- Okula dayalı akran eğitim programlarının tüm ülkemizdeki üniversitelerde yaygınlaştırılması,
- Üniversitelerde HIV/AIDS ile ilgili öğrenci kulüplerinin açılmalarının teşvik edilmesi ve bu şekilde akran etkileşiminin sağlanması,
- Farkındalığı artırmak amacıyla akran eğitimleri veya akranlar tarafından verilecek konferansların planlanması, yaygınlaştırılması ve akranların katılımlarının sağlanması,
- Akran eğitiminin cinsel yolla bulaşan tüm hastalıklara yönelik eğitimlerde de kullanılması
- Üniversitelerde akran danışmanlığı birimlerinin oluşturulması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı,* Genişletilmiş 5. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2020: 1037-1048.

2. World Health Organisation. Summary of the Global HIV Epidemic (2018). https://www.who.int/hiv/data/2018_summary-global-hiv-epi.png?ua=1. 09 Şubat 2020.

3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıkları Dairesi Başkanlığı. HIV-AIDS İstatistik. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/h%C4%B1v-aids-istatislik.html. 01 Nisan 2020.

4. Terzioğlu F. HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılık: hemşireler için müdahale stratejileri, *Türk HIV/AIDS Dergisi*, 2004, 7(2): 57-62.

5. Nair M, Kumar P, Pandey S, Harshana A, Kazmi S, Moreto-Planas L, et al. Refused and referred-persistent stigma and discrimination against people living with HIV/AIDS in Bihar: a qualitative study from India, *BMJ Open*, 2019, 9: 9:e033790.

6. Ataç M, Buzlu S. Hemşirelerde HIV/AIDS tanılı hastalara yönelik damgalama, *FNJN*, 2016, 24(3): 155-164.

7. Suominen T, Laakkonen L, Lioznov D, Polukova M, Nikolaenko S, Lipiäinen L, Välimäki M, Kylmä J. Russian nursing students' knowledge level and attitudes in the context of human immunodeficiency virus (HIV) – a descriptive study, *BMC Nurs*, 2015, 14: 1.

8. Hassan ZM, Wahsheh MA. Knowledge and attitudes of Jordanian nurses towards patients with HIV/AIDS: findings from a nationwide survey. *Issues Ment Health Nurs*, 2011, 32(12): 774-784.

9. Reis C, Heisler M, Amowitz LL, Moreland RS, Mafeni JO, Anyamele C, et al. Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria, *PLoS Med*, 2005, 2(8): e246.

10. Bayrak B, Keten S, Fincancı M. Sağlık çalışanlarının HIV/AIDS olgularına yaklaşımları, *Klimik Dergisi*, 2014, 27(3): 103-108.

11. Dong X, Yang J, Peng L, Pang M, Zhang J, Zhang Z, et al. HIV-related stigma and discrimination amongst healthcare providers in Guangzhou, China, *BMC Public Health*, 2018, 18: 738.

12. Koç A, Öztaş D, Ceylan E. Correlation of misperceptions in Turkish nurses' knowledge regarding HIV and their attitude toward patients with HIV/AIDS, *Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences*, 2017, 25(3): 81-88.

13. Alawad M, Alturki A, Aldoghayyim A, Alrobaee A, Alsoghair M. Knowledge, attitudes, and beliefs about HIV/AIDS and people living with HIV among medical students at Qassim University in Saudi Arabia, *Int J Health Sci*, 2019, 13(5): 22-30.

14. Suominen T, Koponen N, Mockiene V, Raid U, Istomina N, Vänskä ML, et al. Nurses' knowledge and attitudes to HIV/AIDS—An international comparison between Finland, Estonia and Lithuania, *Int J Nurs Pract*, 2010, 16(2): 138-147.

15. Hafeez T, Riaz SH, Ali I, Irum N. A study of knowledge and attitude of health care providers working at tertiary care hospitals of Lahore, Pakistan (having HIV/AIDS treatment facility) towards HIV/AIDS, *Acta Med Int*, 2017, 4(1): 124-131.

16. Çimen S, Bahar Z, Öztürk C, Bektaş M. Türk ve Danimarka'lı hemşirelik öğrencilerinin HIV/AIDS'li bireylere bakım vermeye yönelik tutumlarının karşılaştırılması, *DEUHFED*, 2013, 6(3): 139-143.

17. Ay F, Zeren ŞG, Alıcı D. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin HIV/AIDS'e ilişkin bilgi düzeyleri: İstanbul, Ağrı ve Mersin örneği, *Türk HIV AIDS Dergisi*, 2006, 9(3): 75-85.

18. Adhikari K, Gupta N, Koshy AK, Jain VM, Ghimire A, Jnawali K, Paneru DP. Knowledge and attitude towards HIV/AIDS amongst nursing students in Nepal, *SAARC Journal of Tuberculosis, Lung Diseases and HIV/AIDS*, 2015, 12(1): 8-13.

19. Babaoğlu ÜT, Demir G, Biçer S. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin HIV/AIDS hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumlarının değerlendirilmesi, *Bozok Tıp Dergisi*, 2018, 8(1): 18-24.

20. Kök G, Güvenç G, Kaplan Z. Nursing students' knowledge, attitudes, and willingness to care toward people with HIV/AIDS, *International Journal of Caring Sciences*, 2018, 11(3): 1697-1706.

21. Öztürk D, Göçmen Baykara Z. Akran eğitiminin hemşirelik becerilerinin öğretimine etkisi, *HEAD*, 2019, 16(4): 295-300.

22. Atasoy I, Doğu Ö. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde akran desteğinin önemi, *Journal of Human Rhythm*, 2017, 3(1): 62-67.

23. Karabulut ÖÖ. Aile Planlaması Konusunda Üniversite Öğrencilerinin Akran Eğitimi Etkinliklerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2003.

24. Yava A, Sütçü Çiçek H. Hemşirelik eğitiminde yeni bir yaklaşım: akran koçluğu, *HUHEMFAD*, 2016, 3(1): 65–71.

25. Akkuş D, Eker F, Karaca A, Kapısız Ö, Açıkgöz F. Lise gençlerinde akran eğitimi programı madde bağımlılığını önlemede etkili bir model olabilir mi?, *J Psychiatric Nurs* 2016, 7(1): 34-44.

26. Aşçı Ö, Gökdemir F, Çiçekoğlu E. Hemşirelik öğrencilerine akran eğiticiler ile verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliği, *HSP*, 2016, 3(3): 173-183.

27. Güllüdere HH, Yardım S, Sezik M, Şenol Y. Akran yardımı ile eğitimin tıp eğitiminde kullanımı, *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2014, 13(39): 19-25.

28. Zielony R, Kimzeke G, Stakic S, De Bruyn M, Bodiroza A, Pfiffner S. *Peer Education Training of Trainers Manual.* Çeviri: Karadağ Ö. *Akran Eğitimi Eğitimci Eğitimi Rehberi,* 1. Baskı, Ankara, Semih Ofset, 2004:18.

29. Güçlü S, Elem E, Unutkan A. Gençlerin cinsel sağlık konusunda bilgi düzeylerini artırıcı bir müdahale: akran eğitimi projesi, *JRET*, 2015, 4(4): 156-162.

30. Ibrahim N, Rampal L, Jamil Z, Zain AM. Effectiveness of peer-led education on knowledge, attitude and risk behavior practices related to HIV among students at a Malaysian public university—a randomized controlled trial, *Prev Med*, 2012, 55(5): 505-510

31. Adeomi AA, Adeoye OA, Asekun-Olarinmoye EO, Abodunrin OL, Olugbenga-Bello AI, Sabageh AO. Evaluation of the effectiveness of peer education in improving HIV knowledge, attitude, and sexual behaviours among in-school adolescents in Osun State, Nigeria, *AIDS Res Treat*, 2014.

32. Babazadeh T, Zıbaee N, Shabanı L, Moradı F. Educational intervention and knowledge, attitude and behavioral intention related to HIV/AIDS in high school female students of Tehran, İran, J Educ Community Health, 2016, 2(3): 19-27.

33. Menna T, Ali A, Worku A. Effects of peer education intervention on HIV/AIDS related sexual behaviors of secondary school students in Addis Ababa, Ethiopia: a quasi-experimental study, *Reproductive Health*, 2015, 12(1): 84.

34. Diesel HJ, Taliaferro DH, Ercole PM. Comparison of perceptions of HIV/AIDS between Cameroonian, Honduran and American nursing students after Peer-led Education, *ANPC*, 2017, 3(3): 57-63.

35. Jones SG, Chadwell K, Olafson E, Simon S, Fenkl E, Framil CV. Effectiveness of nursing student-led HIV prevention education for minority college students: The SALSA Project, *J Health Care Poor Underserved*, 2017, 28(2): 33-47.

36. Ercan, S. Devlet, üniversite ve özel hastanelerde görevli sağlık personelinin AIDS'e ilişkin bilgi ve tutumları (Karşılaştırmalı bir çalışma), *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2015, 3(3): 109-116.

37. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works?, *J Int AIDS Soc*, 2009, 12(15); 1-7.

38. Ataç M, Buzlu S. Hemşirelerde HIV/AIDS tanılı hastalara yönelik damgalama, *FHND*, 2016, 24(3): 155-164.

39. Shrestha R, Altice FL, Copenhaver MM. HIV-related stigma, motivation to adhere to antiretroviral therapy, and medication adherence among HIV-positive methadone-maintained patients, *JAIDS*, 2019, 80(2): 166-173.

40. Rice WS, Burnham K, Mugavero MJ, Raper JL, Atkins GC, Turan B. (2017). Association between internalized HIV-related stigma and HIV care visit adherence, *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2017, 76(5): 482-487.

41. Rueda S, Mitra S, Chen S, Gogolishvil, D, Globerman J, Chambers L, et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses, *BMJ Open*, 2016, 6(7): e011453.

42. Gesesew H. A, Gebremedhin AT, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis, *PloS One*, 2017, 12(3): 1-16.

43. Özer S. *"Olgu Senaryolarıyla" İç Hastalıkları Hemşireliği,* 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2019: 583-591.

44. Ovayolu N, Ovayolu Ö. *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği*. 2. Baskı. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2017: 279-280.

45. Aslan FG, Altındiş M. HIV'in güncel tanı algoritmi ve gelişen korunma yöntemleri, *Turk Mikrobiyol Cemiy Derg*, 2017, 47(2): 47-60.

46. Kaptan G, Dedeli Ö. *Teoriden Uygulamaya Temel İç Hastalıkları Hemşireliği. Kavram ve Kuramlar.* 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2012: 415-417.

47. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği (KLİMİK). HIV Bilgilendirme Kitabı. 2016. https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2016/11/HIV.BILGILENDIRME.KITABI.pdf. 19 Mart 2019

48. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıkları Dairesi Başkanlığı. HIV-AIDS. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/hiv-aids.html. 01 Nisan 2020.

49. Zorlu M, Çalım Sİ. İşyerinde damgalama ve ayrımcılık faktörü olarak HIV/AIDS, *Çalışma ve Toplum*, 2012, 35(4): 165-188.

50. Aksu O. Ayrımcılığın özel bir alanı olan HIV Pozitif kadınlar ve çalışma hayatı: Bir netnografi çalışması, *AUAd*, 2017, 3(4), 174-186.

51. Marsh K, Eaton JW, Mahy M, Sabin K, Autenrieth CS, Wanyeki I, et al. Global, regional and country-level 90–90–90 estimates for 2018: Assessing progress towards the 2020 target, *AIDS*, 2019, 33(3): S213–S226.

52. Ssekalembe G, Isfandiari MA, Suprianto H. Current status towards 90-90-90 UNAIDS Target and factors associated with HIV viral load suppression in Kediri City, Indonesia, *HIV/AIDS-Research and Palliative Care*, 2020, 12:47–57.

53. Yılmaz S, Ulubey Ö. Yaratıcı Drama Yönteminin HIV/AIDS'e İlişkin Farkındalığa Etkisi, *Yaratıcı Drama Dergisi*, 2020, 15(1): 195-222.

54. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. TÜRKİYE HIV/AIDS KONTROL PROGRAMI (2019-2024). Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1131, Ankara 2019.

55. Ceylan E, Koç A. HIV+/AIDS hastalarında antiretroviral tedaviye uyumun önemi (Literatür çalışması). *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2017, 14(2): 74-81.

56. Malhan S, Ünal S. HIV&AIDS Farkındalık Raporu. Ekim 2017, Ankara. http://sagliktagenc.org/zile/uploads/2018/01/HIV_AIDS_Farkindalik_Raporu.pdf. 01 Nisan 2020.

57. Güven T, Yılmaz GR. HIV enfeksiyonu: Epidemiyoloji, tanı ve korunma, *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics*. 2014, 7(1): 10-14.

58. Ndibuagu EO, Arinze-Onyia SU, Onoh LU. Knowledge of causes, and routes of transmission of HIV/AIDS among residents of a rural community in Enugu State, Southeast Nigeria, *Med. Res. Chron*, 2017, 4(2): 221-229.

59. Ekuklu G, Tokuc B. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin HIV/AIDS konusundaki bilgi düzeyleri ve tutumları, *Turkiye Klinikleri J Med Sci*, 2009, 29(6): 1598-1604.

60. Dehghani A, Dehghani P, Dehghani B. HIV/AIDS knowledge and attitude among High School students in Shiraz, Iran in 2015, *JMRH*, 2017, 5(2): 897-903.

61. Sulukan EE, Küçükoğlu K, Gül Hİ. AIDS ve tedavisinde kullanılan ilaçlar, *Ankara Ecz. Fak. Derg*, 2009, 38(10): 47-78.

62. Savaş, N. HIV/AIDS (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü/Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu), *Turkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics*, 2015, 1(3): 29-36.

63. Akgül Ö, Çalışkan R, Öner YA. HIV/AIDS: Güncel yaklaşımlar, *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, 2018, 1(1): 19-31.

64. Tatar T, Tek NA. Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromunda (AIDS/HIV) Güncel Nutrisyonel Yaklaşım, *Turkiye Klinikleri J Med Sci.*, 2018, 38(1): 57-69.

65. Yoldaş Ö, Bulut A, Ertürk E, Çelik D, Karakaşoğlu Ü, Altındiş M. Sağlık çalışanlarında enfekte kan ve vücut sıvılarına maruziyet riskinin belirlenmesi, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2014, 15(3), 297-300.

66. Patijn GA, Strengers PFW, Harvey M, Persijn G. Prevention of transmission of HIV by organ and tissue transplantation, *Transpl Int*, 1993, 6(3): 165-172.

67. Ahmed, N. Most at-risk populations: contextualising HIV prevention programmes targeting marginalised groups in Zanzibar, Tanzania, *Afr J AIDS Res*, 2014, 13(3): 205-213.

68. Adefuye AS, Abiona TC, Balogun JA, Lukobo-Durrell M. HIV sexual risk behaviors and perception of risk among college students: implications for planning interventions, *BMC Public Health*, 2009, 9: 281.

69. Rastogi S, Agrahari S, Singh UP, Singh A, Verma AS. Clinical Stages of HIV, *Biolixir*, 2011, 1: 29-31.

70. Bhatti AB, Usman M, Kandi V. Current scenario of HIV/AIDS, treatment options, and major challenges with compliance to antiretroviral therapy, *Cureus*, 2016, 8(3): e515.

71. Ceylan E, Koç A, İnkaya AÇ, Ünal S. Determination of medication adherence and related factors among people living with HIV/AIDS in a Turkish university hospital, *Turk J Med Sci*, 2019, 49(1): 198-205.

72. Atuyambe L, Neema S, Otolok-Tanga E, Wamuyu-Maina G, Kasasa S, Wabwire-Mangen, F. The effects of enhanced access to antiretroviral therapy: A qualitative study of community perceptions in Kampala City, Uganda, *Afr Health Sci*, 2008; 8(1): 13-19.

73. Kumarasamy N, Patel A, Pujari S. Antiretroviral therapy in Indian setting: When & what to start with, when & what to switch to?, *Indian J Med Res*, 2011, 134(6): 787-800.

74. DeWit SC, Stromberg H, Dallred C. (2016). *Medical-Surgical Nursing: Concepts & Practice*, Third Edition. St Louis, Misouri, Elsevier, 2017: 220-228.

75. Brunner LS, Smeltzer SCOC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, 12th Edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2010: 1573-1605.

76. Lewis SL, Bucher L, Heitkemper MM, Harding MM, Kwong J, Roberts D. *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*, 6th Edition. St Louis, Misouri, Elsevier, 2017: 223-230.

77. Gökengin D. Türkiye'de HIV infeksiyonu: Hedefe ne kadar yakınız?, *Klimik Dergisi*, 2018, 31(1): 4-10.

78. Peate, I. *Medical-surgical Nursing at a Glance*, First Edition. Oxford, John Wiley & Sons, 2016: 32-33.

79. Babayiğit MA, Bakır B. HIV enfeksiyonu ve AIDS: Epidemiyoloji ve korunma, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2004; 3(11): 280-90.

80. Ateş D, Karahan A, & Erbaydar T. Üniversite öğrencileri güvenli cinselliği nasıl algılıyor, *STED*, 2005, 14(6): 130-134.

81. Gürsoy E, Gençalp NS. Cinsel sağlık eğitiminin önemi, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2010, 23(23): 29-36.

82. Ögel K, Eke C, Erdoğan N, Taner S, Erol B. İstanbul'da Gençler Arasında Cinsellik Araştırması Raporu. Yeniden Yayın no:16, İstanbul 2005.

83. Duman BN, Yılmazel G, Topuz Ş, Başçı AB, Koçak YD, Büyükgönenç LA. Üniversiteli gençlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlığa ilişkin bilgi, tutum ve davranışları, *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2015, 3(1): 19-32.

84. Siyez DM, Siyez E. Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulasan hastalıklara ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi, *Turk J Urol*, 2009, 35(1), 49.

85. Zeren F, Gürsoy E. Neden Cinsel Sağlık Eğitimi?, *DÜ Sağlık Bil Enst Derg*, 2018, 8(1): 29-33.

86. Şengöz G, & Pehlivanoğlu F. İnsan bağışıklık eksikliği virüsü/edinsel immün yetmezlik sendromu: Dünyada ve Türkiye'de epidemiyolojik değişimler, *Haseki Tıp Bülteni*, 2017: 55(4): 248-53.

87. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. HIV/AIDS TANI TEDAVİ REHBERİ 2019. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1133, Ankara 2019.

88. Pozitif Yaşam Derneği. AIDS, İnsan Hakları ve Yasalar. Türkiye'de AIDS Konusundaki Yasal Düzenlemeler ve Öneriler. https://pozitifyasam.org/wp-content/uploads/Kitaplar/AIDS,%20%C4%B0nsan%20Haklar%C4%B1%20ve%20Yasalar.pdf. 30 Mayıs 2020.

89. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıkları Dairesi Başkanlığı. Cinsel Yolla bulaşan Enfeksiyonlar Sürveyans Sunumu. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/h%C4%B1v-aids-sunumu.html. 30 Mayıs 2020.

90. Yürügen B. Kazanılmış bağışıklık eksikliği sendromlu (AIDS) hastanın hemşirelik bakımı, *Hemşirelik Bülteni*, 1994, 8(34): 22-24.

91. Duyan V. HIV/AIDS'in psikolojik boyutu, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2001, 12(2): 61-76.

92. Remien RH, Stirratt MJ, Nguyen N, Robbins RN, Pala AN, Mellins CA. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response, *AIDS*, 2019, 33(9): 1411-1420.

93. Silva LC, Felício EEAA, Cassétte JB, Soares, LA, Morais RAD, Prado TS, et al. Psychosocial impact of HIV/aids diagnosis on elderly persons receiving care from a public healthcare service, *RBGG*, 2015, 18(4): 821-833.

94. Stavropoulou A, Stroubouki T, Lionaki A, Lionaki S, Bakogiorga H, Zidianakis Z. Student nurses' perceptions on caring for people with HIV, *Health Science Journal*, 2011, 5(4): 288-296.

95. Salih MH, Tessema GA, Cherkos EA, Ferede AJ, Anlay DZ. Stigma towards people living on HIV/AIDS and associated factors among nurses' working in Amhara region referral hospitals, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study, *Advances in Nursing*, 2017: 1-7.

96. Cimilli C, Baykara B. HIV enfeksiyonu ve AIDS'in psikiyatrik yönleri, *Turkish J Clinical Psychiatry*, 2001, 4(3): 175-181.

97. Kuzeyli Yıldırım Y. HIV/AIDS ve hemşirelik yönetimi, *EGE HFD*, 2006, 22(2): 199-216.

98. Wilinson JM, Barcus L. *Nursing Diagnosis Handbook*. Çeviri: Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F. *Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, 11. Baskı. Ankara, Pelikan Yayınevi, 2018: 16-985.

99. Salih MH, Tessema GA, Cherkos EA, Ferede AJ, Zelalem Anlay D. Stigma towards people living on HIV/AIDS and associated factors among nurses' working in Amhara region referral hospitals, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *Advances in Nursing*, 2017: 1-7.

100. Dahlui M, Azahar N, Bulgiba A, Zaid R, Oche MO, Adekunjo FO, Chinna K. HIV/AIDS related stigma and discrimination against PLWHA in Nigerian population, *PloS One*, 2015, 10(12): 1-11.

101. Oran NT, Şenuzun F. Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigması ve baş etme stratejileri. *UİBD*, 2008, 5: 1.

102. Kaya E, Şimşek F, Yıldırmak T. Erkek HIV/AIDS hastalarında damgalanmanın yaşam kalitesi üzerine etkisi, *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2020, 21(x): xx-xx.

103. Başcı E. HIV ile yaşayanların toplumda görünür olma durumları: Neden ve sonuçlarıyla nitel bir model, *Sosyoloji Notları*, 2019, 3(1): 61-89.

104. Temel MK, Ertin H. HIV pozitif bireyin topluma entegrasyonu: Türkiye'de HIV/AIDS ve sosyoetik refleksiyonlar, *Yeni Üroloji Dergisi*, 2013, 8(1): 50-54.

105. Tran BX, Than PQT, Tran TT, Nguyen CT, Latkin CA. Changing sources of stigma against patients with HIV/AIDS in the rapid expansion of antiretroviral treatment Services in Vietnam. *Biomed Res Int*, 2019: 1-9.

106. Gökengin D, Çalık Ş, Öktem P. Türkiye'de HIV'le ilgili damgalama ve ayrımcılığın analizi: HIV'le yaşayan kişiler için damgalanma göstergesi sonuçları, *Klimik Dergisi*, 2017, 30(1): 15-21.

107. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. Stockholm: ECDC; 2017.

108. TDK. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. http://tdk.gov.tr/. 10 Nisan 2020.

109. Bilgiç N, Günay T. Ergenlerin sigara bırakma konusunda desteklenmesinde bir yöntem: Akran eğitimi, *Turk Thorac J*, 2014, 15: 102-105.

110. Ünver V, Akbayrak N. Hemşirelik eğitiminde akran eğitim modeli, *DEUHFED*, 2013, 6(4): 214-217.

111. Mete S, İsbir GG, Tokat MA, Vural F. Hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitimde akran eğitimine ilişkin görüşlerinin incelenmesi, *HEAD,* 2011, 8(3): 16-25.

112. Yava A, Sütçü Çiçek H. Hemşirelik eğitiminde yeni bir yaklaşım: Akran koçluğu. *HUHEMFAD,* 2016, 3(1): 65-71.

113. Güneş F. *Öğretim İlke ve Yöntemleri*, 2. Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2016: 53.

114. Ali MHM, Osman OB, Ibrahim MAM, Ahmed WAM. The effect of AIDS peer health education on knowledge, attitudes, and practices of secondary school students in Khartoum, Sudan, *AIMS Public Health,* 2015, 2(4): 718-726.

115. Töman U, Yarımkaya D. 7. sınıf ışık konusunun öğretiminde akran öğretimi tekniği kullanımının öğrencilerin başarı düzeyleri üzerindeki etkisi, *HÜSBED,* 2018, 11(1): 499-514.

116. Şimşek Ö, Yeşiloğlu Ö. Akran öğretimi yönteminin elektrik kavramlarının öğrenimi ve bilimsel süreç becerilerinin kazanımı üzerine etkisi, *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi,* 2016, 9(2): 72-94.

117. Mirzeoğlu AD, Munusturlar S, Çelen A. Akran öğretimi modelinin akademik öğrenme zamanına ve voleybol becerilerinin öğrenimine etkisi, *Spor Bilimleri Dergisi*, 2014, 25(4): 184-202.

118. Nielsen SG, Johansen GG, Jørgensen H. Peer learning in instrumental practicing, *Front Psychol,* 2018, 9: 339.

119.Damghanian A, Sharietpanahi G, Khieltash A, Barahimi H. Effect of peer education on physical activity and nutrition among Iranian adolescents, *Soc Health Behav*, 2019, 2(2): 52-57.

120. Zincir H, Erten ZK, Seviğ EÜ, Özkan F. Akran eğitimi yöntemi kullanılarak yürütülen sosyal projelerin liderlik, problem çözme ve atılganlık becerilerinin gelişimine etkisi, *DEUHFED,* 2014, 7(1): 19-25.

121. Dağ H, Dönmez S, Şirin A, Kavlak, O. Üniversite gençliğinin cinsel ve üreme sağlığıyla ilgili bilgi düzeyleri ve akran eğitimi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15(1): 10-17.

122. Aydınlı A, Biçer S. Hemşirelik eğitiminde güncel yaklaşımlar, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019, 28(1): 38-42.

123. Yeniçeri N, Özçakar N, Mevsim V, Güldal D. Kliniğe giriş uygulamalarında yeni bir yöntem: Akran eğitimi, *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2003, 12(12): 6-11.

124. Dickman N, Barash A, Reis S, Karasik D. Students as anatomy near-peer teachers: a double-edged sword for an ancient skill, *BMC Med Educ*, 2017, 17(1): 156.

125. Pınar ES, Çiftçi Tekinarslan İ. Zihin engelli birey için hazırlanan akran aracılı sosyal beceri öğretim programının etkinliğinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*. 2003, 4(2): 13-30.

126. Leyva-Moral JM, Terradas-Robledo R, Feijoo-Cid M, De Dios-Sánchez R, Mestres-Camps L, Lluva-Castano A, Comas-Serrano M. Attitudes to HIV and AIDS among students and faculty in a School of Nursing in Barcelona (Spain): a cross-sectional survey, *Collegian*, 2017, 24(6): 593-601.

127. Yang, S. Factors influencing nursing students' willingness to care for HIV/AIDS-infected patients in Korea, *Journal of Digital Convergence*, 2014, 12(11): 469-486.

128. Abolfotouh MA, Saleh SA, Mahfouz AA, Abolfotouh SM, Al Fozan HM. Attitudes of Saudi nursing students on AIDS and predictors of willingness to provide care for patients in Central Saudi Arabia: A Cross sectional study, *IJN*, 2013, 2(1): 13-24.

129. Bahadır Yılmaz E, Yüksel A. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin HIV/AIDS hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları. *TJSS*, 2020, 4(7): 196-210.

130. Aydemir N, Yakın İ, Arslan HS. AIDS bilgi ve tutum ölçeklerinin geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerinin sınanması, *Psikoloji Çalışmaları*, 2018, 38(1): 73-93.

131. Evcili F. Akran Eğitimi Modelinin Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Mitlerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi 2016.

132. Bulduk S. Gençlerde Okula-Dayalı Akran Eğitimi Girişimlerinin HIV/AIDS Risk Davranışlarını Azaltma Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2009.

133. Tuna A. Üniversite Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesini Öğrenmelerinde Akran Eğitimi Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2002.

134. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 3. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2011: 763-770.

135. Aksoy M. *HIV/AIDS ve Beslenme*. 1. Baskı, Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2008: 9.

136. Carter M. *Anti-HIV Drugs*, 10. Baskı. Çeviri: Pozitif Yaşam Derneği. *Anti-HIV İlaçları*, Türkçe 1. Baskı, Pozitif Yaşam Derneği, İstanbul: 1-49.

137. Zuckerman RA, Whittington WL, Celum CL, Collis TK, Lucchetti AJ, Sanchez JL, et al. Higher concentration of HIV RNA in rectal mucosa secretions than in blood and seminal plasma, among men who have sex with men, independent of antiretroviral therapy, *J Infect Dis,* 2004, 190(1): 156-161.

138. Öktem P. Türkiye'de HIV/AIDS ile yaşayanların çalışma hakkı ihlalleri: yasal çerçeve ve alandan örnekler. VI. Sosyal İnsan Hakları Ulusal Sempozyumu, Eskişehir, 2014, *VI. Sosyal İnsan Hakları Ulusal Sempozyumu Kitabı:* 225-245.

139. Kayar HB. HIV/AIDS ve hak ihlalleri. VI. Tıp Etiği Kongresi, İstanbul, 2010, *Bildiri Özetleri Kitabı:* 102.

140. Tümer A. Dünyada ve Türkiye'de Güncel Verilerle HIV/AIDS – 2014, *Türk HIV AIDS Dergisi*. 2015; 12(1): 1-3.

141. Schaecher KL. The importance of treatment adherence in HIV. *Am J Manag Care*. 2013; 19(12): 231-237.

142. Akıncı F, Öz F. HIV/AIDS'li hastaların tedaviye uyumunu etkileyen psikososyal faktörler, *Türk HIV/AIDS Dergisi*. 2002; 6(4).

143. Tümer A, Ünal S. HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma, *Aile ve Toplum*. 2001; 1(4)

144. Savaşçı Ü, Avcı İY. Kan ve kan bileşenleri ile bulaşan enfeksiyon etkenleri ve nükleik asit amplifikasyon test (NAT) yönteminin önemi, *IKSST*. 2016; 8(3): 125-134.

145. Kurtaran B. HIV ve gebelik, *Turkiye Klinikleri Infectious Diseases - Special Topics.* 2016; 9(1): 67-72.

146. Karataş M, Ataç A, Uçar M, Kantarcı MN. HIV pozitif kişilerin eşlerine hastalığı bildirme(me)nin yasal ve etik açıdan değerlendirilmesi, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2010; 17(3): 215-222.

147. Yegen C. Türk yazılı basınının HIV/AIDS haberlerindeki nefret söylemi: "Posta" gazetesi örneği, *e-GİFDER*. 2014; 2(3): 317-349.

148. Kostak MA, Ünsar S, & Sadırlı, SK. Hemşire ve Ebelerin AIDS'e Karşı Tutumlarının Belirlenmesi, *FNHD,* 2014; 17(2): 76-86.

149. Tümer A. AIDS nedir? Dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS. http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/AIDS_web-2016.pdf. 16.03.2019.

150. T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi. *Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği Hemşirelik Rehberi*, İzmir, 2013:12.

151. Pozitif Yaşam Derneği. Türkiye'de HIV ile Yasayanların Yasadıkları Hak İhlâlleri Raporu (Temmuz 2007-Temmuz 2008 Dönemi). https://pozitifyasam.org/wp-content/uploads/Raporlar/Hak%20%C4%B0hlalleri%20Raporu%202.pdf. 16 Mart 2019.

152. Çokar M, Anıl S, Sert G, Sözen Ş, Kayar HY. AIDS, İnsan Hakları ve Yasalar. Türkiye'de AIDS Konusundaki Yasal Düzenlemeler ve Öneriler. Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı. https://pozitifyasam.org/wp-content/uploads/Kitaplar/AIDS,%20%C4%B0nsan%20Haklar%C4%B1%20ve%20Yasalar.pdf. 19 Mart 2019.

153. HIV.gov. A Timeline of HIV and AIDS. https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/history/hiv-and-aids-timeline. 16 Mart 2019.

154. Güven GS. HIV infeksiyonun klinik özellikleri ve tedavisi. http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/klinik.shtml. 19 Mart 2019.

155. Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği. I. HIV/AIDS Çalıştayı. 15-16 Ekim 2015.https://www.klimud.org/public/uploads/files/I.HIVAIDS_CALISTAYI_BILDIRGE.pdf. 19 Mart 2019.

156. Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği. I. HIV/AIDS Çalıştayı. https://www.klimud.org/public/uploads/files/I.HIVAIDS_CALISTAYI_BILDIRGE.pdf. 19.03.2019.

157. Gökdoğan F. Etkili bir hasta iletişimi için araç geliştirme: yazılı materyallerin uygunluğunun değerlendirilmesi (DISCERN), *Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni,* 2003, 16-17: 8-16.

158. Yiğiter ME, Özçelik S. Bağlama öğretiminde bozlak icrasına yönelik bir alıştırma modeli önerisi ve uygulamadaki görünümü (Orta Anadolu bölgesi örneği), *Electronic Turkish Studies,* 2017, 12(14): 545-572.

159. https://www.youtube.com/watch?v=qP_8KbjNAzI.

160. https://www.youtube.com/watch?v=1PoHwAUAjX0&t=228s.

161. https://www.youtube.com/watch?v=mL1o10m59Lw&t=22s.

162. https://www.youtube.com/watch?v=bOKq4KmZXfM&t=4s.

163. https://www.youtube.com/watch?v=b5TO024pICM.

164. Akpotor ME, Ajao EO, Okwuikpo MI, Leslie TA. Personal dispositions as predictors of student nurses' prejudice, stereotyping, and discrimination against human immunodeficiency virus-infected persons in Osun State, Nigeria, *Nurs Midwifery Stud,* 2020, 9(1): 21-28.

165. Akpotor ME, Ajao EO, Okwuikpo MI, Leslie TA. Personal dispositions as predictors of student nurses' prejudice, stereotyping, and discrimination against human immunodeficiency virus-infected persons in Osun State, Nigeria, *Nurs Midwifery Stud,* 2020, 9(1): 21-28.

166. Vorasane S, Jimba M, Kikuchi K, Yasuoka J, Nanishi K, Durham J, et al. An investigation of stigmatizing attitudes towards people living with HIV/AIDS by doctors and nurses in Vientiane, Lao PDR, *BMC Health Serv Res,* 2017, 17: 125.

167. Geibel S, King'ola N, Temmerman M, Luchters S. The impact of peer outreach on HIV knowledge and prevention behaviours of male sex workers in Mombasa, Kenya, *Sex Transm Infect*, 2012, 88(5): 357-362.

168. Gao X, Wu Y, Zhang Y, Zhang N, Tang J, Qiu J, et al. Effectiveness of school-based education on HIV/AIDS knowledge, attitude, and behavior among secondary school students in Wuhan, China, *PLoS One*, 2012, 7(9): e44881.

169. Kaponda CPN, Jere DL, Chimango JL, Chimwaza AF, Crittenden KS, Kachingwe SI, et al. Impacts of a peer-group intervention on HIV-related knowledge, attitudes, and personal behaviors for urban hospital workers in Malawi, *J Assoc Nurses AIDS Care*, 2009, 20(3): 230-242.

170. Norr KF, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden KS, Irarrázabal L, Cabieses B, et al. Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile, *J Assoc Nurses AIDS Care*, 2012, 23(1): 73-86.

171.Calloway DS, Long-White DN, Corbin DE. Reducing the risk of HIV/AIDS in African American college students: An exploratory investigation of the efficacy of a peer educator approach, *Health Promot Pract*, 2014, 15(2): 181-188.

172. Bulduk S, Erdogan S. The effects of peer education on reduction of the HIV/sexually transmitted infection risk behaviors among Turkish university students, *J Assoc Nurses AIDS Care*, 2012, 23(3): 233-243.

173. Visser MJ. HIV/AIDS prevention through peer education and support in secondary schools in South Africa, *SAHARA-J*, 2007, 4(3): 678-694.

174. Mahat G, Scoloveno MA, De Leon T, Frenkel J. Preliminary evidence of an adolescent HIV/AIDS peer education program, *J Pediatr Nurs*, 2008, 23(5): 358-363.

175. Buhari ASM, Kamaldeen AS, Is A. Impact of peer education training on knowledge of HIV/AIDS among in-school youth in north central Nigeria, *IJPRBS*, 2012, 1(4): 159-167.

176. Wulandari DA, Syarifah NY. The effect of the peer education for adolescent in ımproving knowledge on HIV AIDS prevention in sleman regency. *Advances in Health Sciences Research*, 2019, 13: 76-80.

177. Van der Maas F, Otte WM. Evaluation of HIV/AIDS secondary school peer education in rural Nigeria, *Health Educ Res*, 2009, 24(4): 547-557.

178. Young SD, Konda K, Caceres C, Galea J, Sung-Ja, L, Salazar X, Coates T. Effect of a community popular opinion leader HIV/STI intervention on stigma in urban, coastal Peru, *AIDS Behav*, 2011, 15(5): 930-937.

179. Khosravi N, Kolifarhood G, Shoghli A, Pashaeypoor S, Amlashi M. Effectiveness of peer education approach on improving HIV/AIDS related healthy behaviors among immigrant street children: A randomized controlled trial, *Clinical Epidemiology and Global Health*, 2018, 6(3): 115-121.

180. Ahmadi S, Jamshidimanesh M, Zafarghandi M, Ranjbar H. The effectiveness of peer education interventions on HIV-and HBV-preventive behaviours in women with substance-related disorders: a cluster randomised control trial. International Journal of HIV-Related Problems, *HIV & AIDS Review*, 2019, 18(3): 183-192.

181. Li S, Huang H, Cai Y, Ye X, Shen X, Shi R, Xu G. Evaluation of a school-based HIV/AIDS peer-led prevention programme: The first intervention trial for children of migrant workers in China, *Int J STD AIDS*, 2010, 21: 82–86.

182. Özcebe H, Akin L, Aslan D. A peer education example on HIV/AIDS at a high school in Ankara, *Turk J Pediatr*, 2004, 46(1): 54-59.

183. Aronson RE, Rulison KL, Graham LF, Pulliam RM, McGee WL, Labban JD,et al. Brothers leading healthy lives: outcomes from the pilot testing of a culturally and contextually congruent HIV prevention intervention for black male college students, *AIDS Education and Prevention*, 2013, 25(5): 376-393.

184. Borgia P, Marinacci C, Schifano P, Perucci CA. Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial, *J Adolesc Health*, 2005, 36(6): 508-516.

185. Huang H, Ye X, Cai Y, Shen L, Xu G, Shi R, Jin X. Study on peer-led school-based HIV/AIDS prevention among youths in a medium-sized city in China, *Int J STD AIDS*, 2008, 19: 342–346.

186. Ergene T, Çok F, Tümer A, Ünal S. A controlled-study of preventive effects of peer education and single-session lectures on HIV/AIDS knowledge and attitudes among university students in Turkey, *AIDS Education & Prevention*, 2005, 17(3): 268-278.

187. Osowole OS, Oladepo O. Effect of peer education on deaf secondary school students' HIV/AIDS knowledge, attitudes and sexual behaviour, *Afr J Reprod Health*, 2000, 4(2): 93-103.

188. Merakou K, Kourea-Kremastinou J. Peer education in HIV prevention: an evaluation in schools, *Eur J Public Health*, 2006, 16(2): 128-132.

189. Barss P, Grivna M, Ganczak M, Bernsen R, Al-Maskari F, El Agab H, et al. Effects of a rapid peer-based HIV/AIDS educational intervention on knowledge and attitudes of high school students in a high-income Arab country, *JAIDS*, 2009, 52(1): 86–98.

190. Akpotor ME, Emuraye UA, Akpotor OE, Oyibocha EO, Ogheneriode I, Chigbo CA. Knowledge about HIV and HIV stigma mechanism of nursing students in Southwestern Nigeria, *IJCS*, 2018, 11(2): 819-830.

191. Michielsen K, Beauclair R, Delva W, Roelens K, Van Rossem R, Temmerman M. Effectiveness of a peer-led HIV prevention intervention in secondary schools in Rwanda: results from a non-randomized controlled trial, *BMC Public Health*, 2012, 12(1): 729.

192. Jahanfar S, Lye M, Rampal L. A randomised controlled trial of peer-adult-led intervention on improvement of knowledge, attitudes, and behaviour of university students regarding HIV/AIDS in Malaysia, *Singapore Med J*, 2009, 50(2): 173–180.

193. Taggart T, Taboada A, Stein JA, Milburn NG, Gere D, Lightfoot AF. AMP!: A cross-site analysis of the effects of a theater-based ıntervention on adolescent awareness, attitudes, and knowledge about HIV, *Prev Sci*, 2016, 17(5): 544-553.

194. Rice RE, Wu Z, Li L, Detels R, Rotheram-Borus MJ. Reducing STD/HIV stigmatizing attitudes through community popular opinion leaders in Chinese markets, *Human Communication Research*, 2012, 38(4): 379-405.

195. Li L, Wu Z, Liang LJ, Lin C, Guan J, Jia M, et al. Reducing HIV-related stigma in health care settings: a randomized controlled trial in China, *Am J Public Health*, 2013, 103(2):286–292.

196. Feyissa GT, Lockwood C, Woldie M, Munn Z. Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: A systematic review of quantitative evidence, *PLoS One*, 2019, 14(1): e0211298.

197. Al-Iryani B, Basaleem H, Al-Sakkaf K, Crutzen R, Kok G, Van Den Borne B, Evaluation of a school-based HIV prevention intervention among Yemeni adolescents, *BMC Public Health*, 2011, 11(1): 279.

8. EKLER

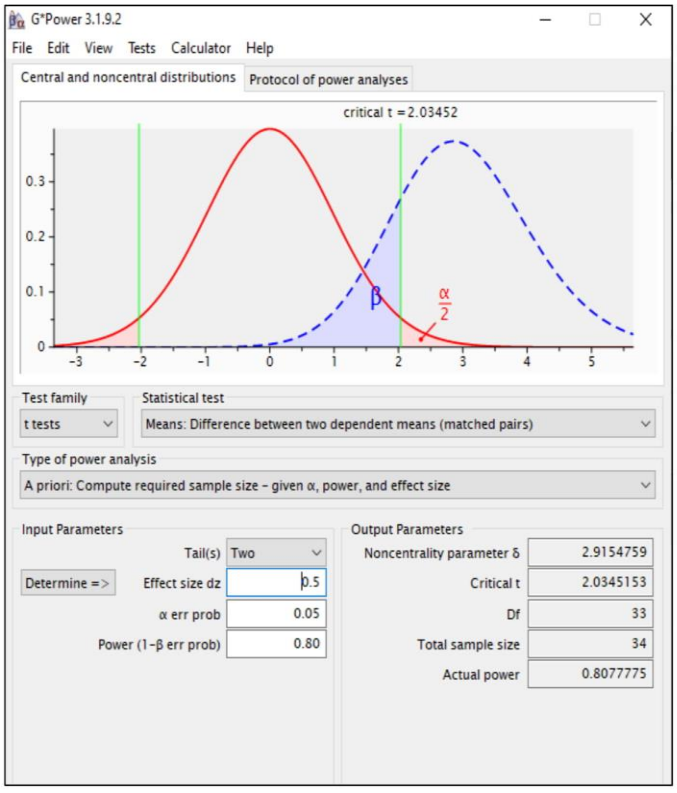
Ek-1. Örneklem Büyüklüğü İçin Güç Analizi Sonucu

Etki büyüklüğü aradaki farkın fazla olmasından dolayı yüksek çıkıyor. Haliyle de örneklem sayısı düşük çıkıyor.

Bu önsel bilgi ışığında (yani aradaki farkın yüksek bulunması) literatürde belirtilen 0.80 large ve orta olarak alınan 0.50 (kaynak: Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second Edition, Hillsdale, NJ: Erlbaum.) etki büyüklüklerinde gerekli örneklem sayıları aşağıdaki gibidir. Toplam sayınızın bu sayılar altında olmaması gerekir. Önerim 2. Sınıftaki alabildiğiniz tüm öğrencileri almanızdır. Örneklem yeterliğini de bu çıktılardan ön çalışma bulgusu ışığında açıklamanızdır.

t tests - Means: Difference between two dependent means (matched pairs)

Analysis:	A priori: Compute required sample size		
Input:	Tail(s)	=	Two
	Effect size dz	=	0.50
	α err prob	=	0.05
	Power (1-β err prob)	=	0.80
Output:	Noncentrality parameter δ	=	2.9154759
	Critical t	=	2.0345153
	Df	=	33
	Total sample size	=	34
	Actual power	=	0.8077775

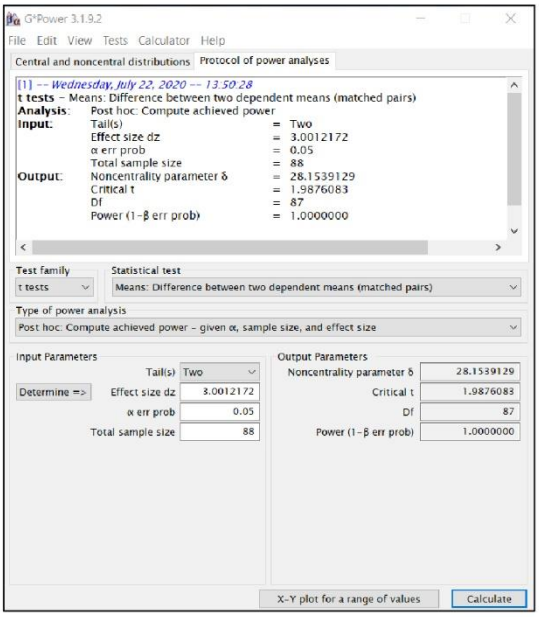


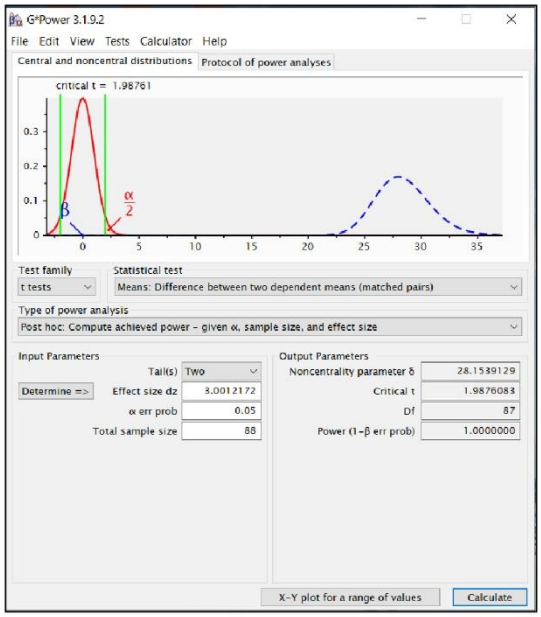
Ek-2. Posthoc Güç Analizi Sonucu

Öğrencilerin öntest ve sontest bilgi puanı ortalama ve standart sapma değerleri ile etki büyüklüğü 3.00 olarak hesaplanmıştır. Tip-1 hata 0.05 alındığında bu etki büyüklüğü kullanılarak 88 öğrenci üzerinden geriye dönük gücün %100.0 olduğu belirlenmiştir.

[1] -- *Wednesday, July 22, 2020 -- 13:50:28*
t tests – Means: Difference between two dependent means (matched pairs)

Analysis:	Post hoc: Compute achieved power		
Input:	Tail(s)	=	Two
	Effect size dz	=	3.0012172
	α err prob	=	0.05
	Total sample size	=	88
Output:	Noncentrality parameter δ	=	28.1539129
	Critical t	=	1.9876083
	Df	=	87
	Power (1−β err prob)	=	1.0000000





Ek-3. Anket Formu

ANKET FORMU

1. Öğrenci Kodu: ……..

2. Cinsiyet: O Kadın O Erkek

3. Yaşınız:

4. Büyüdüğünüz yer:

O Kırsal Bölge O Kasaba O Şehir O Metropol (Büyük Şehir)

5. Annenizin eğitim seviyesi:

O İlkokul/Ortaokul O Lise O Üniversite O Diğer……

6. Babanızın eğitim seviyesi:

O İlkokul/Ortaokul O Lise O Üniversite O Diğer……

7. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

O Evet O Hayır

8. Daha önce herhangi bir bulaşıcı hastalık geçirdiniz mi?

O Evet O Hayır

9. Çevrenizde cinsel yolla bulaşan hastalığı olan kimse var mı? (Human Papilloma Virüs [HPV], bel soğukluğu, genital siğil, sifiliz, genital uçuk, Hepatit B, Hepatit C, HIV/AIDS)

O Evet O Hayır

10. Ailenizde cinsel yolla bulaşan hastalığı olan kimse var mı? (Human Papilloma Virüs [HPV], bel soğukluğu, genital siğil, sifiliz, genital uçuk, Hepatit B, Hepatit C, HIV/AIDS)

O Evet O Hayır

11. Şu an sizde var olan cinsel yolla bulaşan hastalığınız var mı? (Human Papilloma Virüs [HPV], bel soğukluğu, genital siğil, sifiliz, genital uçuk, Hepatit B, Hepatit C, HIV/AIDS)

O Evet O Hayır

12. Herhangi bir cinsel yolla bulaşan hastalık için test yaptırdınız mı?

O Evet O Hayır

13. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için var olan aşağıdaki aşılardan hangisini/hangilerinin yaptırdınız? İşaretleyiniz.

O Human Papilloma Virüs (HPV) Aşısı

O Hepatit B Aşısı

14. HIV virüsüne (Human Immunodeficiency Virus) yönelik daha önce test yaptırdınız mı?

O Evet O Hayır

Ek-3. Anket Formu (devam)

15. Çevrenizde HIV(+)/AIDS'li birey var mı?

O Evet O Hayır

16. Ailenizde HIV(+)/AIDS'li birey var mı?

O Evet O Hayır

17. Kendinizde HIV virüsü taşıyıcılığı var mı?

O Evet O Hayır

18. HIV Virüsü hakkında bilginiz var mı?

O Evet O Hayır

19. HIV/AIDS ile ilgili sahip olduğunuz bilgileri hangi kaynaklardan edindiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

O Okul O Sağlık Personeli O Arkadaş O İnternet

O Televizyon O Gazete O Konferans O Dizi/Film

O Dergi O Radyo O Aile O Kitap

O Sosyal Medya O Tv'de yayınlanan sağlık programları O Diğer……..

20. Günlük internet kullanımınız ne kadar? İşaretleyiniz.

O 1 saatten az O 1-2 saat O 2-4 saat O 4 saatten fazla

21. Bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi sahibi olmak için interneti kullandığınız oldu mu?

O Evet O Hayır

22. Bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi sahibi olmak için interneti kullandığınızda hangi platformlardan bilgi edindiniz?

O Bilimsel dergiler O Bilimsel Makaleler O İnternetteki gazeteler
O Web siteleri O Sosyal Medya O Online Kitaplar
O Derneklerin web sayfaları O Diğer……..

23. Daha önce HIV pozitif bir hastaya baktınız mı?

O Evet O Hayır

24. HIV/AIDS'in bulaşma yollarını biliyor musunuz?

O Evet O Hayır O Kısmen

25. HIV virüsü, kan yoluyla bulaşan bir hastalık olduğundan sağlık çalışanları için bulaş açısından risk taşımaktadır.

O Doğru O Yanlış

Ek-3. Anket Formu (devam)

26. Bir sağlık profesyoneli olarak, hastane ortamında HIV virüsünün kan yoluyla size bulaşmasından korku duyar mısınız?

O Evet O Hayır

27. HIV pozitif hastalara bakma düşüncesi sizde gerginlik yaratır mı?

O Evet O Hayır

28. Hastanede, HIV pozitif hastaların bakım gereksinimlerini yönetmekte/yürütmekte istekli olur musunuz? (Cevabınız evet ise 31. soruya geçiniz)

O Evet O Hayır

29. Cevabınız "Hayır" ise nedeni nedir? İşaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

O Sağlık çalışanlarına bulaşma riskinin yüksek olması

O HIV pozitif bireylere karşı olumsuz duygularımın olması

O HIV/AIDS'ten korunma yollarını bilmeme

O HIV pozitif bireylere nasıl yaklaşmak gerektiğini bilmeme

O HIV/AIDS hakkında yeteri kadar bilgiye sahip olmama

O HIV pozitif hastalarla yeterli çalışma deneyiminin olmaması

O HIV(+)/AIDS'i kronik ve ölümcül hastalık olarak görme

O Diğer……..

30. Bakmakla yükümlü olduğunuz hastalar içerisinde HIV pozitif hasta var ise ona bakım vermeyi reddeder misiniz?

O Evet O Hayır

31. Cevabınız "Evet" ise nedeni nedir? İşaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

O Sağlık çalışanlarına bulaşma riskinin yüksek olması

O HIV pozitif bireylere karşı olumsuz duygularımın olması

O HIV/AIDS'ten korunma yollarını bilmeme

O HIV pozitif bireylere nasıl yaklaşmak gerektiğini bilmeme

O HIV/AIDS hakkında yeteri kadar bilgiye sahip olmama

O HIV pozitif hastalarla yeterli çalışma deneyiminin olmaması

O HIV(+)/AIDS'i kronik ve ölümcül hastalık olarak görme

O Diğer……..

Ek-4. AIDS Bilgi Ölçeği

AIDS BİLGİ ÖLÇEĞİ

Bu kısımda 21 farklı cümle göreceksiniz. Öncelikle lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyunuz ve daha sonra cevabınızı aşağıdaki değerlendirmeye bakarak cevaplayınız. Eğer cümle;

Sizin için tamamen doğruysa : Doğru
Cümleye dair bir fikriniz yoksa : Kararsızım
Sizin için tamamen yanlışsa : Yanlış

seçeneklerinden, sizin için en uygun olanını işaretleyiniz. Lütfen hiçbir soruyu atlamamaya özen gösteriniz.

	Doğru	Kararsızım	Yanlış
1. İlaçlarla AIDS yavaşlatılabilir.			
2. Tek gecelik ilişkiden kaçınmak AIDS'den korunmaya yardımcı olur.			
3. Partnerini iyi tanımak, AIDS'den korunmaya yardımcı olur.			
4. AIDS hastasıyla aynı tabaktan yemek yemek hastalığı bulaştırabilir.			
5. AIDS hastasıyla aynı eşyaları (çay fincanı, havlu, giysi vb.) paylaşmak hastalığı bulaştırabilir.			
6. AIDS anne karnındaki bebeğe geçebilir.			
7. AIDS hastasıyla aynı havuzda yüzmek hastalığı bulaştırabilir.			
8. AIDS bağışıklık sistemini yok eden bir hastalıktır.			
9. Sağlıklı beslenmek AIDS'den korunmaya yardımcı olur.			
10. AIDS hastasının öpmesi hastalığı bulaştırabilir.			
11. AIDS tedavisinde kullanılan ilaçlar vardır.			
12. AIDS hastasının öksürmesi hastalığı bulaştırabilir.			
13. AIDS hastası birini öpmek, hastalığı bulaştırabilir.			
14. AIDS'in bir aşısı vardır.			
15. AIDS'in tedavi edilmemesi kısırlığa yol açabilir.			
16. Düzenli egzersiz yaparak AIDS'den korunulabilir.			
17. AIDS hastasıyla aynı tuvaleti kullanmak hastalığı bulaştırabilir.			
18. Tek eşlilik, AIDS'den korunmaya yardımcı olur.			
19. Fazla stresli yaşam AIDS'e sebep olabilir.			
20. Kondom kullanmak AIDS'den korunmaya yardımcı olur.			
21. Tamamen temizlenmemiş dövme aletlerinden AIDS bulaşabilir.			

Ek-5. AIDS Tutum Ölçeği

AIDS TUTUM ÖLÇEĞİ

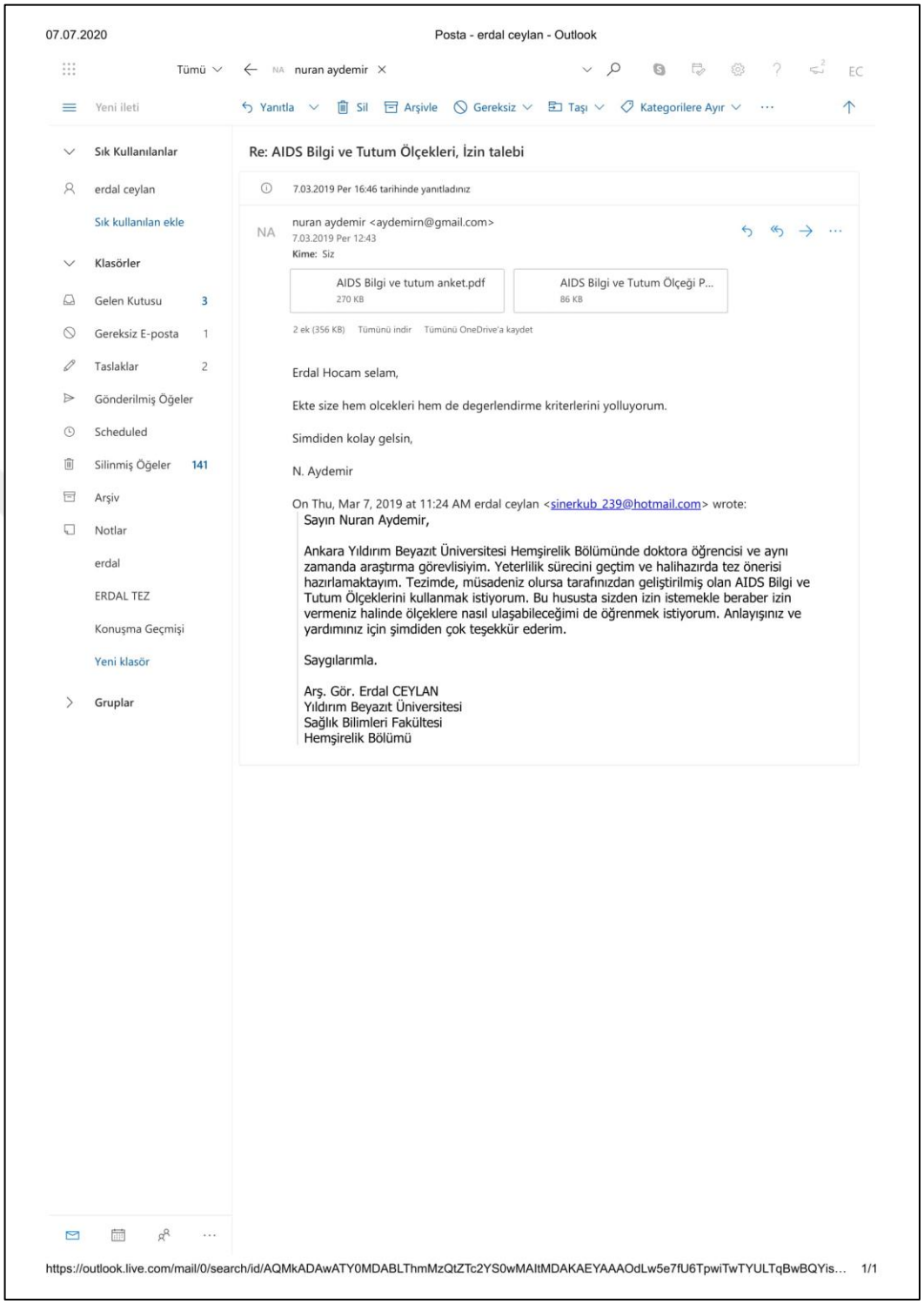
Bu kısımda 17 farklı cümle göreceksiniz. Öncelikle lütfen her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz ve daha sonra cevabınızı aşağıdaki değerlendirmeye bakarak cevaplayınız. Eğer cümle;

Sizin için tamamen doğruysa : Tamemen katılıyorum
Sizin için kısmen doğruysa : Katılıyorum
Bu konuda hiçbir fikrini yoksa : Fikrim yok
Sizin için kısmen yanlışsa : Katılmıyorum
Sizin için tamamen yanlışsa : Hiç katılmıyorum

seçeneklerinden, sizin için en uygun olanını işaretleyiniz. Lütfen hiçbir soruyu atlamamaya özen gösteriniz.

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. AIDS hastası olsaydım, bunu arkadaşlarımdan gizlerdim.					
2. AIDS hastası olan biriyle aynı evde yaşarım.					
3. AIDS hastası olan biriyle evlenirdim.					
4. Çocuğumun AIDS hastası olan biriyle evlenmesine karşı çıkardım.					
5. Sevgilim AIDS hastası olduğunu söylerse, ondan ayrılırım.					
6. AIDS hastası olan birinden uzak durmayı tercih ederim.					
7. AIDS hastası olan biriyle çalışmak beni rahatsız eder.					
8. AIDS hastası olan birisi ile aynı iş yerinde çalışmak istemezdim.					
9. Bir arkadaşım AIDS hastası olsaydı, ondan uzak dururdum.					
10. İş veren olsam, AIDS hastası olan birini işe alırdım.					
11. AIDS hastası olan biriyle flört ederdim.					
12. AIDS testi yaptırmak için doktora gitmeye utanırım.					
13. AIDS hastası olmak utanılacak bir durumdur.					
14. AIDS hastası olan birinin yanında kendimi rahat hissederim.					
15. AIDS testi yaptırsaydım, bunu arkadaşlarımdan gizlerdim					
16. AIDS hastalarının başkalarıyla sosyal temas kurmasının tehlikeli olduğunu düşünürüm.					
17. Ailemden birinin AIDS hastası olması bana utanç verirdi.					

Ek-6. AIDS Bilgi Ölçeği ve AIDS Tutum Ölçeği Kullanım İzni



Ek-7. HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığı

HIV/AIDS

ÖĞRENCİ HEMŞİRE BİLGİLENDİRME KİTAPÇIĞI



Hazırlayan

Erdal CEYLAN

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Ankara, 2019

Ek-7. HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığı (devam)

Bu kitapçık "Hemşirelik Öğrencilerine Akran Eğitim Modeline Göre Verilen Eğitimin AIDS Bilgi Düzeyi ve Tutumuna Etkisi" adlı doktora tezi kapsamında hazırlanmıştır.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül KOÇ

1

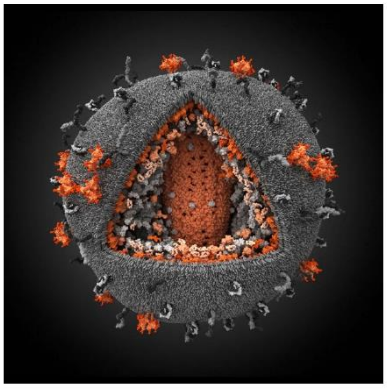
Ek-7. HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığı (devam)

İÇİNDEKİLER

1. AIDS Hastalığının Tanımı 3
2. AIDS Tarihçe 3
3. Dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS Prevelansı 5
4. HIV/AIDS Hastalığının Tanı Yöntemleri 7
5. HIV/AIDS Hastalığının Klinik Belirti ve Bulguları 7
6. HIV/AIDS Hastalığında Tedavi 9
7. HIV/AIDS'in Bulaşma Yolları 10
    7.1. Cinsel Yolla Bulaşma 11
    7.2. Kan ve Kan Ürünleri ile Bulaşma 12
    7.3. Enfekte Organ ve Doku Nakli ile Bulaşma 13
    7.4. Anneden Bebeğe Bulaşma 13
8. HIV'in Bulaşmadığı Durumlar 13
9. Risk Grupları 14
10. HIV/AIDS'li Bireylerin Hemşirelik Yönetimi 15
    10.1. Korunma 15
    10.2. Önleme 19
    10.3.Hedefe Yönelik Tarama Gruplarının Belirlenmesi, Riskli Davranış Gruplarına Erişim 19
    10.4. Bakım 19
    10.5. Eğitim ve Farkındalık 22
    10.6. Danışmanlık Hizmeti (Test öncesi, sonuçlar beklenirken ve sonuç verilirken) 23
    10.7. Üniversite Öğrencilerinin HIV/AIDS'ten Korunması 24
    10.8. Stigma (Damgalama) 24
11. HIV/AIDS ile İlgili Damgalama (Stigma) ve Ayrımcılık 25
12.Türkiye'deki HIV/AIDS ile Yaşayan Bireylerin Yaşadığı Etik Sorunlar ..26
13. HIV/AIDS Bağlamında Etkili Olabilecek Temel İnsan Hakları 27
14. HIV/AIDS ile İlişkili Dernekler 27
15. Kaynaklar 28

1. AIDS Hastalığının Tanımı

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome/Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu), dünyada ve Türkiye'de çok hızla yayılan, henüz aşısı ve kalıcı bir tedavisi olmayan çağımızın en önemli sağlık sorunlarından biridir[1]. Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu'na neden olan HIV (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü, Human Immunodeficiency Virus) ilk kez 1983 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde bir grup homoseksüel erkekte ve Haiti'den gelen göçmenlerde tespit edilmiştir. HIV, vücudun savunma gücünü zayıflatmakta, yıkmakta ve normal koşullarda tedavi edilebilen hastalıklar, savunma gücü yetersiz kaldığından tedavi edilememektedir. HIV, CD4 yüzey proteini olan T hücrelerini ve immün sistemin diğer hücrelerini enfekte eder. HIV ile enfekte olan hastaların çoğunda CD4 T hücre sayısı yavaş ve ilerleyici biçimde düşer. Buna bağlı olarak hastada fırsatçı enfeksiyonlar ve kanser görülme olasılığı artar[2].



Resim 1. İnsan immün yetmezlik virüsü

2. AIDS Tarihçe

Amerika Birleşik Devletleri'nin Newyork ve Kaliforniya eyaletlerinde 1981 yılında Kaposi sarkoma ve Pneumocystis carinii jiroveci pnömomisi gibi öncesinde çok nadir görülen iki hastalığın homoseksüel erkekler ve Haiti'den gelen göçmenlerde yaygın şekilde görülmeye başlanmıştır. Bunun sonucunda Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC- Center for Disease Control and Prevention) tarafından ilk defa 1981 yılında HIV/AIDS tanımlanmıştır. Dünya kamuoyunda öncelikle bu haber toplumun normlarına aykırı düşen cinsel tercihlere Tanrı'nın

verdiği bir ceza olarak yorumlanmıştır. Ancak izleyen aylar içinde intravenöz madde ve ilaç kullanan kadın ve erkeklerde ve hemen sonra da kan transfüzyonu öyküsü olan kişilerde saptanmaya başlanmıştır. Ölümle sonuçlanan bu hastalığın en belirgin özelliğinin bağışıklık sisteminin yıkılması olduğu ve buna sıklıkla fırsatçı enfeksiyonların, nörolojik bozuklukların ve nadir olarak kanser formlarının eşlik ettiği dikkati çekmiştir. Araştırmacılar hastalığın daha önce literatürde rastlanmayan yeni bir hastalık olduğu konusunda birleşerek 1982 yılında bu yeni hastalığa Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu adını vermişlerdir. 1983 yılında ise hastalığa neden olan virüs izole edilmiş ve bu virüse Human Immunodeficiency Virus-İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) adı verilmiştir. HIV'in tanımlanmasının ardından HIV/AIDS ile ilgili önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Örneğin 1985 yılında ELISA testi ile tüm kan ve kan ürünlerinin HIV varlığı açısından taranması zorunlu hale getirilmiştir[3]. Hastalığın ciddiyetinin anlaşılmasıyla başlanan çalışmalar sonuç vermiş ve antikor testleri keşfedildikten sonra 1987 yılında ilk AIDS tedavisinde ilk ilaç olan zidovudin (AZT) onay almıştır. Bunu fırsatçı enfeksiyonların (vajinal kandidiyazis, Pnömosistis Carinii, anoreksi ve kilo kaybı, kaposi sarkom, tüberküloz, memenjit, sitomegalovirüs [CMV] enfeksiyonu) tedavisi ve önlenmesi için ilk ilaçların geliştirilmesi gibi gelişmeler izlemiştir. 1993 yılında ise Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA), kadınlara kendilerini korumaları için kadın kondomu kullanımını, HIV tespiti için oral sekresyon kullanılan ilk tanılama kitini ve 1996 yılında ise evde kullanılabilecek ilk HIV test sistemini onaylamıştır[4].



Resim 2. Kadın kondomu (İntravajinal kondom)

4

HIV'in moleküler biyolojisinin çözülmesi, 1996 yılında AIDS hastalığının tedavisinde kullanılan antiretroviral ilaçların keşfini sağlamıştır. Bugün halen Antiretroviral Tedavi (ART) HIV'e karşı standart tedavidir. ART'nin kullanımı hastaların hayatta kalma süresini önemli derecede uzatmakla birlikte HIV'in çoğalmasında önemli bir azalmaya neden olmuştur. Uygun biçimde tedavi uygulandığında hastaların yaşam süreleri ve yaşam kaliteleri belirgin derecede artabilmektedir. Böylece AIDS nedeniyle ölen insan sayısı azalmıştır. Bununla birlikte, yeni ilaç grupları ve aşı çalışmaları umut vadetmektedir. 1980'li yıllarda HIV ile enfekte hastalar az sayıda merkezde ve çok az sayıda hekim tarafından izlenmekte iken günümüzde ise tüm sağlık merkezleri ve hekimlerin HIV/AIDS tanısı, tedavisi ve genel yaklaşım açısından bilgi sahibi olması beklenmektedir[3].

3. Dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS Prevelansı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2017 yılı sonunda dünyada toplamda 36.9 milyon HIV/AIDS ile yaşayan birey bulunmaktadır. Bunların 34.3 milyonu erişkin, 17.4 milyonu kadın ve 2.6 milyonu ise 15 yaşın altındaki çocuklardan oluşmaktadır. Ayrıca 2017 yılı içerisinde 1.8 milyon insanın HIV pozitif veya AIDS tanısı aldığı ve sadece 2017 yılında 940.000 HIV/AIDS'li bireyin hayatını kaybettiği belirlenmiştir[5].

Türkiye'de HIV/AIDS 1985 yılında 3 vaka ile başlamıştır. Sağlık Bakanlığının 2016 yılı kayıtlarına göre Türkiye'de 17.000 HIV/AIDS ile yaşayan birey bulunmaktadır[6]. Bununla birlikte kişinin virüsü cinsel temas ile alması, hastalığın hiçbir belirti-bulgu vermeyen ortalama 8-10 yıl gibi süresinin olması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda kişilerin sağlık kurumlarına yeterli başvurularının olmaması ve kayıt sistemlerinin yeterli çalışmaması bu sayının gerçekleri yansıtmadığını düşündürmektedir. HIV/AIDS ülkemizde en sık 20-49 yaş arasında görülmekte olup bu vakaların % 85'i erkek ve % 15'i kadınlardan oluşmaktadır[7]. Yıllara göre HIV/AIDS vakaları incelendiğinde; tanılanan vaka sayılarında belirgin artış olduğu gözlenmektedir (Grafik 1). Türkiye'de HIV virüsünün yayılmasına katkı sağlayan faktörler arasında;

- Seks işçilerinin, özellikle kayıtsız çalışanların sayısındaki artış
- Gelişmiş turizm sektörü
- Nüfus hareketleri
- Yurt dışında (örneğin Avrupa) çalışan sayısının yüksek olması

- Son yıllarda uyuşturucu kullananların sayısındaki artış sayılmaktadır[8].

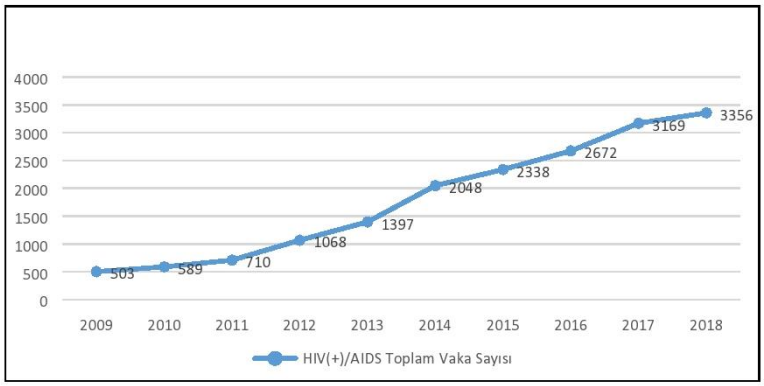
Sağlık Bakanlığı'nın istatistiklerine göre ilk vakadan günümüze kadarki tüm vakalarda bulaş yolu bilinen vakalar içerisinde ülkemizdeki temel HIV/AIDS bulaş yolu heteroseksüel cinsel ilişkidir. Bunu erkek homoseksüel/biseksüel cinsel ilişki ve damar içi kullanımı izlemektedir (Tablo 1)[9].

Tablo 1. HIV(+) bireylerin ve AIDS hastalarının bulaş yollarına göre dağılımı (01 Ocak 2018-31 Aralık 2018)[9]

OLASI BULAŞ YOLU	TOPLAM VAKA	YÜZDE
Heteroseksüel cinsel ilişki	1020	30.39
Homoseksüel/Biseksüel cinsel ilişki	559	16.66
Damar içi madde bağımlılığı	24	0.72
Anneden bebeğe geçiş	13	0.39
Nozokomiyal bulaşma	18	0.54
Çoklu bulaş	43	1.28
Hemofili hastası	0	0
Enfekte kan trasfüzyonu	7	0.21
Bilinmeyen	1758	52.38
TOPLAM	3356	100

(Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. HIV-AIDS 1985-2018 Yılı İstatistikleri)

Grafik 1. Son 10 yıldaki HIV(+)/AIDS olgu sayısının yıllara göre dağılımı[9,10]



(Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. HIV-AIDS 1985-2018 Yılı İstatistikleri; Tümer A. Dünyada ve Türkiye'de Güncel Verilerle HIV/AIDS – 2014. Türk HIV AIDS Dergisi. 2015; 12(1): 1-3)

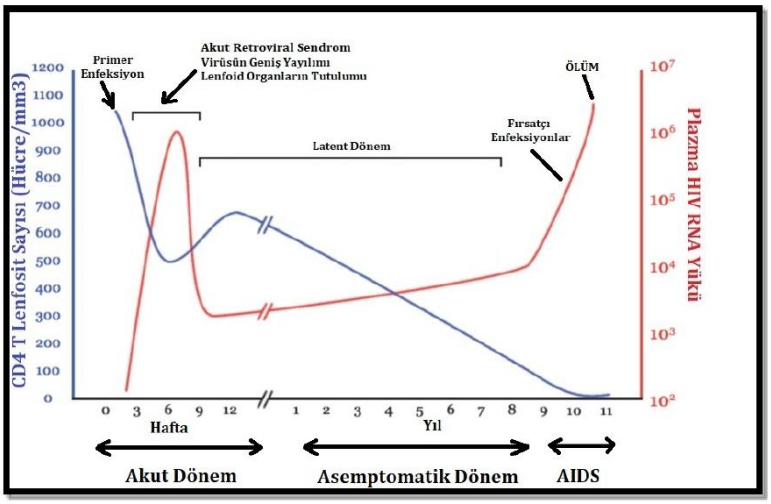
4. HIV/AIDS Hastalığının Tanı Yöntemleri

HIV bulaşı açısından yüksek risk taşıyan; intravenöz ilaç bağımlıları ve bunların seks partnerleri, para karşılığı seks yapanlar, seks partnerleri HIV pozitif olanlar, homoseksüel erkekler ve son HIV testinden sonra birden fazla seks partneri olan kişilere hızlı HIV testleri önerilmektedir. Buna ek olarak da tüberküloz ve cinsel yolla bulaşan bir hastalık nedeniyle tedavi başlanan hastaların da HIV/AIDS enfeksiyonu açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Antikor ve antijen tespiti için ELISA ve Western blot olmak üzere iki ayrı metod mevcuttur. Türkiye gibi HIV prevalansı düşük olan ülkelerde tarama testi olarak ELISA prensibine dayanan testler önerilmektedir. Bu testlerin sonucu pozitif çıktığında testin tekrarlanması ve 2. kez pozitiflik tespit edildiğinde ise doğrulama testlerinin kullanılması önerilmektedir. Lisanslı ELISA testlerinin duyarlılığı %99'un üzerindedir. En yaygın olarak kullanılan doğrulama testi Western Blot yöntemidir. Plazma HIV RNA tespiti de doğrulama amaçlı olarak kullanılabilmektedir. ELISA ve Western blot testleri ile, HIV/AIDS enfeksiyonunun başlangıç döneminde (pencere dönemi) henüz yeterince spesifik antikor oluşmadığından yanlış negatif sonuçlar görülebileceği akılda tutulmalıdır. Ancak son yıllarda kullanılan ELISA testleri antijen tespitini de sağlayabildiğinden yalancı negatiflik oranı oldukça düşüktür. HIV RNA tespit yöntemlerinde pencere dönemi 10 güne kadar düşmektedir[3].

5. HIV/AIDS Hastalığının Klinik Belirti ve Bulguları

- **Akut Retroviral Sendrom:** Virüsün bulaşmasından 2-4 hafta sonra HIV enfekte kişilerin % 87'si grip benzeri semptomlar gösterir. Akut HIV sendromu olarak adlandırılan bu semptomlar; ateş, titremeler, baş ağrısı, gece terlemeleri, kırgınlık, artralji, makulopapüler döküntü, myalji, ishal, baş ağrısı, bulantı kusma, karaciğer/dalak büyümesi, pamukçuk, lenf bezlerinde şişme ve farenjittir.
- **Yaygın Devamlı Lenfadenopati**: HIV enfeksiyonu taşıyan kişilerin %50-70'inde lenfadenopati gelişir.
- **İmmün Trombositopeni ve Hematolojik Bulgular:** HIV pozitif bireylerde kolaylıkla peteşi, ekimoz, diş eti kanaması ve anemi görülür. Ayrıca bu hastalarda CD4 sayısında azalma, lenfopeni, nötropeni ve lenfadenopati görülebilir.

- **Oral Kavite Lezyonları:** Aftöz stomatit, Kandida lezyonları, Lökoplaki, HIV enfeksiyonu için tipik lezyonlardır. Lökoplaki mukozadan kabarık beyaz lezyonlardır. Ayrıca gingivit (diş eti enfeksiyonu) ve oral ülserler de gelişebilmektedir.
- **Kas-İskelet Sistemi Bulguları:** Miyalji (kas ağrıları), proksimal kaslarda güçsüzlük, atrofi ve halsizlik görülür.
- **Cilt ve Mukozada Viral Enfeksiyonlar:** Herpes simpleks, herpes zoster ve egzama oldukça sık görülür.
- **Böbrek Tutulumu:** HIV taşıyan hastalarda böbrek yetmezliği belirti ve bulguları görülebilir.
- **Gastrointestinal Sistem Bulguları:** Ağız içinde en sık karşılaşılan pamukçuk diye de bilinen mantar enfeksiyonudur. Özofagus (yemek borusu) hastalıklarından en sık görülen yemek borusunun mantar enfeksiyonudur (özefajial kandidiasis). Ayrıca disfaji (yutma güçlüğü), odinofaji (ağrılı yutma), bulantı, erken doyma hissi, iştahsızlık, kusma, ağrı, ishal ve kanama gibi belirtiler görülebilir.
- **Nörolojik Tutulum:** Periferik nöropati, menenjit, ensefalopati, intrakraniyal kitle lezyonları görülebilir. Hastaların çoğunda uyku bozukluğu (uykusuzluk, çok uyuma, kabus görme gibi) yakınmaları da görülmektedir.
- **Kardiyak Tutulum:** HIV pozitif bireylerde en çok ventrikül disfonksiyonu, perikardiyal efüzyon, miyokardit, perikardit, endokardit ve aritmiler görülür.
- **Endokrin Sistem Tutulumu:** HIV pozitif bireylerde en sık belirti veren endokrin sistem hastalığı hipogonadizm'dir. Ayrıca hastalarda karbonhidrat metabolizma bozuklukları ve hiponatremi de gelişebilir.
- **Solunum Sistemi Tutulumu:** Pneumocystis carinii etkenli pnömoni, kaposi sarkomu, mikobakteriyel enfeksiyonlar, tüberküloz ve fungal enfeksiyonlar da görülebilir.
- **Çeşitli Enfeksiyonlar:** Pnömonitis carini, mikobakretiyel enfeksiyonlar, sinüzit, pnömoni, toksoplazma, Sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu.
- **Malignensiler:** Kaposi sarkomu, Non Hodking Lenfoma, Hodking Lenfoma ve serviks kanserlerine sık rastlanmaktadır.
- **Metabolik Hastalıklar:** Hem HIV'in kendisi hem de tedavisinde kullanılan bazı ilaçların yan etkileri nedeniyle hastalarda; kemik erimesi, kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, kan lipid (yağ) düzeylerinde yükselme, vücut yağ dağılımında değişme, insülin direnci ve diyabet daha fazla görülmektedir[11].



Grafik 2. HIV'in ilerlemesi[12]

6. HIV/AIDS Enfeksiyonunda Tedavi

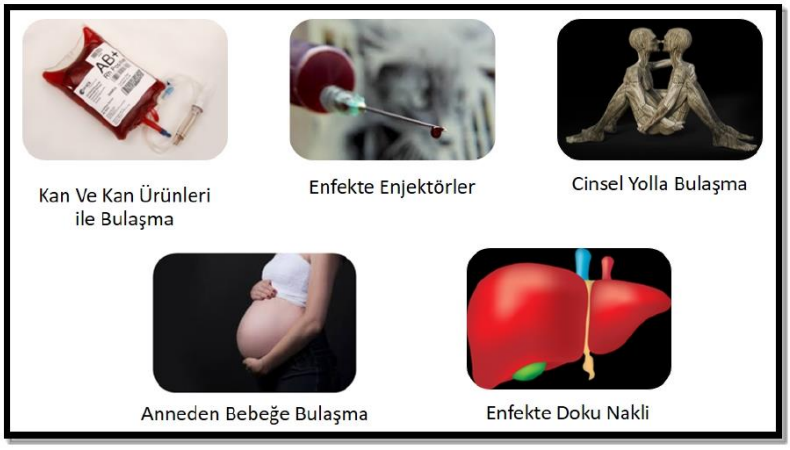
HIV/AIDS enfeksiyonunda tedavinin amacı; HIV'i inaktif hale getirmek (Antiretroviral Tedavi/ART), bağışıklık sistemini uyarmak ve fırsatçı enfeksiyon ile tümörleri tedavi etmektir. HIV'in moleküler biyolojisini çözmek amacıyla yürütülen çalışmalar AIDS hastalığının tedavisinde kullanılan antiretroviral ilaçların keşfini sağlamıştır. Kullanılan bu ilaçlar HIV ile yaşayan bireylerin hayatta kalma süresini önemli derecede uzatmakla birlikte virüsü yok etmediğinden viral replikasyonu baskılamak amacıyla ilaçların ömür boyu kullanılmaları gerekmektedir[13]. Bu ilaçlar HIV'i tamamen tedavi etmeyip, yaşam kalitesini arttırmaya ve yaşam süresini uzatmaya yardımcı olmaktadır[14]. Fakat tedavi başarısının sağlanabilmesi için ilaçların yanında tedavi uyumu da büyük önem taşımaktadır[15]. Bu bağlamda ART'nin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için bireyin ART'ye uyumunun %90-100 arasında olması gerekmektedir[16]. Çünkü ART'ye uyumun yüksek olması viral yükün azalmasını, hastalığa bağlı morbidite ve mortalitelerin önlenmesini, yaşam kalitesinin artmasını ve ilaçlara karşı direnç gelişiminin önlenmesini sağlar. Ayrıca ART'ye uyum HIV'in immün sisteme zarar vermesini engeller ve HIV'in bu virüsü taşımayan kişilere bulaş riskini de azaltır[17]. Tedavide en sık kullanılan bazı antiretroviral ilaçlar Kaletra, Truvada, Norvir, Tivicay, İsentress, Prezista, Stribild, Combivir ve Stocrindir.



Resim 3. Bazı antiretroviral ilaçlar

7. HIV/AIDS'in Bulaşma Yolları

HIV; kan, meni, vajinal ve anal sekresyonlar ile anne sütü olmak üzere 4 vücut sıvısı aracılığıyla bulaşır. HIV'in bulaşı, HIV ile enfekte bir bireye ait olan bu vücut sıvılarından birinin HIV taşımayan birine geçmesi sonucu meydana gelir. İnsan derisinin mükemmel bir bariyer olması sebebiyle HIV bulaşı için bu vücut sıvılarının enfekte olmayan kişiye dokunması yeterli değildir. Bu sıvılar enfekte olmayan kişinin kesik ya da yaralanmış derisi, anüs, rektum ya da genital bölge mukozalarına temas etmesi durumunda HIV bulaşı gerçekleşir. Buradan yola çıkarak HIV; cinsel yol, kan ve kan ürünleri, perinatal yol (anneden bebeğe plasenta veya sütle geçiştir) ve enfekte organ/doku/sperm nakli ile bulaşmaktadır[13].



Resim 4. HIV'in bulaşma yolları

7.1. Cinsel Yolla Bulaş

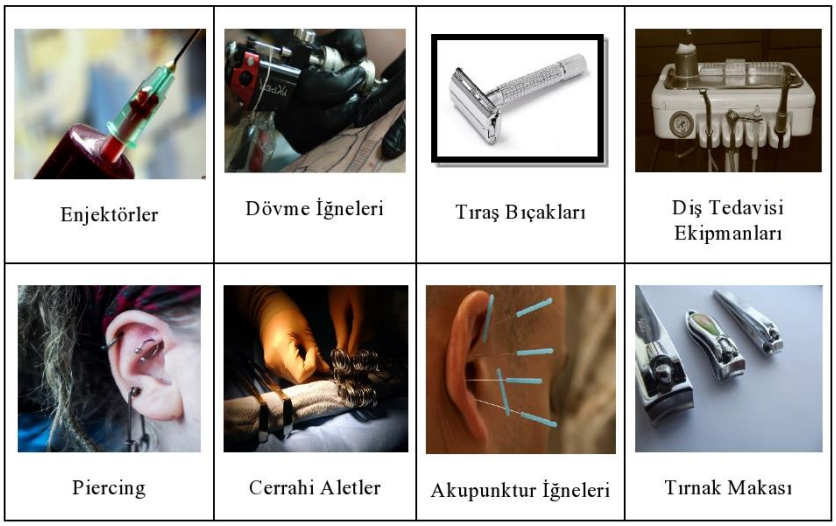
HIV'in en önemli bulaş yolu korunmasız cinsel temastır. Tüm dünyada HIV ile enfekte kişilerin yaklaşık olarak %75-85'inde bulaş cinsel yolladır. HIV, korunmasız yapılan her türlü cinsel temas ile (vajinal, oral, anal) bulaşabilmektedir[18]. Virüs, HIV pozitif erkeğin sperminde, kadının ise vajina salgısında bulunur ve cinsel ilişki sırasında bütünlüğü bozulmuş vajina, penis, anüs veya ağız mukozalarından vücuda girer[11]. İlk yıllarda HIV yayılımının öncelikle homoseksüel ilişkiyle gerçekleştiği bildirilirken, bugün yayılımın esas olarak heteroseksüel yolla gerçekleştiği bilinmektedir (%60-70)[18]. HIV'in cinsel temas ile bulaşma oranları değişkendir. Bazen HIV pozitif bir kişiyle bir kez olan cinsel temas bulaş için yeterliyken; bazen de eşi HIV pozitif kendisi HIV negatif olan kişilerde yıllarca HIV bulaşı görülmeyebilmektedir. Cinsel temas ile HIV bulaşı birçok faktörden etkilenebilmektedir. HIV pozitif erkeklerin hem ejakulasyon öncesi mukusunda hem de ejakulatında, HIV pozitif kadınların ise vajinal salgılarında virüs bulunmaktadır. Cinsel temas sırasında bu sıvıların partnerlerin vücudunun bir kısmına olan teması sonrasında kan dolaşımına girmesi ile bulaş gerçekleşmektedir. HIV bulaş riski bu sıvılardaki virüsün yoğunluğuyla yakından bağlantılıdır. Ayrıca cinsel temas sayısı arttıkça bulaş ihtimali de artmaktadır[3]. Anal ilişki HIV bulaşı açısından en yüksek riski taşıyan seksüel eylem olarak bildirilmektedir. HIV rektal sekresyonlarda plazma ve seminal sekresyonlardakine oranla 10 kat daha fazla bulunmaktadır. Bu yüksek virüs yükü aynı zamanda anal ilişki ile bulaş riskinin de yüksek olmasına katkıda bulunmaktadır[19].

HIV bulaş riski ile ilgili başka faktörler de mevcuttur. Bunlardan en önemlisi HIV taşıyan kişinin plazma HIV viral yüküdür. HIV pozitif kişinin plazma viral yükü ne kadar yüksek ise bulaş riski de o kadar yüksek olmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların varlığı da HIV bulaş riskini artırmaktadır. Özellikle cinsel partnerlerde genital ülser varlığının HIV bulaş riskini 5,3 kat artırdığı tahmin edilmektedir. Sünnetin ise HIV bulaş riskini azalttığı tespit edilmiştir. Sünnetsiz olan erkeklerde HIV bulaştırma veya kendisine HIV bulaş riskinin sünnetli olanlara göre 2 kat fazla olduğu bildirilmiştir. Takip altında ve tek eşli HIV pozitif-negatif çiftler arasında HIV bulaş riski çok düşüktür. Eşler arasında HIV bulaşının, genellikle HIV tanısından önceki dönemdeki seksüel ilişki ile bağlantılı olduğu bildirilmektedir. Birden fazla cinsel partnerin de yine HIV bulaşı açısından riski artırdığı tespit edilmiştir[3].

7.2. Kan ve kan ürünleri ile bulaşma

Kanda virüsün yoğun miktarda bulunması nedeni ile virüsü taşıyan kişilerden alınmış kan ve kan ürünleri ile hastalık bulaşabilmektedir. 1985 yılında antikor testlerinin bulunması ile dünyanın her yerinde kan ve kan ürünlerinin hastaya verilmeden önce HIV yönünden test edilmesi zorunlu hale getirilmiştir. Ülkemizde 1987 yılından beri tüm kan ve kan ürünleri ELISA yöntemi ile test yapıldıktan sonra hastaya verilmektedir. Bu nedenle ülkemizde bu tarihten itibaren kan ve kan ürünleri ile olan bulaş azalmış gözükmektedir. Ancak hastalığın pencere döneminin olması ve acil durumlarda test yapılmadan kan ve kan ürünlerinin kullanılabilmesi nedeniyle bu yolla az oranda da olsa geçiş olduğunu bildirmektedir[18].

HIV, deriyi delen aletler (ilaç enjektörleri, tıraş bıçağı, dövme iğneleri veya sünnet aletleri gibi) yoluyla da insanlara bulaşır. Virüsü taşıyan bir bireyde kullanılmış ve sterilize edilmeden bir başka kişide yeniden kullanılan enjektör, iğne, cerrahi aletler, diş hekimliğinde kullanılan aletler, dövme, piercing ve akupunktur gereçleri aracılığıyla bulaşma olabilir. Ortak kullanılan jilet, makas ve tırnak makası gibi kesici ve delici aletler de kişiden kişiye bulaşa neden olmaktadır[11].



Resim 5. Deri bütünlüğünü bozan ve HIV bulaşı açısından risk taşıyan araç gereçler

İntravenöz yolla ilaç kullananlar önemli bir risk grubudur. Çünkü bu tür madde bağımlıları kullandıkları enjektörleri paylaşarak birbirlerine virüsü bulaştırır. Sağlık bakım ünitelerinde çalışan sağlık personeli bulaş bakımından risk altındadır. HIV ile enfekte olmuş iğne veya diğer keskin nesnelerin kaza ile batması sonucu sağlık çalışanlarına da HIV bulaşabilir[13].

7.3. Enfekte Organ ve Doku Nakli ile Bulaşma

HIV, enfekte organ ve doku nakli aracılığıyla sağlıklı kişilere bulaşabilmektedir[20]. Geçmişte organ ve doku nakli sonucu HIV bulaşının yaşandığı vakalar mevcuttur. Kan transfüzyonu yapılacak bir hastaya verilecek kan HIV açısından incelenmiş, fakat HIV virüs yükünün tanı konulabilecek seviyenin altında olması sebebiyle HIV taşıdığı fark edilememiş ve hastaya HIV bulunan kan verilmiştir. Bir başka vakada ise organ nakli yapılacak olan bir donörün kanında HIV incelemesi için 8 ay önce kan alınmış ve negatif çıkmıştır. Fakat organ naklinden hemen önce test tekrarlanmamıştır. Bu süreçte HIV kapmış olan hastanın organı sağlıklı kişiye nakledilmiş ve HIV bulaşı gerçekleşmiştir. Diğer iki vakada ise acil organ nakli gereken iki hastaya donörlere test yapılmadan organları alınmış ve hastalara nakledilmiştir. Daha sonra test yapılmayan donörlerin HIV pozitif oldukları ve HIV'i iki hastaya da bulaştırdıkları belirlenmiştir[21].

7.4. Anneden Bebeğe Bulaşma

HIV gebelik süresince, doğum sırasında ve emzirme ile bebeğe geçebilmektedir. Gebelikte Antiretroviral Tedavi (ART) alınmadığında yeni doğana HIV bulaş riski %25-30 iken ART alındığında ise bu oran %2-3'lere kadar düşürülebilmektedir[22,23]. Emzirme, bulaşı %5-20 arttırmaktadır. Perinatal (vertikal) HIV enfeksiyonu, HIV tanı testlerinin daha sık kullanımı, antiretroviral profilaksi, planlanmış sezeryan ve emzirmenin engellenmesi ile son yıllarda oldukça azalmıştır. HIV ile enfekte olmuş kadınların tam ve uygun bir tıbbi bakım almaları, infanta HIV bulaşının önlenmesinin en iyi yoludur[22].

8. HIV'in Bulaşmadığı Durumlar

HIV, birçok vücut sıvısında bulunmasına rağmen sadece kan, semen ve vajinal sekresyonlar aracılığı ile bulaşabilmektedir. Dokunmak, el sıkışmak, sarılmak, ortak bardak-

tabak kullanımı, aynı yerde oturmak, aynı saunayı, yüzme havuzu, banyoyu, tuvaleti paylaşmak, giysilerin ortak kullanımı ile, telefon kulaklığı ile, gözyaşı, tükürük, dışkı, ter ile, sivrisinek, böcek, arı sokması ile HIV bulaşmamaktadır[18,24]. HIV, günlük yaşamda, virüsü taşıyan bireylerle aynı odada bulunmakla, aynı okulda okumakla, aynı havayı solumakla bulaşmaz ve sağlam deriden geçmez. Sağlam ve sağlıklı deri, HIV için mükemmel bir engeldir. Aşağıdakiler HIV bulaşmasına neden olmaz[11].

• Aksırık, öksürük

• Tükürük, gözyaşı, ter, idrar, dışkı gibi vücut sıvıları

• Tokalaşma, el ele tutuşma, sarılma, deriye dokunma, okşama, kucaklama, öpme

• Aynı kaptan yemek yeme, aynı bardaktan içecek tüketme, ortak çatal, kaşık, bardak, tabak, telefon kullanma

• Aynı tuvaleti, duş ve musluğu kullanma

• Aynı yüzme havuzunda yüzmek, deniz, sauna, hamam gibi ortak alanları kullanma ve ortak kullanılan havlu

• Sivrisinek ve benzeri böcek sokması[11].

9. Risk Grupları

- Homoseksüel, birden fazla cinsel partneri olanlar (özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınlar)
- Para karşılığı seks yapanlar
- HIV ile enfekte olan kişilerin cinsel eşleri
- HIV ile enfekte olan annelerin çocukları
- Cinsel yolla bulaşan hastalığı olan kişiler
- Cinsel saldırıya maruz kalan kişiler
- İntravenöz ilaç kullanan bağımlı kişiler
- Kan transfüzyonu ve doku nakli olan kişiler
- Hemofili hastaları, koagülasyon bozukluğu olan kişiler
- Hemodiyaliz tedavisi alan kişiler
- Sağlık personelleri
- HIV'in yüksek oranda görüldüğü bölgelere seyahat etmiş ya da orada yaşamış olmak[24].

10. HIV/AIDS'li Bireylerin Hemşirelik Yönetimi

10.1. Korunma

HIV enfeksiyonundan korunma; virüsün cinsel yolla, kan yoluyla ve anneden bebeğe geçişini önleme esasına dayanır. Bununla beraber sağlık personeli için korunmada; tüm hastaların kan ve vücut sıvıları potansiyel enfekte kabul edilerek üniversal önlemlerin alınması esastır. Her hastalıkta olduğu gibi AIDS'de de korunma önlemleri tedaviden daha ekonomik ve daha güvenlidir. Eğitim ile korunmayı öğrenmek, öğretmek ve davranış değişikliğinde bulunulmasını sağlamak hastalığın yayılmasını önlemede en etkili yol olarak kabul edilmektedir. Tek eşlilik, güvenli seks, kondom kullanımı ve damar içi uyuşturucu kullananlarda ortak enjektör kullanmama konularında toplum ve risk gruplarının eğitimi önceliklidir. Ayrıca hastalıkla ilgili önyargıların giderilmesi, damgalama ve ayrımcılığı önleyici düzenlemeler ile HIV enfekte kişilerin daha erken tedavi almalarının sağlanacağı öngörülmektedir[8].

a. **Cinsel yolla bulaşmaya karşı korunma:** En sık bulaşma korunmasız yapılan cinsel temasla olduğu için bu yolla korunma büyük önem taşımaktadır;

- Cinsel aktiviteden tamamen kaçınarak veya cinsel partnerinle karşılıklı olarak tek eşli yaşayarak kesin olarak HIV enfeksiyonunun bulaşması önlenebilmektedir.
- Cinsel temas sırasında prezervatif (kondom, kılıf, kaput) kullanılmasının koruyuculuğu, kondomun lateks olması, doğru ve devamlı kullanılması, yırtık veya delik olmaması kaydıyla ispatlanmıştır.



Resim 6. Kondom (prezervatif) ve kaput

- Kadınlar için özel olarak hazırlanmış kondomlar da doğru ve devamlı kullanımda etkili olmaktadır. Kondomun koruyuculuğu yaklaşık %87 olarak bildirilmektedir.
- Anal sekste kondomun delinmemesi için ilave olarak lubrikant (kayganlaştırıcı) ile birlikte kalın kondom kullanılması tavsiye edilmektedir.

- Kadınlar için hazırlanmış intravajinal kondomların da devamlı ve doğru kullanılmaları durumunda erkek kondomları kadar koruyucu ve yırtılmaya karşı daha dayanıklı oldukları bildirilmektedir[3].
- Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından, 2012 yılında HIV ile enfekte olmayan kişilere bulaş riskini azaltmak için tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine kombinasyonu kullanımına onay verilmiştir.
- Tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine kombinasyonu yüksek riskli temas öncesi profilaksi için kullanımı onaylanmış tek antiretroviral ilaçtır. Ancak bu ilacın diğer korunma yöntemleriyle birlikte kullanılması ve bu amaçla kullanımının seçilmiş vakalarla sınırlı tutulması gerektiği bildirilmektedir[3].
- Şankroid, klamidya enfeksiyonu, gonore, sifiliz ve trikomonas enfeksiyonu gibi cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkların varlığı HIV geçiş riskini 2-9 kat artırmaktadır. Tedavisi kolay olan cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkların önleminin alınması HIV'den korunma yönünden de önem teşkil etmektedir[18].

b. Kan ve kan ürünleri ile bulaşmaya yönelik korunma: 1985 yılında antikor testlerinin bulunması ile kan ve kan ürünleri hastaya verilmeden önce HIV yönünden taranmaya başlamıştır. Bu bir yasal zorunluluk olup, 1987 yılından beri de ülkemizde kan ve kan ürünleri HIV yönünden test edilmektedir.

- Damar içi madde kullanımı alışkanlığının önlenmesi, tedavi edilmesi,
- Ortak enjektör kullanımının risklerinin anlatılması[18],
- Kan yoluyla geçişe neden olması bakımından IV uygulamalar, kulak delme, dövme, pedikür, manikür, ortak makas, tıraş jileti ve ortak tarak uygulamalarından kaçınılması önerilmektedir[24].

Kan ve kan ürünlerinin HIV enfeksiyonu açısından güvenceye alınması için alınması gereken önlem ve uygulamalar şu şekildedir;

- Donör uygunluk araştırmalarında serolojik değerlendirmeye ek olarak bireyin yaşam biçimi davranışlarının (sık seyahatler, gittiği ülkeler, seks davranışları, vb.) değerlendirilmesi
- Test yapılmamış kan ve ürünlerinin kesinlikle kullanılmaması
- Kan ürünlerinin üzerine "AIDS antikoru (-)" açıklamasının konması
- Organ bağışlarında, sperm bankalarında HIV/AIDS taramalarının yapılması
- Acil durumlarda tarama yapılamayacaksa riskli kişilerden kan alınmaması

- Riskli gruptaki kişilerin (yabancı turist, uzun süre yurtdışında yaşamış işçi ve öğrenciler, genelev, pavyon ve barda çalışanlar, göçmen olarak ülkemize gelmiş yabancılar, eşcinseller, ilaç bağımlıları, vb.) kan, sperm ve organ bağışında bulunmaması
- Ameliyatı planlanan kişilerin kendi kanının alınıp bankada saklanması ve kullanılması
- Temel ilke olarak her hastanın HIV pozitif kabul edilmesi ve ayrım yapılmadan üniversal (evrensel) önlemlerin alınması[24].

c. **Anneden bebeğe bulaşmaya yönelik korunma:** Anneden bebeğe geçişte önemli olan HIV/AIDS görülme sıklığı yüksek olan bölgelerde doğurganlık yaşındaki ve HIV enfeksiyon riski belirlenmiş olan kadınlara bulaşma ve korunma yollarını öğretebilmektir. Eğer kadın HIV pozitif ise doğum kontrol yöntemleri öğretilmeye çalışılmaktadır. Buna rağmen gebe kalan HIV pozitif kadınlara erken dönemde kürtaj yapılması pek çok ülke tarafından kabul edilmektedir. Eğer anne adayı bebeği doğurmakta ısrarlı ise gebeliğin belli ayında anneye, doğumdan sonra da bebeğe antiretroviral tedavi başlanmakta ve hasta yakın takibe alınmaktadır. Anne sütü ile virüsün geçişi gösterildiğinden annenin bebeği emzirmemesi önerilmektedir[18].

Çocuğa bulaşta risk faktörleri, annenin viral yükü, CD4 hücre sayısı, membran rüptür zamanının dört saatten uzun olması, invazif obstetrik girişimler ve doğum şekli olarak saptanmıştır[25]. Zidovudin (ZDV) kullanan kadınlarda ZDV tedavisinin anneden bebeğe HIV geçişini önlemede etkili olduğu bilinmektedir. Anneye antepartum ve intrapartum dönemde, bebeğe doğumu takiben ilk 6 hafta boyunca ZDV verilmesinin vertikal bulaş riskini %24,8'den %7.8'e düşürdüğü belirlenmiştir[26].

Risk altındaki ülkelerle sürdürülen yoğun çalışmalarla kadınların hamilelikleri boyunca ART almalarının sağlanması, gebelerin taranması, yeterli tıbbi bakıma ulaşabilme ve çocukların gerekli şekilde izlemi konuları gündemdedir. 2009 ile 2015 arasında yapılan çalışmalar ile Sahra altı Afrika'daki 21 öncelikli ülkede çocuklar arasında yeni HIV enfeksiyonlarında, HIV/AIDS'e bağlı pediyatrik mortalite oranında, üreme çağındaki kadınlar arasında HIV/AIDS'e bağlı ölüm oranında, anneden çocuğa HIV bulaşı oranında ciddi bir azalma olmuştur. Ayrıca ART alan gebe ve çocuk sayısı da ciddi oranda artmıştır[25].

d. Sağlık personelinin korunması:

- Sağlık personeli hastanın hikayesi ve fizik muayene ile HIV pozitif hastaları ayırt etme şansına sahip olamadıklarından tüm hastaların kan ve diğer vücut sıvılarını potansiyel infekte kabul ederek üniversal (evrensel) önlemlere uyarak çalışmalıdırlar.
- Hastalara uygulanan tüm girişimsel işlemler sırasında eldiven mutlaka kullanılmalı, işlem bittikten sonra eldiven değiştirilmeli ve eldivenler çıkartıldıktan sonra eller hemen sabun ve su ile yıkanmalıdır.
- Eğer eller veya diğer cilt yüzeyleri hastanın kanı ya da diğer vücut sıvıları ile bulaşırsa derhal su ve sabunla yıkanmalıdır.
- İğne batmasını engellemek için iğneler kullanıldıktan sonra plastik kılıfları tekrar takılmamalı, iğneler enjektörden çıkartılmamalı, eğilip bükülmemelidir.
- Yapılan bir işlem sırasında kan veya diğer vücut sıvılarının sıçrama olasılığı söz konusu ise ağız, burun ve gözleri korumak amacı ile maske ve gözlük takılmalı, diğer vücut yüzeylerine bulaşmayı önlemek için koruyucu önlük giyilmelidir.
- Sağlık personelinin HIV ile temasında öncelikle bulaş yerinin dekontaminasyonu yapılmalı, deri ise su ve sabunla, göz ise steril salin ile, ağız ve burun ise suyla iyice yıkanmalıdır.
- Eksudatif deri lezyonları veya akıntılı dermatiti bulunan sağlık çalışanları bu Iezyon geçinceye dek hastalarla direkt temastan ve hastalarla ilgili aletlere dokunmaktan kaçınmalıdırlar.
- Vajinal yolla veya sezeryanla doğum yaptıran ya da doğuma yardım eden ebe ve hemşireler plasentayı çıkartırken ve infantın (yenidoğanın) cildinden kan temizleninceye ve göbek kordonunun kesilme işlemi tamamlanıncaya dek eldiven giymelidirler.
- Bulaşta bazal olarak HIV antikor testi yapılmalı, 6. hafta, 3. ay ve 6. ay sonrası test tekrarlanmalıdır.
- Tedaviye temas sonrası mümkün olan en kısa sürede, ideali 1 saat içinde başlanmalıdır.
- Profilaksi için önerilen rejim zidovudin (ZDV) ve lamivudin kombinasyonudur. Eğer temasın yoğun olduğu düşünülüyorsa kombinasyona indinavir ilavesi önerilmektedir. Profilaksi 28 gün süre ile uygulanmalıdır[18].

10.2. Önleme

Son yıllarda, HIV enfeksiyonunun önlenmesi konusunda geliştirilen bazı yenilikçi yaklaşımların salgını yavaşlatma konusunda son derece etkili oldukları gösterilmiştir. Bunlardan birincisi, HIV pozitif olgulara olabildiğince erken tanı konması ve tanı alanlarda hemen tedaviye başlanmasıdır. Kandaki virusun testlerle saptanamayacak kadar düşük düzeylere indirilmesi, hem hastalığın ilerlemesini engellemekte, hem de kişinin cinsel yolla bulaştırıcılığını ortadan kaldırmaktadır. Ayrıca, HIV edinme riski yüksek olan bireylerde antiretroviral ilaçların korunma amacıyla kullanılmasının, HIV bulaşmasını önemli ölçüde önlediği de kanıtlanmıştır[27].

10.3. Hedefe yönelik tarama gruplarının belirlenmesi, riskli davranış gruplarına erişim

Türkiye'de HIV tarama stratejisi; kan ve organ bağışçılarının, kayıtlı seks işçilerinin (çoğu kadın) zorunlu taranmasını ve evlilik öncesi ve büyük cerrahi operasyonlar öncesindeki testleri kapsamaktadır. Bir başka deyişle, genel toplumun taranmasıyla sınırlıdır. Gebe kadınların taranması zorunlu değildir. Ayrıca kilit toplum niteliği taşıyabilecek kadın, erkek ve trans seks işçileri ve damar içi madde kullanıcıları için de herhangi bir erişim veya tarama programı geliştirilmemiştir. Genel taramaların yanında risk grubunda yer alan tüm bireylerin, mahkumların, askerlik celp dönemindeki bireylerin, mental retarde bireylerin ve sokak çocuklarının da taranması gerekmektedir. Buna yönelik olarak;

- Ülkemizdeki risk gruplarının belirlenmesi,
- Mümkün olduğunca çok kişinin HIV/AIDS konusunda bilgilendirilmesi ve gönüllülük esasına dayalı olarak test yaptırmalarının sağlanması,
- Test stratejileri belirlenirken kişilerin test için doğrudan başvurularının kolaylaştırılması,
- Test sonucunun en kısa zamanda alınması ve
- Veri toplama aşamasında HIV-pozitif bireylerin gizliliğini ihlal etmeyecek düzenlemeler yapılmalıdır[27].

10.4. Bakım

HIV pozitif olan bireyler ve AIDS hastalarında tüm sağlık sistemlerini ilgilendiren ve hemşirelik bakımı gerektiren sorunlar vardır. Bu sorunlar fiziksel ve psikososyal sorunlar

olmak üzere iki gruba ayrılabilir. Fiziksel sorunlar; immünosüpresyon, fırsatçı enfeksiyonlar, solunum sıkıntısı, diyare, kilo kaybı, yorgunluk, ateş ve ağrıdır. Ayrıca bulantı, kusma ve ağızda pamukçuk görülebilir. Psikososyal sorunlar ise stigma, sosyal izolasyon, anksiyete, depresyon, ölüm korkusu ve bilgi eksikliğidir[28].

Malnütrisyon (Beslenme Yetersizliği)	• Enfeksiyonun klinik safhasında beslenme yetersizliği nedenleri; anoreksi (iştahsızlık) ve çeşitli ağrılardır[29]. • Bu sebeple bu hastaların yeterli ve dengeli beslenmelerinin sağlanması önemlidir. • Bu amaçla protein ve kaloriden zengin beslenmeleri sağlanır[24].
Ağızda Pamukçuk	• Hemşireler, ağızda çıkan yaralara yönelik hastalara ağız bakımı ve yeterli beslenmelerinin önemi hakkında bilgilendirme yapmalıdır. • Pamukçuk varsa sodyum bikarbonat ile ağız bakımı yapılır. • Diyet yumuşak ve sulu gıdalardan düzenlenir. • Ağızdan beslenemeyen gavaj yolu ve intravenöz yol ile beslenir. • Dudaklar vazelinlenir[30]. • Yeterli sıvı almaları sağlanmalıdır. • Proteinli ve kalorili yumuşak gıdalarla beslenmeleri önerilmelidir. • Düzenli olarak serum elektrolitleri değerlendirilmelidir. • Hastaların kilo takibi düzenli aralıklarla takip edilmelidir[28].
Bulantı ve Kusma	• Bulantı ve kusmaya yönelik beslenmeden 30 dakika önce antiemetik ilaçlar verilir. • Hasta daha az ve sık aralarla beslenir. • Hastalar karbonhidrat, protein ve vitaminden zengin gıdalar ile beslenmelidir[30]. • Besinlerin iştah açıcı şekilde sunulması, yemekten önce ağız bakımı yapılması, ağrılı ve sıkıntılı uygulamaların yemek saatine yakın zamanlarda yapılmaması, yeterli hidrasyonun sağlanması, elektrolit eksikliği belirtilerinin izlenmesi gereklidir[24].
Diyare	• Elektrolit eksikliği belirtilerinin izlenmesi gereklidir. • Uzun süreli diyarede intravenöz yolla sıvı elektrolit kayıpları yerine konur. • Yağdan fakir ishal diyeti düzenlenir. • Aldığı çıkardığı takibi yapılır. • İnkontine hastalarda deri kuru ve temiz tutulmalıdır. • Hastaya az lifli, yumuşak diyet alması, süt ve süt ürünlerini diyetten çıkarması önerilmelidir. • Yatak takımları kırışıksız, düzgün olmalıdır[30].

İmmünosüpresyon	• Enfeksiyon risk faktörleri en aza indirilmelidir. • Enfeksiyonun erken tanısı ve uygun tedavisi sağlanmalıdır. • Hastaneye yatan HIV/AIDS'li bireylerin hastalarının odasına girerken ve çıkarken ellerin antimikrobiyal ajanlarla temizlenmesi sağlanmalıdır. • Bariyer önlemler alınarak hastanın kan vb. sıvıları ile bulaş önlenmelidir. • Hastaya yüksek standartta kişisel hijyenik bakımın önemi anlatılmalı ve hijyenik bakım sağlanmalıdır[28]. • Odada çiçek bulundurulmamalıdır[30].
Pnömoni	• Solunum sıkıntısı olan hastalarda oksijen verilir. • Postural drenaj yapılır. • Pnömonili hastada antibiyotik tedavisi yapılır. • Hasta istirahat ettirilir. • Derin soluk alma ve öksürük egzersizleri önerilir[24].
Ateş	• Vücut soğuk suyla temiz bir bezle yıkanır. • Cilt ıslak bezlerle silinir. • Hastanın bol sıvı alması sağlanır. • Kalın giysileri çıkarılır, battaniye varsa çıkarılır. • Aspirin ve parasetamol gibi antipiretik ve analjezikler kullanılır[31].
Kronik Yorgunluk	• Kronik yorgunluğun en yaygın nedeni pulmoner yetmezliktir. • Dispne ile birlikte olan anksiyeteyi azaltmak için hastaya relaksasyon teknikleri öğretilmelidir. • Sekresyon kalırsa nemlendirici cihaz kullanılmalıdır. • Bronkodilatatörler önerildiği şekilde kullanılır. • Günün önemli aktiviteleri enerjilerinin yüksek olduğu zaman dilimlerinde planlanır. • Sağlıklı ve dengeli beslenme, düzenli egzersiz, yeterli dinlenme, kafein, alkol alımını sınırlama ve uyuşturucu kullanımından kaçınmaları gerektiği anlatılmalıdır. Bu temel sağlık alışkanlıkları ile bu hastalarda büyük ölçüde enerji seviyesi ve genel yaşam kalitesi arttırılabilmektedir[31].
Deri Semptomları	• Deri ile ilgili sorunlardan, kaposi sarkomu lezyonları (inflamatuar vasküler bir tümör) varsa hastaya sıkı olmayan yumuşak giysiler giydirilir. • Deri bakımında irritan olmayan sabunlar kullanılır. • Kuruluk, kaşıntıya karşı deri nemli tutulur. • Pozisyonu sık değiştirilir. • Yeterli beslenme ve sıvı alımı önemlidir.

	• Düzenli aralarla perine ve anüs temizliği yapılmalıdır. • Herpes simpleks virüs enfeksiyonu olan hastalarda antiviral pomatlar kullanılır[30].
Ağrı	• Özellikle terminal evredeki AİDS hastaları için problemdir. • Santral sinir sistemi tutulması, dispne, hareketsizlik, malignite veya enfeksiyon sonucu olabilir. • Ağn kesici ilaçlar doktorun önerdiği şekilde düzenli aralarla kullanılmalıdır. • Relaksasyon ve masaj gibi teknikler öğretilmelidir[31].
Nörolojik Semptomlar	• Bilinç kaybı, konfüzyon, periferal nöropati ve nöbetler yaygındır. • Hasta travmalardan korunur. • Yatak kenarlıkları kaldırılır, yastıklarla yanlar desteklenir. • Hasta yalnız bırakılmaz. • Güvenli bir çevre oluşturulur. • Odada fazla eşya olmamalıdır[28].
Sosyal İzolasyon	• Hasta; ailesi arkadaşları ve toplum tarafından dışlanmış olabilir. • Endişe, korku ve güvensizlik içindedir. Hastaya psikiyatrik destek sağlanmalıdır. • Sözel olarak konuşulmalıdır. • Hastaya yaklaşma, hastanın izole olmaması, ruhsal açıdan yıkılmaması için gereklidir. • Hasta ve ailesi hastalığın komplikasyonları, bulaştırıcılığın nasıl olduğu, ilaçların yan etkileri konusunda eğitilmelidir[30,31].

10.5. Eğitim ve Farkındalık

- Okullarda HIV/AIDS, cinsellik, korunma konularında yaşam becerilerini de kapsayacak eğitimler müfredata dahil edilmeli,
- Üniversite ve lise çağı öğrenci gruplarına tüm cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili eğitim verilmeli,
- Tıp ve hemşirelik öğrencilerine karar verme yetisi kazandıracak tarzda bir eğitim verilmeli,
- İçinde tıp ve hemşirelik fakültesi öğrencilerinin de yer aldığı projeler geliştirilmeli,
- Danışmanlık hizmetinin yaygınlaştırılması için tıp ve hemşirelik öğrencileri eğitilmeli,
- Aile hekimlerinin eğitimi sağlanmalı,
- Eczane çalışanlarının ve eczacıların hasta mahremiyeti hakkında eğitimi sağlanmalı,

- Eğitim sadece öğrencilerle sınırlı kalmayıp riskli davranış gösteren gruplara yayılmalı ve özellikle hedef popülasyona ulaşmak için sosyal medya, akıllı telefon uygulamaları gibi araçlar kullanılmalı,
- HIV/AIDS konusunda yapılan çalışmalar, elde edilen veriler toplumla paylaşılmalı ve HIV/AIDS'in eliminasyon planına toplumun katılımı sağlanmalı,
- Toplumun HIV virüs enfeksiyonuna bakışı ve algısı değiştirilmeli, HIV enfeksiyonunun ölümcül bir hastalık olmadığı, etkin tedavisinin olduğu bilgisinin verilmeli[32].

10.6. Danışmanlık Hizmeti (Test Öncesi, Sonuçlar Beklenirken Ve Sonuç Verilirken)

- Gönüllü test ve danışmanlık merkezlerini kurulmalı, bu merkezlerin sayıları artırılmalı ve tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılmalıdır.
- Hızlı testlerin kullanılması ile birlikte tanı koyma sürecinin hızlandırılmalı ve yeni tanı konanlara hasta kaçırılmadan danışmanlık hizmeti verilmelidir.
- Bu merkezlerin tanıtımı-reklamı yapılmalıdır.
- Resmi kurumlar HIV ile ilgili proje geliştiren sivil toplum örgütlerini desteklemelidir.
- Test öncesi ve sonrası verilecek danışmanlık hizmetlerinin kapsamı, ilkeleri, yeri, zamanı, kim tarafından verileceği, danışmanlık hizmetlerini yürütecek olan kişilerin eğitimi rehberlerde açıkça belirtilmelidir.
- Ülkemizde HIV'in yayılımının önüne geçilmesine yönelik girişimlerin başarısı açısından öncelikle risk grupları ve bu grupların bio-davranışsal özellikleri belirlenmeli; bunlara yönelik test ve danışmanlık stratejileri oluşturulmalıdır.
- On sekiz yaşın altındaki vakaların kendilerine ve ebeveynelerine yönelik danışmanlık hizmetinin yanı sıra ebeveynlere bildirimlerin nasıl yapılacağı konusu ele alınmalı ve ilkeleri belirlenmelidir.
- Yeni tanı konan kişilerin tıbbi takibe girmesi HIV'e yönelik programların başarısı açısından son derece önemlidir.
- Bu nedenle özellikle test sonrası verilen danışmanlık hizmeti sırasında bu kişiler için enfeksiyon hastalıkları uzmanı ile görüşülerek gerekli randevuların ayarlanması ve tıbbi takip-bakım altına girmeleri sağlanmalıdır[32].

10.7. Üniversite Öğrencilerinin HIV/AIDS'ten Korunması

Dünyanın hemen her yerinde ve Türkiye'de de HIV/AIDS salgını en ağır biçimde genç yaş gruplarını etkilemektedir. Genç nüfus cinsel açıdan aktiftir; farklı yaşantılara ve güvenli olmayan davranışlara açıktır. Bu özellikleri ile cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) ve HIV/AIDS açısından duyarlı ve savunmasız bir gruptur. Ülkemizde de cinsel aktiviteye başlama yaşı düşmekte, aynı zamanda güvenli olmayan cinsel davranış biçimleri de yaygınlaşmaktadır. Gençlerin güvenli cinsel davranışları benimsemeleri için yapılan çalışmalar son derece önemlidir. Cinsel ilişkide kondom kullanılması AIDS açısından güvenli cinsel davranışlar arasında çok önemli bir yer tutmaktadır. Ancak kondom en iyi ya da tek seçenek değildir. Kişisel ya da kültürel özelliklere bağlı olarak karşılıklı tek eşlilik, cinsel birleşmesiz cinsellik ya da cinsel ilişkiye girmeme (abstinans) gibi güvenli cinsellik stratejileri farklı durumlarda en iyi seçenek olabilir[33].

10.8. Stigma (Damgalama)

Hemşirelerin müdahale edecekleri sorunlardan biri de stigmadır. Bu bağlamda hemşirelerin HIV/AIDS ile damgalanmaya karşı sorumlulukları 4 başlıkta toplanabilir;

- Bilgilendirme/eğitim yaklaşımları,
- Baş etme yeteneklerinin kazandırılması,
- Danışmanlık yaklaşımı,
- Etkilenen gruplarla iletişimin sağlanmasıdır.

a) Sağlık bakım hizmetlerinin verildiği yerlerde damgalanmanın azaltılması için hastalığa yönelik bilgilendirici hizmet içi seminerlerin düzenlenmesi ve bunların periyodik aralıklarla gerçekleştirilmesi hastalara karşı damgalamayı azaltacaktır.

b) Halka açık panel, seminer, konferans gibi toplantılar düzenleyerek ya da bunlara destek vererek damgalama ve ayrımcılığa karşı mücadeleye katkı sağlayabilirler.

c) Yapılacak akran eğitimleri ve grup tartışmaları ile hem hastalığa yakalanma riski azaltılabilir hem de hastalara karşı damgalamanın önüne geçilebilir.

d) Psikososyal destek de HIV pozitif bireyler ve AIDS hastaları için önemlidir. Hemşirenin hastasını psikososyal yönden değerlendirmesi; hastanın içinde bulunduğu durumu nasıl algıladığını anlamasına, baş etme davranışları (rol-play, gevşeme, senaryo) geliştirmesine ve hastalığa gösterdiği tepkiler arasında etkili olmayanlar varsa bunları değiştirip düzeltmesine yardımcı olabilir[34].

11. HIV/AIDS ile İlgili Damgalama (Stigma) ve Ayrımcılık

Stigmatizasyon (etiketleme veya damgalama) önyargılar sonucu bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır alması ve onları toplumdan dışlamasına kadar giden davranışlar bütünüdür. HIV/AIDS'in sosyal yapısı onu modern tarihin en damgalayıcı tıbbi konularından biri durumuna getirmiştir. Bunun en önemli nedenleri ise ilk AIDS vakasının görülmesinden sonra hastalığın hızla yayılması, sebep olduğu kayıpların fazla olması ve kalıcı bir tedavi/aşının henüz bulunamamış olmasıdır. Zamanla hastalığa karşı toplum ve bireylerin gerçek ve gerçek olmayan korkuları sonucunda sosyal önyargılar gelişmiş, bu durum hastaların; korku, sessizlik, şiddet, inkâr, stigma gibi olumsuz tutumlara maruz kalmasına neden olmuştur[34].

Stigmanın köken aldığı temel "önyargı"dır. Daha açık ifade ile stigma; korkunun yanı sıra, HIV/AIDS'in seks, hastalık ve ölümle, yasadışı, yasak veya tabu olan tutumlarla ilişkilendirilmesinden doğmaktadır. Toplum, hastalığa yakalanmayı sadece bireyin kişisel zaafı ve irade zayıflığına bağladığında daha dışlayıcı bir tutum sergilemektedir. HIV/AIDS'in sadece cinsel sapmalar ve sorumsuz cinsel davranışlar sonucu geliştiği önyargısı ise damgalamayı kolaylaştırmaktadır[34].

HIV/AIDS'e bağlı damgalanmaya katkı sağlayan en önemli faktörler hastalığın öldürücü boyutu ve bulaş korkusudur. Bu korkunun temel kaynağı ise birçok kişinin hastalık hakkında yetersiz bilgiye sahip olması ya da bulaş konusunu yanlış algılamasıdır. Ancak hastalık hakkında yeni bilgiler olmasına rağmen hastalara karşı yerleşmiş olumsuz tutumlarda gerileme olmayıp tam aksine hızlı bir artış olmuştur. Toplumun pek çok kesimine dayalı yapılan çalışmalar, halkın HIV/AIDS hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını göstermekte ve bu durum sosyal stigmayı tetiklemektedir[34].

HIV/AIDS tanısı konan kişilerin çoğunun gey olması, daha sonra hastalığın damar içi uyuşturucu madde kullananlarda da görülmesi ile damgalanmaya maruz kalanlara bir grup daha eklenmiştir. HIV/AIDS'in toplum tarafından kınanan ve damgalanan bu iki grubun dışındaki masum insanlarda da görülmesi hastalığın başka şekilde algılanmasına yol açmıştır. HIV/AIDS'li kişiler; risklerin farkında olmayan masum bireyler (HIV ile infekte anneden doğan bebekler, hemofili hastaları, kan/kan ürünü transfüzyonu yapılan kişiler gibi) ve suçlular (homo/biseksüel cinsel ilişkide bulunanlar, damar içi uyuşturucu madde kullananlar, seks işçileri gibi) olmak üzere iki gruba ayrılmış, damgalayıcı davranışların çoğu ikinci gruba yöneltilmiştir[34].

Damgalamaya katkısı olan bir diğer unsur da sorumsuz ve taraflı medya yayınlarıdır. HIV/AIDS'li bireylere yönelik damgalayıcı materyaller içeren gazete, dergi ve televizyonlar, konu ile ilgili olanların bile farkında olmadan toplumun etki altında kalmasına yol açmaktadır[34].

12. HIV/AIDS ile Yaşayan Bireylerin Stigmaya Bağlı Yaşadığı Etik Sorunlar

HIV/AIDS'in salgın halini almaya başlamasından itibaren etik ve yasal alanlarda tartışmalar yaşanmaktadır. Çeşitli makaleler, dernek raporları, haberler ve değişik dönemlere ait Türkiye'de HIV/AIDS ile yaşayanların yaşadıkları hak ihlâlleri raporları incelendiğinde HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin sosyal alanda, sağlık alanında, mesleki alanda, yasal alanda ve medyada etik sorunlarla karşılaştıkları belirlenmiştir. **Sosyal sorunlar olarak**; HIV/AIDS'in seks, hastalık, ölüm, yasak veya tabu olan tutumlarla ilişkilendirilmesi; HIV(+) bireylere ev kiralanmaması ve yaşadıkları evlerinden tahliye edilmeleri; ayrıca evlenme, eğitim, tedavi, seyahat vb. gibi temel haklardan yoksun kalmalarıdır. **Mesleki sorunlara bakıldığında**; işe almadan önce HIV testi istenmekte, pozitif olanlar işe alınmamakta, iş yerinde tacize uğramakta ve istifa etmeleri için baskıya maruz kalmaktadırlar. **Sağlık hizmetlerinde ise**; tedavi haklarının reddi, tıbbi verilerinin gizliliği ilkesinin ihlali ve sağlık personeli tarafından aşağılayıcı tutum ve davranışlarla karşı karşıya gelmektedirler. Ayrıca bulaşma konusunda gereksiz önlemlerin alınması, izin almadan HIV testi yapılması, erken taburculuk ve kayıtlarda hastanın etiketlenmesi de karşılaşılan diğer etik sorunlardır. Bu yaklaşımlar sağlık çalışanlarının tedavi-bakım verme yükümlülüğünün ve bireylerin sağlık bakımı alma hakkının ihlalidir. **Medyaya ait sorunlar**; damgalayıcı materyaller ve nefret söylemi içeren taraflı medya yayınları; kişisel bilgilerin, ad ve soyadı dahil olmak üzere, yüzünün tanınacak biçimde açıkça ifşa edilmesi ve HIV/AIDS ile ilgili haber içeriklerinde kullanılan kan, cinsellik, kasları erimiş hasta insanlar ve ölümü çağrıştıran görsellerin kullanılmasıdır. **Kanun ve politikalarda karşılaşılan etik sorun örnekleri**; belli meslek gruplarına HIV pozitif bireylerin alınmaması, AIDS vakalarının bildiriminin zorunlu tutulması, uluslararası seyahat ve göçün sınırlanması ve HIV/AIDS'li bireylerin sınır dışı edilmesi gibi uygulamalardır. Ayrıca hasta hakları ile ilgili mevzuatın, HIV pozitif kişinin eşinin bilgilendirilmesi konusunda, özel yaşamın gizliliği ve sağlık personelinin sır saklama ödevi doğrultusunda sınırlayıcı olması diğer sorunlarındandır[34-41].

Ek-7. HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığı (devam)

13. HIV/AIDS Bağlamında Etkili Olabilecek Temel İnsan Hakları

- Yasa Karşısında Eşitlik ve Ayrımcılığa Uğramama Hakkı: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin sağlık, iş, eğitim, göç, seyahat, sosyal güvenlik alanlarında ayrımcılığa uğramasının engellenmesi;
- Sağlık Hakkı: Örneğin kadınlar ve çocukların önleme, tanı, tedavi olanaklarına eşit ve yeterli erişim hakkı;
- Özel Yaşamın Gizliliği Hakkı: HIV test sonuçlarının gizli tutulması ve zorunlu testlerin engellenmesi;
- Eğitim ve Bilgilendirme: Örneğin incinebilir grupların eğitim ve bilgilendirme materyallerine eşit ve yeterli biçimde erişim sağlanması;
- İnsanlık Dışı, Alçaltıcı Muamele ve Cezalara Tabi Olmama Hakkı: Örneğin HIV pozitif hükümlülerin hücrelere kapatılmasının engellenmesi;
- Özerklik ve Güvenlik Hakkı: Örneğin aydınlatılmış onam alınmadan HIV testi uygulanmaması, HIV durumu nedeniyle karantinaya alınmama;
- Bilimsel Gelişmelerden Yararlanma Hakkı: Örneğin güvenli kan naklinin sağlanması ve evrensel önleme kurallarının hizmet sunumlarında yer alması;
- Çalışma Hakkı: HIV nedeniyle işten çıkarmaların engellenmesi;
- İfade ve Örgütlenme Hakkı: Örneğin seks işçilerinin ve eşcinsellerin kendilerini ifade etmelerinin ve örgütlenmelerinin engellenmemesi;
- Politik ve Kültürel Yaşama Katılım Hakkı: Örneğin HIV/AIDS'le yaşayan bireylerin HIV/AIDS politikalarının oluşmasına ve değerlendirilmesine katılımları;
- Evlenme ve Aile Kurma Hakkı: Örneğin evlilik öncesi zorunlu testlerin engellenmesi, zorunlu düşüklerin ve kısırlaştırma uygulamalarının yasaklanması[42].

14. HIV/AIDS ile İlişkili Dernekler

- Pozitif Yaşam Derneği
- Kırmızı Kurdele İstanbul
- Pozitif-iz Derneği
- UNAIDS (Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Programı)
- International AIDS Society
- Dünya Sağlık Örgütü

27

Ek-7. HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığı (devam)

Kaynaklar

1. Kostak MA, Ünsar S, Sadırlı, SK. Hemşire ve ebelerin AIDS'e karşı tutumlarının belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2014; 17(2): 76-86.
2. Ovayolu N, Ovayolu Ö. (2017). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği*. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2. Baskı, Adana.
3. Güven T, Yılmaz GR. HIV enfeksiyonu: epidemiyoloji, tanı ve korunma. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology Special Topics*. 2014; 7(1): 10-14.
4. HIV.gov. A Timeline of HIV and AIDS. https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/history/hiv-and-aids-timeline. Erişim Tarihi: 16.03.2019.
5. World Health Organization (WHO). HIV AIDS Data and Statistics. https://www.who.int/hiv/data/en/ . Erişim Tarihi: 16.03.2019.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı İstatiksel Verileri. Ankara; 2016.
7. Tümer A. AIDS nedir? Dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS. http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/AIDS_web-2016.pdf. Erişim Tarihi: 16.03.2019.
8. Savaş, N. HIV/AIDS (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü/Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu). Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics, 2015; 1: 29-36.
9. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. HIV-AIDS 1985-2018 Yılı İstatistikleri. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/862-hiv-aids/1135-h%C4%B1v-aids-istatislik.html. Erişim Tarihi: 19.03.2019.
10. Tümer A. Dünyada ve Türkiye'de güncel verilerle HIV/AIDS – 2014. *Türk HIV/AIDS Dergisi*. 2015; 12(1): 1-3.
11. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği (KLİMİK). HIV Bilgilendirme Kitabı. 2016. https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2016/11/HIV.BILGILENDIRME.KITABI.pdf. 19.03.2019.
12. Bhatti AB, Usman M, Kandi V. Current scenario of HIV/AIDS, treatment options, and major challenges with compliance to antiretroviral therapy. *Cureus,* 2016; 8(3): e515.
13. Sulukan EE, Küçükoğlu K, Gül Hİ. AIDS ve tedavisinde kullanılan ilaçlar. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi.* 2009; 38(10): 47-78.
14. Pozitif Yaşam Derneği. *Anti-HIV ilaçları.* Çeviri: Pozitif Yaşam Derneği. Türkçe 1. Baskı. Çeviri: Pozitif Yaşam Derneği. Anti-HIV Drugs, Carter M. 10. Baskı. London.
15. Schaecher KL. The importance of treatment adherence in HIV. *American Journal of Managed Care.* 2013; 19(12): 231-237.

16. Akıncı F, Öz F. HIV/AIDS'li hastaların tedaviye uyumunu etkileyen psikososyal faktörler. *Türk HIV/AIDS Dergisi*. 2002; 6(4).

17. Ceylan E, Koç A. HIV(+)/AIDS hastalarında antiretroviral tedaviye uyumun önemi (Literatür Çalışması). *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2017; 14(2): 64-71.

18. Tümer A, Ünal S. HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma. *Aile ve Toplum*. 2001; 1(4).

19. Zuckerman RA, Whittington WL, Celum CL, Collis TK, Lucchetti AJ, Sanchez JL, et al. Higher concentration of HIV RNA in rectal mucosa secretions than in blood and seminal plasma, among men who have sex with men, independent of antiretroviral therapy. *The Journal of Infectious Diseases*. 2004; 190(1): 156-61.

20. Savaşçı Ü, Avcı İY. Kan ve kan bileşenleri ile bulaşan enfeksiyon etkenleri ve nükleik asit amplifikasyon test (NAT) yönteminin önemi. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*. 2016; 8(3): 125-134.

21. Patijn GA, Strengers PFW, Harvey M & Persijn G. Prevention of transmission of HIV by organ and tissue transplantation. *Transplant International*. 1993; 6(3): 165-172

22. Kurtaran B. HIV ve gebelik. *Turkiye Klinikleri Journal of Infectious Diseases Special Topics*. 2016; 9(1): 67-72.

23. Güven GS. HIV infeksiyonun klinik özellikleri ve tedavisi. http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/klinik.shtml. Erişim Tarihi: 19.03.2019.

24. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. 3. Baskı, Ankara, 2011.

25. Şengöz G, & Pehlivanoğlu F. İnsan bağışıklık eksikliği virüsü/edinsel immün yetmezlik sendromu: Dünyada ve Türkiye'de epidemiyolojik değişimler. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tip Bulteni*. 2017; 55(4): 248-53.

26. Çelen M. K. HIV/AIDS. http://www.dicle.edu.tr/Contents/2dfd8ff7-3db0-4909-bf3c-a5f29c083abb.pdf. Erişim Tarihi: 19.03.2019.

27. Gökengin D. Türkiye'de HIV infeksiyonu: Hedefe ne kadar yakınız?. *Klimik Dergisi*. 2018; 31(1): 4-10.

28. Yürügen B. Kazanılmış bağışıklık eksikliği sendromlu (AIDS) hastanın hemşirelik bakımı. *Hemşirelik Bülteni*, 1994; 8(34): 22-24.

29. Aksoy M. *HIV/AIDS ve Beslenme*. 1. Baskı, Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2008: s:9.

30. T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. *Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği Hemşirelik Rehberi*, İzmir, 2013, s:12.

31. Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. 11. Basım, Ankara, 2018.

Ek-7. HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığı (devam)

32. Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği. I. HIV/AIDS Çalıştayı. 15-16 Ekim 2015. https://www.klimud.org/public/uploads/files/I.HIVAIDS_CALISTAYI_BILDIRGE.pdf. Erişim Tarihi: 19.03.2019.

33. Ateş D, Karahan A, & Erbaydar T. Üniversite öğrencileri güvenli cinselliği nasıl algılıyor. *Sted*. 2005; 14(6): 130-134.

34. Oran NT, Şenuzun F. Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigması ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2008; 5: 1.

35. Karataş M, Ataç A, Uçar M, Kantarcı MN. HIV pozitif kişilerin eşlerine hastalığı bildirme(me)nin yasal ve etik açıdan değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010; 17(3): 215-222.

36. Terzioğlu, F. HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılık: Hemşireler için müdahale stratejileri. *Türk HIV/AIDS Dergisi*. 2004; 7(2): 57-62.

37. Öktem P. 2014. Türkiye'de HIV/AIDS ile yaşayanların çalışma hakkı ihlalleri: yasal çerçeve ve alandan örnekler. VI. Sosyal İnsan Hakları Ulusal Sempozyumu Kitabı. S: 225-245.

38. http://pozitifyasam.org/tr/medyada-nefret-soylemi-ve-ya-suclari-hiv-aids.html. Erişim Tarihi: 19.03.2019.

39. Yegen C. Türk yazılı basınının HIV/AIDS haberlerindeki nefret söylemi: "Posta" gazetesi örneği. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2014; 2(3): 317-349.

40. Kayar HB. HIV/AIDS ve hak ihlalleri. VI. Tıp Etiği Kongresi. S:102. 2010, İstanbul.

41. Pozitif Yaşam Derneği. 2008. Türkiye'de HIV ile Yasayanların Yasadıkları Hak İhlâlleri Raporu (Temmuz 2007-Temmuz 2008 Dönemi). URL: https://pozitifyasam.org/wp-content/uploads/Raporlar/Hak%20%C4%B0hlalleri%20Raporu%202.pdfl. Erişim Tarihi: 19.03.2019.

42. Çokar M, Anıl S, Sert G, Sözen Ş, Kayar HY. AIDS, İnsan Hakları ve Yasalar. Türkiye'de AIDS Konusundaki Yasal Düzenlemeler ve Öneriler. https://pozitifyasam.org/wp-content/uploads/Kitaplar/AIDS,%20%C4%B0nsan%20Haklar%C4%B1%20ve%20Yasalar.pdf Erişim Tarihi: 19.03.2019.

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu

HIV/AIDS

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü
2019

Isınma Uygulaması

- HIV AIDS denince aklınıza gelen ilk 5 kelime?

AIDS Hastalığının Tanımı

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome/Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu):

- HIV (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü, Human Immunodeficiency Virus)'in sebep olduğu,
- Dünyada ve Türkiye'de çok hızla yayılan,
- Henüz aşısı ve kalıcı bir tedavisi olmayan,
- Bağışıklık sistemini yok eden
- çağımızın en önemli sağlık sorunlarından biridir

Resim 1. İnsan immün yetmezlik virüsü

(devam)

- HIV, T lenfositleri ve immün sistemin diğer hücrelerini enfekte eder.
- HIV ile enfekte olan hastalarda T lenfosit sayısı düşer.
- Vücudun savunma gücünü zayıflar ve yıkıma uğrar
- Normal koşullarda tedavi edilebilen hastalıklar, savunma gücü yetersiz kaldığından tedavi edilemez
- Buna bağlı olarak hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar ve kanser görülme olasılığı artar

AIDS Tarihçe

- 1981- Amerika Birleşik Devletleri'nde yılında homoseksüel erkeklerde sıra dışı enfeksiyonlar (Pneumocystis jiroveci) ve bazı tümörlerde (Kaposi sarkomu) artış olduğu bildirilmiştir.
- Bu bildirim AIDS'in tanılanması için bir başlangıç olmuştur.

AIDS Tarihçe (devam)

- 1982- Bu yeni hastalığa Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu adını verilmiş
- 1983- Hastalığa neden olan virüs izole edilmiş ve bu virüse Human Immunodeficiency Virus-İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) adı verilmiştir.

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

AIDS Tarihçe (devam)

- 1985 yılında ELISA testi ile tüm kan ve kan ürünlerinin HIV varlığı açısından taranması zorunlu hale getirilmiştir
- 1987 yılında AIDS tedavisinde ilk ilaç olan zidovudin (AZT) onay almıştır
- 1996 yılında AIDS hastalığının tedavisinde kullanılan Antiretroviral İlaçlar keşfedilmiştir.

AIDS Tarihçe (devam)

- Bugün halen Antiretroviral Tedavi (ART) HIV'e karşı standart tedavidir
- ART'ın kullanımı hastaların hayatta kalma süresini önemli derecede uzatmakla birlikte HIV'in çoğalmasında önemli bir azalmaya neden olmuştur

Dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS Prevelansı

- 2017 yılı sonunda dünyada toplamda 36,9 milyon HIV/AIDS ile yaşayan birey bulunmaktadır. (DSÖ)
  - 34,3 milyonu erişkin,
  - 17,4 milyonu kadın,
  - 2,6 milyonu ise 15 yaşın altındaki çocuklardan oluşmaktadır.
- 2017 yılı içerisinde 1,8 milyon insanın HIV pozitif veya AIDS tanısı almıştır
- 2017 yılında 940.000 HIV/AIDS'li bireyin hayatını kaybettiği belirlenmiştir

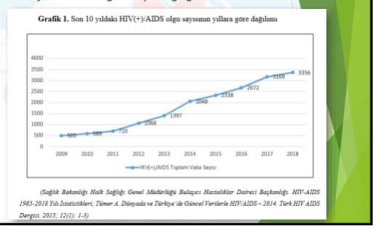
World Health Organization (WHO). HIV AIDS Data and Statistics. https://www.who.int/hiv/data/en/ . Erişim Tarihi: 24.06.2019

(devam)

- Türkiye'de HIV/AIDS 1985 yılında 3 vaka ile başlamıştır.
- Sağlık Bakanlığının 2016 yılı kayıtlarına göre Türkiye'de 17.000 HIV/AIDS ile yaşayan birey bulunmaktadır.
- HIV/AIDS ülkemizde en sık 20-49 yaş arasında görülmektedir
- Bu vakaların % 85'i erkek ve % 15'i kadınlardan oluşmaktadır

(devam)

- Yıllara göre HIV/AIDS vakaları incelendiğinde; tanılanan vaka sayılarında belirgin artış olduğu gözlenmektedir



Grafik 1. Son 10 yıldaki HIV(+)/AIDS olgu sayısının yıllara göre dağılımı

(Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı: HIV-AIDS 1985-2018 Yılı İstatistikleri; Tümer A. Dünyada ve Türkiye'de Güncel Verilerle HIV/AIDS – 2014. Türk HIV/AIDS Dergisi. 2015; 12(1): 1-3)

(devam)

Türkiye'de HIV virüsünün yayılmasına katkı sağlayan faktörler arasında;

- Seks işçilerinin, özellikle kayıtsız çalışanların sayısındaki artış
- Gelişmiş turizm sektörü
- Nüfus hareketleri
- Yurt dışında (örneğin Avrupa) çalışan sayısının yüksek olması
- Son yıllarda uyuşturucu kullananların sayısındaki artış sayılmaktadır.

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

(devam)

Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılı istatistiklerine göre temel bulaş yolları;

- Heteroseksüel cinsel ilişki,
- Erkek erkeğe cinsel ilişki ve
- Enjeksiyonla uyuşturucu kullanımı izlemektedir

HIV(+) bireylerin ve AIDS hastalarının bulaş yollarına göre dağılımı (01 Ocak 2018-31 Aralık 2018)

Tablo 1. HIV(+) bireylerin ve AIDS hastalarının bulaş yollarına göre dağılımı (01 Ocak 2018-31 Aralık 2018)

OLASI BULAŞ YOLU	TOPLAM VAKA	YÜZDE
Heteroseksüel cinsel ilişki	1020	30.39
Homoseksüel/Biseksüel cinsel ilişki	559	16.66
Damar içi madde bağımlılığı	24	0.72
Anneden bebeğe geçiş	13	0.39
Nozokomiyal bulaşma	18	0.54
Çoklu bulaş	43	1.28
Hemofili hastası	0	0
Enfekte kan trasfüzyonu	7	0.21
Bilinmeyen	1758	52.38
TOPLAM	3356	100

(Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. HIV-AIDS 1985-2018 Yılı İstatistikleri)

HIV/AIDS Hastalığının Tanı Yöntemleri

- ELISA
- Western Blot
- Combo Test
- Plazma HIV RNA tespiti (Kan virüs yükü)

Kimlere HIV/AIDS testi önerilmektedir?

HIV bulaşı açısından yüksek risk taşıyan;

- İntravenöz ilaç bağımlıları ve bunların seks partnerleri,
- Para karşılığı seks yapanlar,
- Seks partnerleri HIV pozitif olanlar,
- Homoseksüel erkekler
- Son HIV testinden sonra birden fazla seks partneri olan kişiler
- Tüberküloz ve cinsel yolla bulaşan bir hastalık nedeniyle tedavi başlanan hastaların HIV/AIDS enfeksiyonu açısından değerlendirilmesi gerekmektedir

ROL PLAY Uygulaması

- 10 TANE KAĞIDA 1'DEN 10'A KADAR NUMARALAR YAZILIR. YAZILDIKTAN SONRA KAĞITLAR KATLANIR VE HERKESE BİR KAĞIT SEÇMELERİ VE AÇMAMALARI SÖYLENİR. DAHA SONRA 3, 6 VE 9 NUMARALI KİŞİLERİN HIV POZİTİF TANISI ALDIKLARINI SÖYLEYİNİZ.
  - NELER HİSSETTİNİZ?
  - NE SORMAK İSTERSİNİZ?
- (SORULAR AKRAN REHBER TARAFINDAN CEVAPLANIR)

HIV/AIDS Enfeksiyonunun Klinik Belirti ve Bulguları

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

Akut Retroviral Sendrom

Virüsün bulaşmasından 2-4 hafta sonra HIV enfekte kişilerin % 87'si grip benzeri semptomlar gösterir.

Akut HIV sendromu olarak adlandırılan bu semptomlar;

- Ateş, titremeler,
- Baş ağrısı,
- Gece terlemeleri, kırgınlık, artralji (eklem ağrısı),
- Makulopapüler döküntü, myalji (kas ağrısı),
- İshal, baş ağrısı, bulantı kusma,
- Karaciğer/dalak büyümesi, pamukçuk,
- Lenf bezlerinde şişme ve farenjittir

İmmün Trombositopeni ve Hematolojik Bulgular

HIV pozitif bireylerde kolaylıkla;

- Peteşi,
- Ekimoz,
- Diş eti kanaması ve
- Anemi
- CD4 (T lenfosit) sayısında azalma,
- Lenfopeni,
- Nötropeni ve
- Lenfadenopati görülebilir.

Oral Kavite Lezyonları

- Aftöz stomatit,
- Kandida (mantar) lezyonları,
- Lökoplaki (beyaz damak),
  - Lökoplaki mukozadan kabarık beyaz lezyonlardır.
- Gingivit (diş eti enfeksiyonu) ve
- Oral ülserler

Kas-İskelet Sistemi Bulguları

- Miyalji (kas ağrıları),
- Proksimal kaslarda güçsüzlük,
- Atrofi ve
- Halsizlik görülür.

Cilt ve Mukozada Viral Enfeksiyonlar

- Herpes simpleks,
- Herpes zoster ve
- Egzama oldukça sık görülür.

Gastrointestinal Sistem Bulguları

- Pamukçuk (ağızda mantar enfeksiyonu)
- Özefajial kandidiasis (özofagusun mantar infeksiyonu)
- Disfaji (yutma güçlüğü),
- Odinofaji (ağrılı yutma),
- Bulantı,
- Erken doyma hissi,
- İştahsızlık, kusma,
- Ağrı, ishal ve
- Kanama gibi belirtiler görülebilir.

Böbrek Tutulumu

- HIV taşıyan hastalarda böbrek yetmezliği belirti ve bulguları görülebilir

Nörolojik Tutulum

- Periferik nöropati,
- Menenjit,
- Ensefalopati,
- İntrakraniyal kitle lezyonları
- Uyku bozukluğu (uykusuzluk, çok uyuma, kabus görme gibi)

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

Kardiyak Tutulum

- Ventrikül disfonksiyonu,
- Perikardiyal efüzyon,
- Miyokardit,
- Perikardit,
- Endokardit ve
- Aritmiler görülür.

Endokrin Sistem Tutulumu

- HIV pozitif bireylerde en sık belirti veren endokrin sistem hastalığı hipogonadizm'dir.
  - (Hipogonadizm erkeklerin testislerinde kadınların ise yumurtalıklarında görülen seks hormonunun yetersizliğidir)
- Ayrıca hastalarda karbonhidrat metabolizma bozuklukları ve hiponatremi de gelişebilir.

Solunum Sistemi Tutulumu

- **Pnömoni,**
- **Kaposi sarkomu,**
- **Tüberküloz ve**
- **Fungal (Mantar) infeksiyonlar görülebilir**

Çeşitli Enfeksiyonlar

- Pnömoni,
- Mikobakretiyel enfeksiyonlar (tüberküloz),
- Sinüzit,
- Toksoplazma,
- Sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu.

Malignensiler

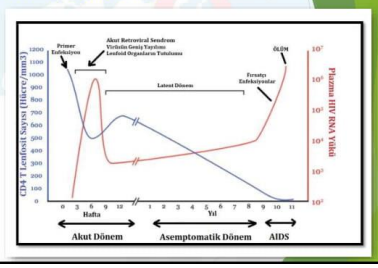
- Kaposi sarkomu,
- Non Hodking Lenfoma,
- Hodking Lenfoma
- Serviks kanserlerine sık rastlanmaktadır

Metabolik Hastalıklar

Hem HIV'in kendisi hem de tedavisinde kullanılan bazı ilaçların yan etkileri nedeniyle hastalarda;

- Kemik erimesi,
- Kalp ve damar hastalıkları,
- Hipertansiyon,
- Kan lipid (yağ) düzeylerinde yükselme,
- Vücut yağ dağılımında değişme,
- İnsülin direnci ve
- Diyabet görülebilmektedir

HIV'in İlerlemesi



Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

20.07.2020

HIV/AIDS Enfeksiyonunda Tedavi

HIV/AIDS enfeksiyonunda tedavinin amacı;

- HIV'i inaktif hale getirmek (Antiretroviral Tedavi/ART),
- Bağışıklık sistemini uyarmak ve
- Fırsatçı enfeksiyon ile tümörleri tedavi etmektir.

Antiretroviral Tedavi

- HIV'in moleküler biyolojisinin çözülmesi Antiretroviral ilaçların keşfini sağlamıştır.
  - Tedavide en sık kullanılan bazı antiretroviral ilaçlar Kaletra, Truvada, Norvir, Tivicay, İsentress, Prezista, Stribild, Combivir ve Stocrindir
- **Bu ilaçlar HIV'i tamamen tedavi etmeyip**, yaşam kalitesini arttırmaya ve yaşam süresini uzatmaya yardımcı olmaktadır
- **Antiretroviral İlaçlar virüsü tamamen yok etmediğinden** bu ilaçların ömür boyu kullanılmaları gerekmektedir.
- **Bu ilaçların kullanılmasıyla AIDS yavaşlatılabilir.**

(Devam)

ART'nin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için bireyin ART'ye uyumunun %90-100 arasında olması gerekmektedir.

Çünkü ART'ye uyumun yüksek olması;

- Viral yükün azalmasını,
- Hastalığa bağlı morbidite ve mortalitelerin önlenmesini,
- Yaşam kalitesinin artmasını ve
- İlaçlara karşı direnç gelişiminin önlenmesini sağlar.
- HIV'in immün sisteme zarar vermesini engeller
- HIV'in bu virüsü taşımayan kişilere bulaş riskini de azaltır.

HIV'in Bulaşma Yolları

- **Kan Yolu**
  - Kan ve kan ürünleri transfüzyonu
  - Enfekte enjektörler





HIV'in Bulaşma Yolları

- **Cinsel Yol**
  - Meni,
  - Vajinal ve anal sekresyonlar ile

HIV'in Bulaşma Yolları

- **Anneden Bebeğe Geçiş**
  - Anne sütü
  - Anneden bebeğe kan yoluyla



6

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

HIV'in Bulaşma Yolları

- Enfekte organ ve doku nakli

HIV'in Bulaşma Yolları

- HIV'in bulaşması için HIV enfekte bir sıvının enfekte olmamış kişiye transferi gerekir.
- Ancak sıvının enfekte olmamış kişiye dokunması enfekte olmak için yeterli değildir.
- Çünkü sağlıklı bir deri HIV'in vücuda girişini engelleyen mükemmel bir bariyerdir.
  - Enfekte olmayan kişinin derisindeki kesi
  - Yara yeri
  - Anüs,
  - Rektum ve
  - Genital bölge gibi mukoz membranlar yolu ile HIV virüsü bulaşır

Cinsel Yolla Bulaşma

- HIV'in en önemli bulaş yolu korunmasız cinsel temastır.
- Tüm dünyada HIV ile enfekte kişilerin yaklaşık olarak %75-85'inde bulaş cinsel yolladır.
- HIV, korunmasız yapılan her türlü cinsel temas ile (vajinal, oral, anal) bulaşabilmektedir

(devam)

- Virüs, HIV pozitif erkeğin sperminde, kadının ise vajina salgısında bulunur
- Cinsel ilişki sırasında bütünlüğü bozulmuş vajina, penis, anüs veya ağız mukozalarından vücuda girer
- Hem homoseksüel hem heteroseksüel ilişki yoluyla bulaşmaktadır
- Cinsel temas sırasında bu sıvıların partnerlerin vücudunun bir kısmına olan teması sonrasında kan dolaşımına girmesi ile bulaş gerçekleşmektedir.

Cinsel Yolla HIV Bulaşını Artıran ve Azaltan Faktörler

Artıranlar

- Plazma ve vücut sıvılarında sıvılardaki virüs yoğunluğunun fazla olması
- Cinsel temas sayısının artması
- Anal ilişki
  - HIV rektal sekresyonlarda plazma ve seminal sekresyonlardakine oranla 10 kat daha fazla bulunmaktadır.

Cinsel Yolla HIV Bulaşını Artıran ve Azaltan Faktörler

Artıranlar

- Cinsel yolla bulaşan hastalıkların varlığı
  - Özellikle cinsel partnerlerde genital ülser varlığının HIV bulaş riskini 5,3 kat artırdığı tahmin edilmektedir.
- Birden fazla cinsel partnerin de yine HIV bulaşı açısından riski artırdığı tespit edilmiştir

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

Cinsel Yolla HIV Bulaşını Artıran ve Azaltan Faktörler

Azaltanlar

- Takip altında olma
- Tek eşli HIV pozitif-negatif çiftler arasında HIV bulaş riski çok düşüktür.
- Sünnetin ise HIV bulaş riskini azalttığı tespit edilmiştir.
  - Sünnetsiz olan erkeklerde HIV bulaştırma veya kendisine HIV bulaş riskinin sünnetli olanlara göre 2 kat fazla olduğu bildirilmiştir.

Kan ve kan ürünleri ile bulaşma

- Kanda virüsün yoğun miktarda bulunması nedeni ile virüsü taşıyan kişilerden alınmış kan ve kan ürünleri ile hastalık bulaşabilmektedir.
- 1985'te dünyada kan ve kan ürünlerinin hastaya verilmeden önce HIV yönünden test edilmesi zorunlu hale getirilmiştir.
- Ülkemizde 1987 yılından beri tüm kan ve kan ürünleri ELISA yöntemi ile test yapıldıktan sonra hastaya verilmektedir.

Kan ve kan ürünleri ile bulaşma (devam)

- Bu nedenle ülkemizde bu tarihten itibaren kan ve kan ürünleri ile olan bulaş azalmış gözükmektedir.
- Ancak hastalığın pencere döneminin olması ve acil durumlarda test yapılmadan kan ve kan ürünlerinin kullanılabilmesi nedeniyle bu yolla az oranda da olsa geçiş olduğunu bildirmektedir

Kan ve kan ürünleri ile bulaşma (devam)

HIV aşağıdaki durumlarda kan yoluyla bulaşabilmektedir;

- **Deriyi delen aletler**
  - İlaç enjektörleri,
  - İntravenöz yolla ilaç kullanımı
  - Tıraş bıçağı,
  - Dövme iğneleri
  - Sünnet aletleri, vb.
- **Ortak kullanılan;**
  - Jilet,
  - Makas ve tırnak makası gibi kesici ve delici aletler de kişiden kişiye bulaşa neden olmaktadır
- **Virüsü taşıyan bir bireyde kullanılmış ve sterilize edilmeden bir başka kişide yeniden kullanılan;**
  - Enjektör, iğne,
  - Cerrahi aletler,
  - Diş hekimliğinde kullanılan aletler,
  - Dövme, piercing ve akupunktur gereçleri

(Deri bütünlüğünü bozan ve HIV bulaşı açısından risk taşıyan araç gereçler)

 Enjektörler	 Dövme İğneleri	 Tıraş Bıçakları	 Diş Tedavisi Ekipmanları
 Piercing	 Cerrahi Aletler	 Akupunktur İğneleri	 Tırnak Makası

Kan ve kan ürünleri ile bulaşma (devam)

- İntravenöz yolla madde kullananlar da önemli bir risk grubudur.
- Çünkü bu tür madde bağımlıları kullandıkları enjektörleri paylaşarak birbirlerine virüsü bulaştırır.
- Sağlık bakım ünitelerinde çalışan sağlık personeli de bulaş bakımından risk altındadır.
- HIV ile enfekte olmuş iğne veya diğer keskin nesnelerin kaza ile batması sonucu sağlık çalışanlarına da HIV bulaşabilir

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

20.07.2020

Enfekte Organ ve Doku Nakli ile Bulaşma

HIV, enfekte organ ve doku nakli aracılığıyla sağlıklı kişilere bulaşabilmektedir.

- **Örnek Vaka 1:** Organ nakli yapılacak olan bir donörün kanında HIV incelemesi için 8 ay önce kan alınmış ve negatif çıkmıştır. Fakat organ naklinden hemen önce test tekrarlanmamıştır. Bu süreçte HIV kapmış olan hastanın organı sağlıklı kişiye nakledilmiş ve HIV bulaşı gerçekleşmiştir

Enfekte Organ ve Doku Nakli ile Bulaşma (devam)

- **Örnek Vaka 2:** Acil organ nakli gereken iki hastaya donörlere test yapılmadan organları alınmış ve hastalara nakledilmiştir. Daha sonra test yapılmayan donörlerin HIV pozitif oldukları ve HIV'i iki hastaya da bulaştırdıkları belirlenmiştir

Anneden Bebeğe Bulaşma (Vertikal Bulaş)

- HIV;
  - Gebelik süresince,
  - Doğum sırasında ve
  - Emzirme ile bebeğe geçebilmektedir.
- Gebelikte antiretroviral tedavi (art) alınmadığında yeni doğana hıv bulaş riski %25-30 iken art alındığında ise bu oran %2-3'lere kadar düşürülebilmektedir.
- Emzirme, bulaşı %5-20 arttırmaktadır

Anneden Bebeğe Bulaşma (devam)

Perinatal (vertikal) HIV enfeksiyonu;

- HIV tanı testlerinin daha sık kullanımı,
- Antiretroviral ilaçlarla koruma (profilaksi),
- Planlanmış sezeryan ve
- Emzirmenin engellenmesi ile son yıllarda oldukça azalmıştır.

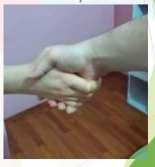
HIV ile enfekte olmuş kadınların tam ve uygun bir tıbbi bakım almaları, infanta HIV bulaşının önlenmesinin en iyi yoludur

HIV'in Bulaşmadığı Durumlar

Dokunmak



Tokalaşmak



HIV'in Bulaşmadığı Durumlar

El ele Tutuşmak



Sarılmak

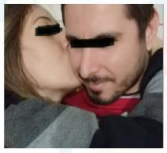


9

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

HIV'in Bulaşmadığı Durumlar

Öpmek

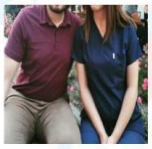


Aynı musluğu kullanmak



HIV'in Bulaşmadığı Durumlar

Aynı yerde oturmak



Aynı saunayı kullanmak



HIV'in Bulaşmadığı Durumlar

Aynı kaptan yemek yemek



Aynı bardaktan içecek tüketmek



HIV'in Bulaşmadığı Durumlar

Aynı yüzme havuzunda yüzmek



Aynı denizde Yüzme



HIV'in Bulaşmadığı Durumlar

Aynı tuvaleti paylaşmak



Giysilerin ortak kullanımı



HIV'in Bulaşmadığı Durumlar

Kulaklık



Sivrisinek, böcek, arı sokması



Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

20.07.2020

HIV'in Bulaşmadığı Durumlar

Aynı banyoyu kullanmak



Aynı havluyu kullanmak



HIV'in Bulaşmadığı Durumlar

Ayrıca;

- Tükürük,
- Dışkı, idrar
- Ter
- Gözyaşı
- Aksırık,
- AIDS hastasının öksürmesi
- Aynı odada bulunma
- Aynı okulda okuma
- Aynı havayı soluma
- Ortak çatal, kaşık, bardak, tabak, telefon kullanma

gibi durumlarda da HIV bulaşmaz !!!

HIV sağlam deriden geçmez !!!

HIV/AIDS'İN BULAŞMA YOLLARINA YÖNELİK QUİZ

- **40 maddelik bulaşma yollarına yönelik quiz her öğrenciye verilir**
- **Her madde için «Bulaşır» ya da «Bulaşmaz» seçeneğini işaretlemeleri istenir.**
- **Quiz'ler toplanır ve bir sonraki oturumda en yüksek cevabı veren kişi ilan edilerek alkışlatılır.**

Video Gösterimi 1:

"*AIDS Oldum*" başlıklı video

Video Gösterimi 2:

"HIV İLE YAŞAMAK" başlıklı video

2. HAFTA

11

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)



Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

a) Virüsün cinsel yolla bulaşından korunma (devam)

- Anal sekste, kondomun delinmemesi için ilave olarak lubrikant (kayganlaştırıcı) ile birlikte kalın kondom kullanılması
- Kadınlar için hazırlanmış intravajinal kondomların kullanılması
- HIV pozitif eşten diğerine bulaşı önlemek için Antiretroviral ilaç kullanılması
- Cinsel yolla bulaşan hastalık varsa tedavi edilmesi

b) Kan ve kan ürünleri ile bulaşmaya yönelik korunma

- Kan ve kan ürünlerinin hastalara verilmeden önce HIV varlığı yönünden test edilmesi
  - Dünyada 1985, Türkiye'de 1987 yılından beri kan ve kan ürünleri hastaya verilmeden önce HIV yönünden taranmaya başlamıştır.
- Damar içi madde kullanımı alışkanlığının önlenmesi ve tedavi edilmesi,
- Ortak enjektör kullanımının risklerinin anlatılması

b) Kan ve kan ürünleri ile bulaşmaya yönelik korunma (devam)

- Kan yoluyla geçişe neden olması bakımından;
  - İntravenöz uygulamalar,
  - Kulak delme,
  - Dövme,
  - Pedikür,
  - Manikür,
  - Ortak makas, tıraş jileti ve ortak tarak uygulamalarından kaçınılması önerilmektedir

b) Kan ve kan ürünleri ile bulaşmaya yönelik korunma (devam)

Kan ve kan ürünlerinin HIV enfeksiyonu açısından güvenceye alınması için alınması gereken önlem ve uygulamalar şu şekildedir;

- **Donör uygunluk araştırmalarında serolojik değerlendirmeye ek olarak; bireyin yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi**
  - **Sık seyahatler, gittiği ülkeler, seks davranışları, vb.**
- **Test yapılmamış kan ve ürünlerinin kesinlikle kullanılmaması**
- **Kan ürünlerinin üzerine "AIDS antikoru (-)" açıklamasının konması**

b) Kan ve kan ürünleri ile bulaşmaya yönelik korunma (devam)

- **Acil durumlarda tarama yapılamayacaksa riskli kişilerden kan alınmaması**
- **Riskli kişileri oluşturan kişilerin kan, sperm ve organ bağışında bulunmaması**
  - Yabancı turist,
  - Uzun süre yurtdışında yaşamış işçi ve öğrenciler,
  - Genelev, pavyon ve barda çalışanlar,
  - Göçmen olarak ülkemize gelmiş yabancılar,
  - Eşcinseller,
  - İlaç bağımlıları, vb.

b) Kan ve kan ürünleri ile bulaşmaya yönelik korunma (devam)

- **Ameliyatı planlanan kişilerin kendi kanının alınıp bankada saklanması ve kullanılması**
- **Temel ilke olarak her hastanın HIV pozitif kabul edilmesi ve ayrım yapılmadan üniversal (evrensel) önlemlerin alınması**

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

c) Anneden bebeğe bulaşmaya yönelik korunma

- HIV/AIDS görülme sıklığı yüksek olan bölgelerde doğurganlık yaşındaki kadınlara bulaşma ve korunma yollarını öğretme
- HIV pozitif kadınlara ise doğum kontrol yöntemlerinin öğretilmesi
- Gebe kalan HIV pozitif kadınlara erken dönemde kürtaj yapılması
- Eğer anne adayı bebeği doğurmak istiyorsa gebeliğin belli ayında anneye, doğumdan sonra da bebeğe Antiretroviral tedavi başlanması
- Annenin bebeği emzirmemesi

d) Sağlık personelinin korunması

- Tüm hastaların kan ve diğer vücut sıvılarını potansiyel infekte kabul ederek üniversal (evrensel) önlemlere uyarak çalışılmalıdır
- Her işlem sırasında ve sonrasında eldiven kullanılmalıdır
- İşlem sonrası eldivenler çıkarılmalı, eldivenler çıkartıldıktan sonra eller hemen sabun ve su ile yıkanmalıdır

d) Sağlık personelinin korunması (devam)

- Eğer eller veya diğer cilt yüzeyleri hastanın kanı ya da diğer vücut sıvıları ile bulaşırsa derhal su ve sabunla yıkanmalıdır
- İğne batmasını engellemek için iğneler kullanıldıktan sonra plastik kılıfları tekrar takılmamalı, iğneler enjektörden çıkartılmamalı, eğilip bükülmemelidir

d) Sağlık personelinin korunması (devam)

- Yapılan bir işlem sırasında kan veya diğer vücut sıvılarının sıçrama olasılığı söz konusu ise ağız, burun ve gözleri korumak amacı ile maske ve gözlük takılmalı, diğer vücut yüzeylerine bulaşmayı önlemek için koruyucu önlük giyilmelidir
- Sağlık personelinin HIV ile temasında öncelikle bulaş yerinin dekontaminasyonu yapılmalı, deri ise su ve sabunla, göz ise steril salin ile, ağız ve burun ise suyla iyice yıkanmalıdır

d) Sağlık personelinin korunması (devam)

- Eksudatif deri lezyonları veya akıntılı dermatiti bulunan sağlık çalışanları bu lezyon geçinceye dek hastalarla direkt temastan ve hastalarla ilgili aletlere dokunmaktan kaçınmalıdırlar.
- Vajinal yolla veya sezeryanla doğum yaptıran ya da doğuma yardım eden ebe ve hemşireler plasentayı çıkartırken ve infantin (yenidoğanın) cildinden kan temizlenınceye ve göbek kordonunun kesilme işlemi tamamlanıncaya dek eldiven giymelidirler.

d) Sağlık personelinin korunması (devam)

- Bulaşta bazal olarak HIV antikor testi yapılmalı, 6. hafta, 3. ay ve 6. ay sonrası test tekrarlanmalıdır.
- Tedaviye temas sonrası mümkün olan en kısa sürede, ideali 1 saat içinde başlanmalıdır.
- Profilaksi 28 gün süre ile uygulanmalıdır

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)



Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

Bakım

HIV pozitif bireyler ve AIDS hastalarının tüm sağlık sistemlerini ilgilendiren ve hemşirelik bakımı gerektiren sorunları;

Fiziksel Sorunlar

- Malnütrisyon
- İmmünosüpresyon,
- Fırsatçı enfeksiyonlar,
- Solunum sıkıntısı,
- Diyare, bulantı, kusma
- Kilo kaybı,
- Yorgunluk,
- Ateş ve
- Ağızda pamukçuk

Psikososyal Sorunlar

- Stigma,
- Sosyal izolasyon,
- Anksiyete,
- Depresyon,
- Ölüm korkusu ve
- Bilgi eksikliği

"AIDS" ÖRNEK VAKA SUNUMU VE BAKIM PLANI

Eğitim ve Farkındalık

- Okullarda HIV/AIDS, cinsellik, korunma konularında yaşam becerilerini de kapsayacak eğitimler müfredata dahil edilmeli,
- Üniversite ve lise çağı öğrenci gruplarına tüm cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili eğitim verilmeli,
- Tıp ve hemşirelik öğrencilerine karar verme yetisi kazandıracak tarzda bir eğitim verilmeli,

Eğitim ve Farkındalık

- İçinde tıp ve hemşirelik fakültesi öğrencilerinin de yer aldığı projeler geliştirilmeli,
- Danışmanlık hizmetinin yaygınlaştırılması için tıp ve hemşirelik öğrencileri eğitilmeli,
- Aile hekimlerinin eğitimi sağlanmalı,
- Eczane çalışanlarının ve eczacıların hasta mahremiyeti hakkında eğitimi sağlanmalı,

Eğitim ve Farkındalık

- Eğitim sadece öğrencilerle sınırlı kalmayıp riskli davranış gösteren gruplara yayılmalı ve özellikle hedef popülasyona ulaşmak için sosyal medya, akıllı telefon uygulamaları gibi araçlar kullanılmalı,
- HIV/AIDS konusunda yapılan çalışmalar, elde edilen verilerin toplumla paylaşılmalı ve HIV/AIDS'in eliminasyon planına toplumun katılımı sağlanmalı,
- Toplumun HIV virüs enfeksiyonuna bakışı ve algısı değiştirilmeli, HIV enfeksiyonunun ölümcül bir hastalık olmadığı, etkin tedavisinin olduğu bilgisinin verilmeli

Danışmanlık Hizmeti (Test Öncesi, Sonuçlar Beklenirken Ve Sonuç Verilirken)

- Gönüllü test ve danışmanlık merkezlerini kurulmalı, bu merkezlerin sayıları artırılmalı ve tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılmalıdır.
- Hızlı testlerin kullanılması ile birlikte tanı koyma sürecinin hızlandırılmalı ve yeni tanı konanlara hasta kaçırılmadan danışmanlık hizmeti verilmelidir.
- Bu merkezlerin tanıtımı-reklamı yapılmalıdır.

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)



Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

Stigma (Damgalama)

- Stigmatizasyon (etiketleme veya damgalama) önyargılar sonucu bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır alması ve onları toplumdan dışlamasına kadar giden davranışlar bütünüdür

Stigma (Damgalama)

- Zamanla hastalığa karşı toplum ve bireylerin gerçek ve gerçek olmayan korkuları sonucunda sosyal önyargılar gelişmiştir.
- Bu durum hastaların;
  - Korku,
  - Sessizlik,
  - Şiddet,
  - İnkâr,
  - Stigma gibi olumsuz tutumlara maruz kalmasına neden olmuştur

Stigma (Damgalama)

- HIV/AIDS'in sosyal yapısı onu modern tarihin en damgalayıcı tıbbi konularından biri durumuna getirmiştir.
- Bunun en önemli nedenleri ise;
  - İlk AIDS vakasının görülmesinden sonra hastalığın hızla yayılması,
  - Sebep olduğu kayıpların fazla olması,
  - Kalıcı bir tedavi/aşının henüz bulunamamış olmasıdır.

Stigma (Damgalama) Sebepleri

- HIV/AIDS'in seks, hastalık ve ölümle, yasadışı, yasak veya tabu olan tutumlarla ilişkilendirilmesi
- Toplumun, hastalığa yakalanmayı sadece bireyin kişisel zaafı ve irade zayıflığına bağlanması
- HIV/AIDS'in sadece cinsel sapmalar ve sorumsuz cinsel davranışlar sonucu geliştiği önyargısı
- HastToplumun HIV/AIDS ile ilgili yanlış bilgilere sahip olması/Bilgi Eksikliğialığın öldürücü boyutu ve bulaş korkusu
- HIV/AIDS tanısı konan kişilerin çoğunun gey olması
- Hastalığın damar içi uyuşturucu madde kullananlarda da görülmesi
- Sorumsuz ve taraflı medya yayınları
- Toplumun HIV/AIDS ile ilgili yanlış bilgilere sahip olması/Bilgi Eksikliği

Stigmanın Önlenmesinde Hemşirenin Rolü

Hemşirelerin HIV/AIDS ile damgalanmaya karşı sorumlulukları 4 başlıkta toplanabilir;

- Bilgilendirme/eğitim yaklaşımları,
- Baş etme yeteneklerinin kazandırılması,
- Danışmanlık yaklaşımı,
- Etkilenen gruplarla iletişimin sağlanmasıdır.

Video Gösterimi 1

"HIV/AIDS'li bireyler damgalanmadan nasıl etkileniyor?"

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)



Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)



Mesleki sorunlar

- İşe almadan önce HIV testi istenmesi, pozitif olanların işe alınmaması,
- İş yerinde tacize uğrama ve
- İş yerinde istifa etmeleri için baskıya maruz kalma
- Belli meslek gruplarına HIV pozitif bireylerin alınmaması





Sağlık hizmetlerindeki sorunlar

- Tedavi haklarının reddi,
- İzin almadan HIV testi yapılması,
- Tıbbi verilerin gizliliği ilkesinin ihlali
- Sağlık personeli tarafından aşağılayıcı tutum ve davranışlara maruz kalma
- Bulaşma endişesi ile sağlık personelinin gereksiz önlemlerin alması



Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

Sağlık hizmetlerindeki sorunlar (devam)

- HIV pozitif bireylerin büyük bir çoğunluğunun toplum tarafından damgalanma korkusu nedeniyle tedavilerini ertelemeleri
- Erken taburculuk,
- Kaba ve yargılayıcı yorumlar,
- Hastaların endişelerini ve isteklerini göz ardı etmek,

Sağlık hizmetlerindeki sorunlar (devam)

- Medya yada polise bilgi vermek,
- Ailesinin önünde hastanın kötü muamele görmesi ve
- Kayıtlarda hastanın etiketlenmesi sağlık hizmetlerinde en çok karşılaşılan etik sorunlardır.

Bu yaklaşımlar sağlık çalışanlarının tedavi/bakım verme yükümlülüğünün ve bireylerin sağlık bakımı alma hakkının ihlalidir.


güncel yazarlar dış haberler hekim diş hekimi eczacı sağlık çalışanları ilaç sanayi özel sağlık

Güncel / Genel / Prof. Dr. Serhat Ünal: HIV pozitif bireylerin toplum tarafından dışlanması teşhisi ve tedaviyi engelliyor

Prof. Dr. Serhat Ünal: HIV pozitif bireylerin toplum tarafından dışlanması teşhisi ve tedaviyi engelliyor

03 Aralık 2019

AA

HIV/AIDS Korunma ve Eğitim Derneği (HAKED) Genel Sekreteri Prof. Dr. Serhat Ünal, İnsan Bağışıklığı Yetmezlik Virüsü (HIV) teşhis ve tedavisinde yaşanan en önemli sorunlardan birinin ayrımcılık olduğunu belirterek, "Bu ayrımcılık korku ve bilinçsizlikten oluyor. HIV pozitif bireylerin toplum tarafından dışlanması teşhisi ve tedaviyi engelliyor" dedi

Video Gösterimi

''HIV'li hastanın doğumunda skandal!'' başlıklı video

Yasal Sorunlar

Kanun ve politikalarda karşılaşılan etik sorun örnekleri;

- İşe eleman alınırken tarama çalışmalarının yapılması
- AIDS vakalarının bildiriminin zorunlu tutulması,
- Gerçek ismini saklama hakkının sınırlanması,
- Uluslararası seyahat ve göçün sınırlanması,

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

20.07.2020

- Ayrıca hasta hakları ile ilgili mevzuatın, HIV pozitif kişinin eşinin bilgilendirilmesi konusunda, **özel yaşamın gizliliği** ve **sağlık personelinin sır saklama ödevi** doğrultusunda sınırlayıcı olması diğer bir sorundur.

Medyaya ait sorunlar

- Damgalayıcı materyaller ve nefret söylemi içeren sorumsuz ve taraflı medya yayınları
- Kişisel bilgilerin, ad ve soyadı dahil olmak üzere, yüzünün tanınacak biçimde açıkça ifşa edilmesi
- HIV/AIDS ile ilgili haber içeriklerinde kullanılan kan, cinsellik, kasları erimiş hasta insanlar ve ölümü çağrıştıran görsellerin kullanılması,









22

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)

20.07.2020

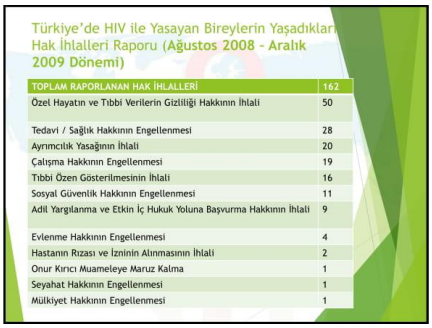

Spor Dünya Magazin Yaşam Ekonomi Çevre - Sağlık Günün Yazısı Bilim - Teknoloji

Türkiye'de AIDS'te büyük artış

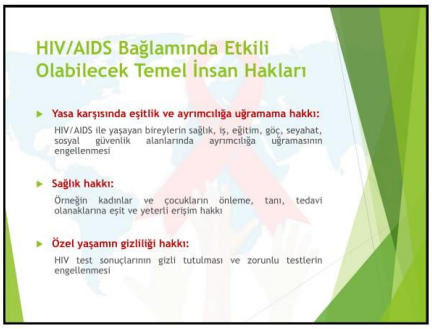
"Türkiye'de AIDS patlayacak" öngörüsü, 2003 yılından itibaren gerçekleşti. 2005-2015'te yüzde 522 artan HIV/AIDS'li sayısı, şu anda 11 bin 109!

Facebook Twitter LinkedIn Google+ 30 Eylül 2016 Cuma 07:37

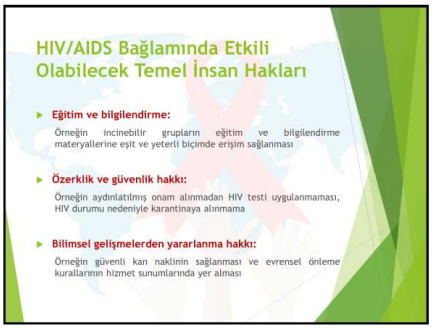
ağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Komisyonu'nda yer
lan İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (İKGV)
enel Müdürü Dr. Muhtar Çokar, Türkiye'de
IV/AIDS vaka
a tehlikeli bir artış olduğunu
öyledi. D
de AIDS'le
nücad
olduğunu,
KGV'nin de
önlenmesi
alışmalarına b
ğını anlattı. "O yıllarda
alanın bilimciler, Türkiye'de AIDS saptaması


Türkiye'de HIV ile Yasayan Bireylerin Yaşadıkları Hak İhlalleri Raporu (Ağustos 2008 - Aralık 2009 Dönemi)

TOPLAM RAPORLANAN HAK İHLALLERİ	162
Özel Hayatın ve Tıbbi Verilerin Gizliliği Hakkının İhlali	50
Tedavi / Sağlık Hakkının Engellenmesi	28
Ayrımcılık Yasağının İhlali	20
Çalışma Hakkının Engellenmesi	19
Tıbbi Özen Gösterilmesinin İhlali	16
Sosyal Güvenlik Hakkının Engellenmesi	11
Adil Yargılanma ve Etkin İç Hukuk Yoluna Başvurma Hakkının İhlali	9
Evlenme Hakkının Engellenmesi	4
Hastanın Rızası ve İzninin Alınmasının İhlali	2
Onur Kırıcı Muameleye Maruz Kalma	1
Seyahat Hakkının Engellenmesi	1
Mülkiyet Hakkının Engellenmesi	1


HIV/AIDS Bağlamında Etkili Olabilecek Temel İnsan Hakları

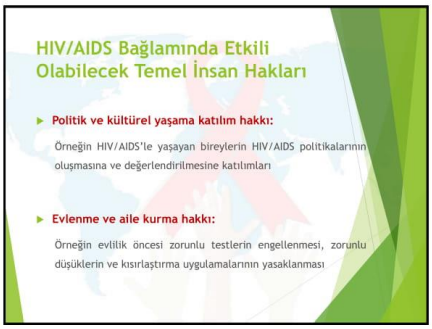
- **Yasa karşısında eşitlik ve ayrımcılığa uğramama hakkı:**
  HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin sağlık, iş, eğitim, göç, seyahat, sosyal güvenlik alanlarında ayrımcılığa uğramasının engellenmesi
- **Sağlık hakkı:**
  Örneğin kadınlar ve çocukların önleme, tanı, tedavi olanaklarına eşit ve yeterli erişim hakkı
- **Özel yaşamın gizliliği hakkı:**
  HIV test sonuçlarının gizli tutulması ve zorunlu testlerin engellenmesi


HIV/AIDS Bağlamında Etkili Olabilecek Temel İnsan Hakları

- **Eğitim ve bilgilendirme:**
  Örneğin incinebilir grupların eğitim ve bilgilendirme materyallerine eşit ve yeterli biçimde erişim sağlanması
- **Özerklik ve güvenlik hakkı:**
  Örneğin aydınlatılmış onam alınmadan HIV testi uygulanmaması, HIV durumu nedeniyle karantinaya alınmama
- **Bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı:**
  Örneğin güvenli kan naklinin sağlanması ve evrensel önleme kurallarının hizmet sunumlarında yer alması


HIV/AIDS Bağlamında Etkili Olabilecek Temel İnsan Hakları

- **Çalışma hakkı:**
  HIV nedeniyle işten çıkarmaların engellenmesi;
- **İfade ve örgütlenme hakkı:**
  Örneğin seks işçilerinin ve eşcinsellerin kendilerini ifade etmelerinin ve örgütlenmelerinin engellenmemesi


HIV/AIDS Bağlamında Etkili Olabilecek Temel İnsan Hakları

- **Politik ve kültürel yaşama katılım hakkı:**
  Örneğin HIV/AIDS'le yaşayan bireylerin HIV/AIDS politikalarının oluşmasına ve değerlendirilmesine katılımları
- **Evlenme ve aile kurma hakkı:**
  Örneğin evlilik öncesi zorunlu testlerin engellenmesi, zorunlu düşüklerin ve kısırlaştırma uygulamalarının yasaklanması

23

Ek-8. HIV/AIDS Powerpoint Sunumu (devamı)



Ek-9. HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Broşürü

HIV/AIDS

ÖĞRENCİ HEMŞİRE BİLGİLENDİRME BROŞÜRÜ

Bu broşür 25.06.2019 tarihinde Erdal CEYLAN tarafından doktora tezi kapsamında hazırlanmıştır.

Enjektörler | Dövme İğneleri | Tıraş Bıçakları | Diş Tedavisi Ekipmanları

Piercing | Cerrahi Aletler | Akupunktur İğneleri | Tırnak Makası

Deri bütünlüğünü bozan ve HIV bulaşı açısından risk taşıyan araç gereçler

HIV/AIDS'in Bulaşmadığı Durumlar

- Aksırık, öksürük
- Tükürük, gözyaşı, ter, idrar, dışkı gibi vücut sıvıları
- Tokalaşma, el ele tutuşma, sarılma, deriye dokunma, okşama, kucaklama, öpme
- Aynı kaptan yemek yeme, aynı bardaktan içecek tüketme, ortak çatal, kaşık, bardak, tabak, telefon kullanma
- Aynı tuvaleti, duş ve musluğu kullanma
- Aynı yüzme havuzunda yüzmek, deniz, sauna, hamam gibi ortak alanları kullanma ve ortak kullanılan havlu
- Sivrisinek ve benzeri böcek sokması

Risk Grupları

- Homoseksüel, birden fazla cinsel partneri olanlar
- Para karşılığı seks yapanlar
- HIV ile enfekte olan kişilerin cinsel eşleri
- HIV ile enfekte olan annelerin çocukları
- Cinsel yolla hastalığı olan kişiler
- Cinsel saldırıya maruz kalan kişiler
- İntravenöz ilaç kullanan bağımlı kişiler
- Hemofili hastaları, koagülasyon bozukluğu olan kişiler
- Hemodiyaliz tedavisinde olan kişiler
- Sağlık personelleri
- HIV'in yüksek oranda görüldüğü bölgelere seyahat etmiş ya da orada yaşamış olmak

Korunma

- Aşısı Yok
- Tek eşlilik, güvenli seks, kondom kullanımı
- Tek gecelik ilişkiden kaçınmak
- Partnerini iyi tanımak
- Cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkların tedavisi
- Test yapılmamış kan ve ürünlerinin kullanılmaması
- Damar içi madde kullanımı alışkanlığının önlenmesi
- Kulak delme, dövme, pedikür, manikür, ortak makas, tıraş jileti ve ortak tarak uygulamalardan kaçınma
- Her hastanın HIV pozitif kabul edilmesi ve ayrım yapılmadan üniversal (evrensel) önlemlerin alınması
- HIV/AIDS'li annenin bebeği emzirmemesi
- Anne karnındaki bebeğe HIV geçişini önlemede annenin Antiretroviral Tedavi kullanması
- Okullarda HIV/AIDS, cinsellik, korunma konularında eğitim
- Üniversite çağı öğrenci gruplarına tüm cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili eğitim
- Danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması
- Riskli davranış gösteren grupların taranması
- Toplum ve risk gruplarının eğitimi

Ek-9. HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Broşürü (devamı)

AIDS Tanımı

AIDS (Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu), HIV'in (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü) neden olduğu, henüz kalıcı bir tedavisi olmayan, bağışıklık sisteminin yıkılması sonucu fırsatçı enfeksiyonların, nörolojik bozuklukların ve nadir olarak kanser formlarının eşlik ettiği bir hastalıktır

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

Dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS Prevelansı

2017 yılı sonunda;

- Toplam 36.9 milyon HIV(+)/AIDS'li Birey
  - 34.3 milyonu erişkin,
  - 17.4 milyonu kadın ve
  - 2.6 milyonu ise 15 yaşın altındaki çocuklar
- 2017 yılı içerisinde 1.8 milyon yeni tanı
- 2017 yılında 940.000 kayıp
- Türkiye'de 17.000 HIV/AIDS'li birey (Sağlık Bakanlığı, 2016)

HIV/AIDS Hastalığının Tanı Yöntemleri

Temel olarak;

- ELISA
- Western Blot
- Combo Test
- Virüs Yükü

Klinik Belirti ve Bulguları

- **Akut Retroviral Sendrom**
  - Ateş, titremeler, baş ağrısı, gece terlemeleri, kırgınlık, artralji, ishal, baş ağrısı, bulantı kusma, karaciğer/dalak büyümesi, farenjit
- **Yaygın Devamlı Lenfadenopati**
- **İmmün Trombositopeni ve Hematolojik Bulgular**
  - Peteşi, ekimoz, anemi, nötropeni, CD4 T lenfositi sayısında azalma
- **Oral Kavite Lezyonları**
- **Kas-iskelet Sistemi Bulguları**
  - Miyalji (kas ağrıları), proksimal kaslarda güçsüzlük, atrofi ve halsizlik
- **Herpes simpleks, herpes zoster, dermatit**
- **Böbrek yetmezliği**
- **Gastrointestinal Sistem Bulguları**
  - Pamukçuk, özefajial kandidiasis, bulantı, erken doyma hissi, iştahsızlık, kusma, ağrı, ishal ve kanama
- **Nörolojik Tutulum**
  - Periferik nöropati, menenjit, ensefalopati, intrakraniyal kitle lezyonları, uyku bozukluğu
- **Kardiyak Tutulum**
  - Ventrikül disfonksiyonu, perikardiyal efüzyon, miyokardit, perikardit, endokardit ve aritmiler
- **Endokrin sistem tutulumu**
- **Solunum Sistemi Tutulumu**
  - Pnömoni, Kaposi sarkomu, Mikobakteriyel infeksiyonlar, Tüberküloz ve Fungal infeksiyonlar
- **Çeşitli Enfeksiyonlar**
  - Sinüzit, pnömoni, toksoplazma, Sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu
- **Malignensiler**
  - Kaposi sarkomu, Non Hodking Lenfoma, Hodking Lenfoma ve serviks kanserleri
- **Metabolik Hastalıklar**
  - Kemik erimesi, insülin direnci ve diyabet, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, kan lipid (yağ) düzeylerinde yükselme.

Tedavi

Antiretroviral Tedavi/ART

- AIDS'i yavaşlatır.
- Yaşam kalitesini arttırır
- Yaşam süresini uzatır
- Kandaki viral yükü azaltır
- Başkalarına bulaş riskini de azaltır
- HIV'i tamamen tedavi etmez!!!

HIV'in Bulaşma Yolları

HIV, genel olarak 4 vücut sıvısı aracılığı ile bulaşır;

- Kan,
- Meni,
- Vajinal ve anal sekresyonlar
- Anne sütü

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

VAKA
AIDS

HAZIRLAYAN
ERDAL CEYLAN

25.05.2019

1

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Hastanın Adı Soyadı: **A.Ç.**	Yaşı: **45**	Mesleği: **ŞEF GARSON**
Cinsiyeti: □ Kadın ■ Erkek	Medeni Durumu: **EVLİ**	Doğum Yeri: **HATAY**
Eğitim Durumu: **İLKOKUL**	Çocuk Sayısı: **2**	Sosyal Güvencesi: ■ Resmi □ Ücretli
Bölüm: **DAHİLİYE**	Yatış Tarihi**: 25.05.2019**	Oda No**: 208**
Bilgi Alınan Kişi: ■ Kendisi ■ Dosya ■ Diğer*:* **EŞİ, SAĞLIK PERSONELİ**		TIBBİ TANI: **AIDS**

ÖZGEÇMİŞ

Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu: □ Yok ■ Var

Hastaneye Yatış Yılı	Hastanede Yatış Süresi	Hastaneye Yatış Nedeni
2010	10 GÜN	HIV (+)
2016	15 GÜN	PNÖMONİ

Kronik Hastalıklar:	□ Yok	□ HT	□ DM	□ Kalp Yetmezliği	■ Diğer: **HIV(+)**
Geçirdiği Hastalıklar:	□ Yok		□ Var: ……		
Bulaşıcı Hastalığı:	□ Yok		■ Var: H**IV(+)**		
Bilinen Alerjiler:	□ Yok		■ Var: **PENİSİLİN, MUCINAC**		
Kan Grubu:	**O RH(-)**				
Daha Önce Kan Transfüzyonu Yapılma Durumu:			■Yok	□ Var: *(Açıklayınız)*……..	
Transfüzyon Sonrası Reaksiyon Gelişme Durumu:			■ Yok	□ Var: *(Açıklayınız)* …….	

SOYGEÇMİŞ

Yakınlık Derecesi	Tanısı
Baba	Hipertansiyon, KKY, KAH (EX)
Anne	KBY, KAH, DM (EX)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR

İlacın Adı	Kullanım Süresi	Dozu	Alınış Yolu	Saatleri
Truvada	9 Yıl	2x200 Mg	Po	10.00-22.00
Kaletra	9 Yıl	1x100 Mg	Po	10.00
Calcimax	8 Yıl	1x1000 Mg	Po	09.00
Ator	5 Yıl	1x10 Mg	Po	11.00
Xanax	3 Yıl	1x1 Mg	Po	22.00

2

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

ALIŞKANLIKLAR

Madde	Miktar	Kullanım Süresi
■ Sigara	Günde 10-15 Tane	25 Yıl
■ Alkol	Günde 2 Kadeh Rakı ya da Şarap	25 Yıl
■ Diğer (çay, kahve vb.):	Günde 9-10 Bardak Çay, 4-5 Bardak Kahve	30 Sene

HASTALIK ÖYKÜSÜ

9 yıldır HIV pozitif olduğu bilinen hasta 3 gün önce ateş, kilo kaybı, gece terlemeleri, vücutta yaygın kaşıntı, boyun altında ve koltuk altında şişlikler, nefes darlığı ve ağızda geniş bir yara şikayetleri ile acil servise getirildi. Yapılan testler ve biyopsi sonucunda ağızda kaposi sarkom geliştiği, CD4 T Lenfosit hücre sayısının azaldığı, HIV RNA düzeylerinin aşırı şekilde yükseldiği ve HIV(+) taşıyıcılığının AIDS hastalığına dönüştüğü belirlenen hasta tedavisinin devamı için dahiliye servisine yatırıldı.

Geldiği Yer: Acil Servis	**Hastaneye Geliş Şekli:** Sedye

YAŞAMSAL BULGULAR

Solunum:	**28/dk** (Yüzeyel)
Nabız	Apikal **120 /dk,** Periferik **118 /dk** (Zayıf, Düzenli)
Kan Basıncı:	**88/50 mm/Hg**
Vücut Sıcaklığı:	**38.5 ^{0}C** (Timpanik)
SPO_2	**80**

ANTROPOMETRİK ÖLÇÜLER

Boy: **1.76**	Kilo: **58**	BKİ ($kg/m^{2)}$: **18.7**

SİSTEM DEĞERLENDİRMELERİ

DERİ VE EKLERİ

Renk:	Normal ☐	Siyanotik ☐	Soluk ■	Bronz-kahverengi ☐	Sarı ☐
Nemlilik:	Normal ☐	Kuru ■	Yağlı ☐		
Sıcaklık:	Soğuk ☐	Ilık ■	Sıcak ☐		
Turgor:	Normal ☐	Zayıf ■			
Kaşıntı:	Yok ☐	Var ■ (**Vücutta yaygın kaşıntı**)			
Basınç Ülseri	Yok ■	Var ☐	Yeri:.....	Şiddeti:.....	
Tırnaklar:	Renk: **PEMBE**		Kalınlık: **NORMAL**	Biçim (çomak parmak, vb): **NORMAL**	
Diğer anormal bulgular:…….					

3

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

BİREYSEL HİJYEN

En son banyo yaptığı tarih	**28.05.2019**
Vücut temizliğini yapmada	■ Bağımsız ☐ Yarı bağımlı ☐ Bağımlı
Banyo Sıklığı	Haftada 3 Kez
Şekli	■ Duş/Ayakta ☐ Küvet/Oturarak
Ağız bakımı	Günde 2 defa yakınları tarafından fırçalanıyor, ayrıca günde 3 defa tuzlu su ile gargara yaptırılıyor
Tırnak bakımı	El tırnakları oval ayak tırnakları düz kesiliyor.
Perine bakımı	Banyoda ve her tuvalet sonrası
El yıkama alışkanlığı	Yemek ve tuvaletlerden önce ve sonra sabun ile yıkıyor.

BAŞ VE BOYUN

Yüz	Normal
Dudaklar	Pembe, Kuru
Ağız içi	Plaklı, Kaposi Sarkom Mevcut
Dişeti	Soluk, Çekilme Mevcut
Dişler	Sarı, Çekilmiş ve Çürük Dişler Mevcut
Gözler ve Görme	Normal
Kulaklar ve İşitme	Normal

TORAKS VE AKCİĞERLER:

Solunum sırasında	■ Bağımsız	☐ Yarı bağımlı	☐ Bağımlı
Toraks solunuma eşit katılıyor mu?	■Evet	☐Hayır	
Akciğer sesleri	☐Normal	■Ek solunum sesleri: RALLER	
Balgam	☐Yok	■Var: Şeffaf, Koku Yok, Az Miktarda	
Aspirasyon İhtiyacı	■Yok	☐Var	
O_2 tedavisi	☐Yok	■Var: Nazal kanül, 4lt/dk	
Nebulizasyon	☐Yok	■Var	
Dispne	☐Yok	■Var: Eforlu	
Siyanoz	■Yok	☐Var	
Öksürük	☐Yok	■Var	

4

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

KALP VE PERİFERİK VASKÜLER SİSTEM

Nabız	☐ Normal	■ Taşikardi	☐ Bradikardi	☐ Çarpıntı
Apikal Ritm	■ Düzenli	☐ Düzensiz		
Kapiller Dolum	■ Normal: **3 sn.**	☐ Gecikmiş		
Kan basıncı	☐Normal	■ Hipotansiyon	☐Ortostatik HT	☐Hipertansiyon
Periferik nabızlar	☐ Yok	■ Zayıf	☐ Orta	☐ Güçlü
Boyun ven dolgunluğu	☐Dolgun	■ Zayıf		

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

Beslenme şekli	■ Oral	☐ Parenteral	☐ NG	☐ Gastrostomi	☐ Jejunostomi
Beslenme sırasında	■ Bağımsız		☐ Yarı bağımlı		☐ Bağımlı
Özel diyet	■ Yok		☐ Var		
Günlük öğün sayısı	**2 (Öğlen ve Akşam)**				
Son 6 ayda istemsiz kilo kaybı	☐ Yok		■ Var**: 9 KG**		
Bulantı	☐ Yok		■ Var		
Kusma	☐ Yok		■ Var		
Hazımsızlık	■ Yok		☐ Var		
Mide Yanması	■ Yok		☐ Var		
Yutmada güçlük	☐ Yok		■ Var		
Hematemez	■ Yok		☐ Var		
Tat duygusunda bozulma	■ Yok		☐ Var		

BAĞIRSAK BOŞALTIMI

Hastaneye yatmadan önceki bağırsak boşaltım Sıklığı	**HER GÜN, SABAH SAATLERİNDE**		
Bağırsak boşaltımını karşılamada	■ Bağımsız	☐ Yarı bağımlı	☐ Bağımlı
Bağırsak boşaltım sıklığı	1 DEFA/GÜN		
En son defekasyona çıkma tarihi	25.05.2019 (Bugün)		
Konstipasyon	■ Yok	☐ Var	
Diyare	☐Yok	■Var: **3-4 DEFA/GÜN**	
Bağırsak sesleri	**8 / dk**		
Gaita İnkontinansı	■ Yok	☐ Var	
Abdominal Distansiyon	■ Yok	☐ Var	
Hemoroid	■ Yok	☐ Var	
Dışkı tıkacı	■ Yok	☐ Var	
Kolostomi	■ Yok	☐ Var	
İleostomi	■ Yok	☐ Var	

5

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

ÜRİNER BOŞALTIM

Üriner boşaltımını karşılamada	■ Bağımsız	☐ Yarı bağımlı	☐ Bağımlı
Mesane kateterizasyonu	■ Yok	☐ Var	
Üreterestomi	■ Yok	☐ Var	
Nefrostomi	■ Yok	☐ Var	
Üriner semptomlar	☐Anüri	☐Oligüri	☐Dizüri
	☐Poliüri	☐Pollaküri	☐Hematüri
	☐Noktüri	☐İnkontinans	
İdrarın rengi	☐ Berrak	☐Açık sarı	■ Koyu sarı
	☐ Açık kırmızı	☐ Koyu kırmızı	

KAS-İSKELET SİSTEMİ

Düzenli egzersiz yapma alışkanlığı	Yok		
Yürüyüş biçimi ve postür	Halsiz, öne eğik, ayakta durmakta zorlanıyor		
Kıyafetlerini giyme ve çıkarmada	■ Bağımsız	☐ Yarı bağımlı	☐ Bağımlı
Pozisyon değiştirmede	■ Bağımsız	☐ Yarı bağımlı	☐ Bağımlı
Ayağa kalkmada	☐ Bağımsız	■ Yarı bağımlı	☐ Bağımlı
Yürümede	☐ Bağımsız	■ Yarı bağımlı	☐ Bağımlı

UYKU GEREKSİNİMİ

Ortalama uyku süresi	**5-6 saat**
Gündüz uykusu	☐ Yok ■ Var**:** Günde 1-2 defa, 2şer saat
Uykuya dalmada yardımcı olan alışkanlıkları	■ Yok ☐ Var
Hastane ortamında uykusunu etkileyen faktörler	■ Yok ☐ Var: Gürültü, İlaç ve Takip Saatleri
Uykudan yorgun kalkma	☐ Yok ■ Var: Hasta uyandığında yeterinde dinlenmemiş şekilde uyandığını ifade ediyor
Uyuma güçlüğü	☐ Yok ■ Var: Uykuya dalmada zorluk yaşadığını ve rahatça uykuya dalamadığını ifade ediyor

AĞRI

Ağrı	☐ Yok ■ Var
Ağrının Şiddeti	☐ 1 ☐ 2 ■ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
Ağrının Yeri	Göğüs Ağrısı
Ağrının Niteliği	☐ Yanıcı ☐ Batıcı ☐ Zonklayıcı ■ Keskin ☐ Yayılan ☐ Künt
Ağrının Süresi	2 gündür var
Ağrının Sıklığı	■ Aralıklı ☐ Sürekli
Ağrıyı Azaltan Durumlar	☐ Yok ■ Var: Dik Oturma Pozisyonu, Akrabalarıyla Sohbet
Ağrıyı Arttıran Durumlar	☐ Yok ■ Var Sırtüstü Yatma

6

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

☐ Risk Yok	■ Yüksek Risk

İNVAZİV GİRİŞİMLER

Kateter / Dren	Yeri	Sayısı	Takılma Tarihi
■ Periferik venöz kateter	Sol Metakarpal Ven	1	29.05.2019
☐ Santral venöz kateter			
☐ Dren			

MENTAL DURUM VE İLETİŞİM

Duygu durum	İçe Dönük, Duygusal küntlük
Bilinç durumu	■Oryante ☐ Konfüzyon ☐ Laterji ☐ Stupor ☐ Koma
Oryantasyonu	■Zamana ■Yere ■Kişiye
Hafıza kaybı	■Yok ☐Var
İletişim kurmasına engel olan herhangi bir durum	■ Yok ☐ Var
Yakınlarına ulaşmada sıkıntısı	☐ Yok ■ Var: HIV/AIDS sebebiyle akrabaları ve arkadaşları kendisinden uzaklaşmış
Refakatçisi	☐ Yok ■ Var: (*Açıklayınız*)**: EŞİ**
Sağlık personeli ile iletişime geçmede sorun	■ Yok ☐ Var
Bakıma katılma	☐ Katılıyor ☐ İstekli ■ İsteksiz ■ Katılmıyor
Tedaviyi kabullenme	■ Kabul ediyor ☐ Kabul etmiyor

KENDİNİ ALGILAMA- BENLİK KAVRAMI

Bireyin sağlığını algılama durumu	☐ İyi ☐ Orta ■ Kötü
Sağlık durumuna ilişkin duygusal tepkisi	☐ İnkar ■ Öfke ☐ Pazarlık ■ Depresyon ☐ Kabullenme
Sağlık taraması/kontrolleri yaptırma	☐Düzenli ☐Kısmen düzenli ■Düzensiz
İlaçlarını düzenli kullanma durumu	☐Düzenli ☐Kısmen düzenli ■Düzensiz
Şu anki sağlık probleminiz sizde ne tür duygular yaratıyor?	Ölmekten korktuğunu ifade ediyor
Fiziksel sağlığınızla ilgili en önemli endişeniz/korkunuz nedir?	Ölmekten korkuyor. Ayrıca hastalığın eşine bulaşma ihtimalinden de korktuğunu ifade ediyor.

CİNSELLİK-ÜREME

Tedavi ve hastalığın cinselliğe etkisi:	☐Yok ■Var: Kendisine HIV bulaşından sonra cinsellikten soğuma, erektil disfonksiyon, eşi ile cinsel ilişkiye girmeye isteksizlik, eşinin kendisine karşı eskisi gibi istek duymaması
Seksüel Güçlükleri	☐ Yok ■Var: Erektil Disfonksiyon
Cinsel İlişki Sırasında Korunma Yöntemi Kullanma Durumu	■ Yok ☐ Var
Cinsellikle ilgili danışmanlık gereksinimi	☐ Yok ■ Var

7

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

ROL – İLİŞKİ

Çalışma Durumu	☐ Çalışmıyor ■ Çalışıyor: **20 yıldır otelde şef garson**
Hastalığa bağlı çalışma durumunda etkilenme	■ Var ☐ Yok
Gelir gider durumu	☐ Geliri giderine eşit ■ Geliri giderinden az ☐ Geliri giderinden fazla
Bakmakla yükümlü olduğu kişiler:	☐ Yok ■ Var: Eşi ve 2 Çocuğu
Birlikte yaşama durumu:	☐ Yalnız ■ Aile ☐ Arkadaş
Evde hastanın bakımından sorumlu olan kişi	☐ Yok ■ Var: Eşi
Destek sistemleri (aile, arkadaş, ekonomik, sosyal, kültürel ruhsal):	☐ Var ■ Yok: **HIV(+) olması sebebiyle akrabaları ve arkadaşları onunla nadiren görüşüyorlar. Tek destek kaynağı eşi ve çocukları**

EĞİTİM GEREKSİNİMİ

Daha önce sağlık eğitimi	**Konusu**	**Kimden/Nereden aldı**	**Ne zaman aldı**
EVET	HIV/AIDS	Hekim	9 Sene Önce.
Sağlığınız ile ilgili hangi konularda eğitim almak istersiniz?		HIV AIDS'ten nasıl tamamen kurtulabilirim?	

8

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

GÜNLÜK İZLEM FORMU (A)

Tarih	Saat	Ateş	Nabız	Solunum	Kan Basıncı	Ağrı	SPO2	Aldığı	Çıkardığı
25.05.2019	08.30	38.5	110	28	88/50 mmHg	5	95	IV: 600	İdrar: 300
	09.00	38.2	100	24	90/51 mmHg	3	94	Kan Ürünleri: -	Gaita: +
	10.00	37.3	96	26	80/45 mmHg	3	94	Oral: 300	Diğer: -
	15.00	37	98	28	90/60 mmHg	5	96	Toplam: 900 ml	Toplam: 300 ml
Tarih	**Saat**	**Ateş**	**Nabız**	**Solunum**	**Kan Basıncı**	**Ağrı**	**SPO2**	**Aldığı**	**Çıkardığı**
26.05.2019	09.00	36.6	100	24	88/50 mmHg	2	95	IV: 600	İdrar: 500
	11.00	36.6	96	26	90/51 mmHg	3	94	Kan Ürünleri: -	Gaita: +
	15.00	37.9	98	24	80/45 mmHg	1	94	Oral: 400	Diğer: -
	16.00	37.4	98	24	90/60 mmHg	0	96	Toplam:1000 ml	Toplam: 500 ml
Tarih	**Saat**	**Ateş**	**Nabız**	**Solunum**	**Kan Basıncı**	**Ağrı**	**SPO2**	**Aldığı**	**Çıkardığı**
27.05.2019	08.30	36.1	110	24	126/70 mmHg	2	97	IV: 500	İdrar: 600
	11.00	36.6	96	22	110/72 mmHg	0	98	Kan Ürünleri: -	Gaita: +
	15.00	37	98	22	114/65 mmHg	0	97	Oral: 500	Diğer: -
	08.30	36.1	110	24	126/70 mmHg	2	97	Toplam: 1000 ml	Toplam: 600 ml

LABORATUVAR VE TETKİK SONUÇLARI

	25.09.2019	26.09.2019	27.09.2019
Hemoglobin	9.6	9.4	9.8
Lökosit	2.000	2.300	3.355
Trombosit	265.000	288.000	216.000
PaO2	60	62	80
PaCO2	55	54	40
Ph	7.32	7.33	7.36
Sodyum	126	128	128
Potasyum	3.1	3.2	3.1
Magnezyum	2	2.1	2.1
Kalsiyum	7.3	7.5	7.3
Albümin	2.9	2.8	2.9
CD4	350	300	270
HIV RNA	2000	2011	2100
LDL	140	143	150

9

GÜNLÜK İZLEM FORMU (B)

25.05.2019			
• ANTA: Sürekli Monitörizasyon • AÇT, • 500 ml. Serum Fizyolojik içine 40 MEQ KCL (Potasyum Klorür) 6 saat infüzyon • 100 ml. Serum Fizyolojik içine 20 MEQ NACL (Sodyum Klorür) 2 saat infüzyon • 100 ml. Serum Fizyolojik içine 20 MEQ Kalsiyum Glukonat 2 saat infüzyon • 50 ml/saat Serum Fizyolojik sürekli infüzyon			
Truvada	2x1 tablet	PO	10.00-22.00
Kaletra	1x1 tablet	PO	10.00
Calcimax	1x1 tablet	PO	09.00
Ator	1x1 tablet	PO	11.00
Flagyl	1x1 tablet	PO	14.00
Metpamid	3x10 mg	İV	12.00-18.00-06.00
Xanax	1x1 tablet	PO	22.00
Parol	1x500mg	PO	Lüzum halinde
Ensure	3x1 kutu	PO	12.00-18.00-06.00
Degastrol	1x1 tablet	PO	06.00
Atrovent	4x1 nebül	İnh.	12.00-18.00-24.00-06.00
Ventolin	4x1 nebül	İnh.	12.00-18.00-24.00-06.00

26.05.2019			
• ANTA: Sürekli Monitörizasyon • AÇT, • 500 ml. Serum Fizyolojik içine 40 MEQ KCL (Potasyum Klorür) 6 saat infüzyon • 100 ml. Serum Fizyolojik içine 20 MEQ NACL (Sodyum Klorür) 2 saat infüzyon • 100 ml. Serum Fizyolojik içine 20 MEQ Kalsiyum Glukonat 2 saat infüzyon • 50 ml/saat Serum Fizyolojik sürekli infüzyon			
Truvada	2x1 tablet	PO	10.00-22.00
Kaletra	1x1 tablet	PO	10.00
Calcimax	1x1 tablet	PO	09.00
Ator	1x1 tablet	PO	11.00
Flagyl	1x1 tablet	PO	14.00
Metpamid	3x10 mg	İV	12.00-18.00-06.00
Xanax	1x1 tablet	PO	22.00
Parol	1x500mg	PO	Lüzum halinde
Ensure	3x1 kutu	PO	12.00-18.00-06.00
Degastrol	1x1 tablet	PO	06.00
Atrovent	4x1 nebül	İnh.	12.00-18.00-24.00-06.00
Ventolin	4x1 nebül	İnh.	12.00-18.00-24.00-06.00

27.05.2019			
• ANTA: Sürekli Monitörizasyon • AÇT, • 500 ml. Serum Fizyolojik içine 40 MEQ KCL (Potasyum Klorür) 6 saat infüzyon • 100 ml. Serum Fizyolojik içine 20 MEQ NACL (Sodyum Klorür) 2 saat infüzyon • 100 ml. Serum Fizyolojik içine 20 MEQ Kalsiyum Glukonat 2 saat infüzyon • 50 ml/saat Serum Fizyolojik sürekli infüzyon			
Truvada	2x1 tablet	PO	10.00-22.00
Kaletra	1x1 tablet	PO	10.00
Calcimax	1x1 tablet	PO	09.00
Ator	1x1 tablet	PO	11.00
Flagyl	1x1 tablet	PO	14.00
Metpamid	3x10 mg	İV	12.00-18.00-06.00
Xanax	1x1 tablet	PO	22.00
Parol	1x500mg	PO	Lüzum halinde
Ensure	3x1 kutu	PO	12.00-18.00-06.00
Degastrol	1x1 tablet	PO	06.00
Atrovent	4x1 nebül	İnh.	12.00-18.00-24.00-06.00
Ventolin	4x1 nebül	İnh.	12.00-18.00-24.00-06.00

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

VERİLER	TANI	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
• Takipne (26-28) ↑ • SPO2: 80 • Dispne • Yüzeyel solunum • PaO2: 66 ↓ • PaCO2: 50 ↑ • Ph:7.32 ↓ • Hb: 9.6 ↓ • Öksürük • Balgam • Raller • Soluk Deri	**ETKİSİZ SOLUNUM ÖRÜNTÜSÜ**	Hava yolu açıklığının sağlanması Etkin hava yolu temizliğinin ve yeterli solunumun sağlanması.	• Hava yolu açıklığına engel olan risk faktörleri belirlenir • Solunum fonksiyonu (hızı, derinliği, sesleri, öksürük, balgam) değerlendirilir. • Laboratuvar bulguları (Kan gazı, SPO2) değerlendirilir. • Solunum yetmezliği bulguları takip edilir (siyanoz, takipne, apne, retraksiyon, nazal katlanma). • Hava yolu açıklığını sağlamak için hastaya semi-fowler ya da fowler pozisyonu verilir. • Solunum öksürük egzersizleri yaptırılır. • Sekresyon drenajı için bol sıvı alması, derin soluk-öksürük egzersizi, postüral drenaj, spirometre ve triflo kullanımı veya gerekirse aspirasyon yapılır. • Erken dönemde mobilize edilmesi sağlanır. • Sekresyonlar halen atılamadıysa doktor ile işbirliği kurularak uygun ilaçların verilmesi ve takibi sağlanır. • Sık sık ağız bakımı verilir. • Hastanın anksiyetesini azaltmak için rahat bir ortam sağlanır. • Oksijen gereksinimini azaltmak için aktivite kısıtlaması yapılır. • Gerektiğinde spirometre kullanımı konusunda hastaya yardım edilir. • Sigara içilmemesi gerektiği konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilir.

11

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Ateş: 38.5 • Taşikardi • Takipne • Yüzeyel solunum	**HİPERTERMİ**	Vücut sıcaklığının normal sınırlarda sürmesi.	• Hastanın ateşi sık aralıklarla kontrol edilir. • Kan basıncı, nabız ve solunumu değerlendirilir. • Deri rengi ve sıcaklığı takip edilir. • Giysilerin çevre sıcaklığına göre uygunluğu değerlendirilir daha öncelikli girişimdir. • Fazla olan kıyafetler çıkarılır ve hastanın üstü sadece bir çarşafla örtülür. • Koltuk altına, kasıklara, alın ve enseye soğuk kompresler (veya buz torbası bir bezle örterek) uygulanır. • Vücut sıcaklığını ayarlamak için soğutma yatağı, soğutma battaniyesi ve ılık banyo kullanımı sağlanır. • Günde en az 2000 ml oral sıvı alımı sağlanır. • IV sıvı verilir. • Giysilerin çevre sıcaklığına göre uygunluğu değerlendirilir. • Fazla olan kıyafetler çıkarılır ve hastanın üstü sadece bir çarşafla örtülür. • Hastanın diyeti düzenlenir. Ağır yemekler, kahve verilmez. • Hasta yakınlarına hipertermi hakkında bilgi verilir. • Koltuk altına, kasıklara, alın ve enseye soğuk kompresler (veya buz torbası bir bezle örterek) uygulanır. • Vücut sıcaklığını ayarlamak için soğutma yatağı, soğutma battaniyesi ve ılık banyo kullanımı sağlanır. • Hekim istemine göre uygun antipiretik tedavisi uygulanır.

13

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Hastanın 3 şiddetinde keskin tarzda aralıklı göğüs ağrısı tarif etmesi	**AKUT AĞRI**	Hastanın ağrısının azaldığını ya da tamamen geçtiğini ifade etmesi	• Ağrının şiddeti, yoğunluğu, tetikleyici faktörler, başlangıcı ve süresi, sıklığı, kalitesi ve yerini içerecek şekilde kapsamlı bir ağrı değerlendirmesi yapılır. • Ağrının nedeni tanımlanır. • Hastanın ağrısı ve yanıtları üzerine din, kültür, inanç ve koşulların etkisi değerlendirilir. • Hasta ve yakınlarına nonfarmakolojik teknikler (pozisyon değişikliği, sırt masajı, biofeedback, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu, hipnoz, gevşeme, hayal kurma, müzik terapi, dikkati başka yöne çekme, oyun terapisi, etkinlik terapisi, akupressure, sıcak-soğuk uygulama ve masaj) kullanması hakkında bilgi verilir. • Ağrı geçmez ise hekim ile iletişime geçerek ağrı yönetimi prosedürüne göre önerilen tedavi uygulanır. • Kullanılan ilaçların yan etkileri gözlenir. • Kardiyovasküler ağrı olma ihtimaline karşı 12 derivasyonlu EKG çekilir. • Hastanın fizik aktiviteleri kısıtlanarak hasta yarı oturur pozisyonda yatak istirahatine alınır. • Gerekirse kardiyak monitörizasyon sağlanır. • Hasta stresten korunarak anksiyetesi azaltılır. • Akciğer sesleri dinlenir. • Arterial kan gazlarını izlenir. • Tedavi sonrası ağrısının azalıp azalmadığı değerlendirilir.

14

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Son 6 ayda 9 kilo kaybı • Oral sıvı alımında yetersizlik (8 saatte 300 ml) • BKİ:18.7 • Albümin: 2.9 gr/dl. • Deri turgoru zayıf • Günde 2 öğün beslenme • Oral lezyonlar (Kaposi Sarkom) • İştahsızlık • Diyare • İlaçların yan etkisi • Bulantı kusma •	**DENGESİZ BESLENME: BEDEN GEREKSİNİMİNDEN AZ BESLENME**	Hastanın yeterli ve dengeli beslenmesi Hastanın sağlıklı beslenerek normal kiloda olması	• Malnütrisyon belirti ve bulguları izlenir. • Serum albümin, kalsiyum, sodyum, potasyum, magnezyum gibi elektrolitlerin düzeyi izlenir. • Günlük AÇT ve kilo takibi yapılır. • Yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanır. • Vitamin, mineral ve proteinden zengin beslenmesi sağlanır. • Hastanın beslenme alışkanlıkları değerlendirilir ve öğünleri izlenerek kayıt altına alınır. • Hasta ile beraber yemek çizelgesini, yeme ortamını, hastanın sevdiği ve sevmediği şeyleri ve yiyecek sıcaklığını kapsayacak bir yemek planı geliştirilir. • Aile bireyleri evden hastanın tercih ettiği yemekleri getirmeleri için teşvik edilir. • Hastanın az ve sık beslenmesi sağlanır. • Yemek yerken semi fowler ya da fowler pozisyonu verilir. • Yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı uygulanır. • Gün içerisinde hastanın iştahının en fazla olduğu bölüm belirlenerek en büyük öğünün bu saatte verilmesi sağlanır. • Yemeklerin yenmesi için hoş bir ortam yaratılır (örn, göze hoş görünmeyen malzemeler ve atıklar ortadan kaldırılır). • Yemeklerden önce invaziv girişimlerden kaçınılır. • Diyetisyenle işbirliği yapılarak uygun diyet planlanır ve hastanın diyete uyumu desteklenir. • Hasta ve hasta yakınlarına dengeli beslenme konusunda eğitim verilir. • Gerektiğinde doktor istemine göre iştah açıcılar, tamamlayıcı beslemeler, enteral (Nazogastrik, orogastrik) ya da parenteral beslemeye geçilir.

15

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Günde en az 3-4 defa diyare şeklinde gayta çıkışı • Barsak sesleri: 8/dk	**DİYARE**	Normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapması Diyare komplikasyonlarının önlenmesi	• Gaitanın sıklığı, rengi ve miktarı değerlendirilir. • Aldığı – çıkardığı takip edilir. • Laboratuar bulguları izlenir. • Kilo takibi yapılır. • Dehidratasyon belirtileri gözlenir, hekime haber verilir. • Hekim istemine göre sıvı replasmanı (hidrasyon) yapılır. • Elektrolit dengesi sürdürülür. • Asit-baz dengesi sürdürülür. • Hasta ve yakınlarına el yıkama ve yiyecek hijyeni konusunda bilgi verilir. • Diyarenin önlenmesi için diyet düzenlenir. • Gastrointestinal sistemi dinlendirmek için Rejim 2 diyet önerilir. • Az ve sık aralıklarla beslenmesi sağlanır. • Enteral besleme yapılırken hijyene dikkat edilir. • Enteral beslenmeyle birlikte diyare başlandıysa hekime haber verilir. • Doku bütünlüğünün sürdürülebilmesi için hijyen sağlanır. • Anal bölgenin cildi irritasyon ve ülserasyon açısından gözlemlenir. • Kullanılan ilaçların gastrointestinal sisteme olan yan etkileri araştırılır. • Gastrointestinal sistemi irrite edebilecek yiyecek, baharat, kahve ve süt tüketiminden kaçınılması gerektiğini öğretilir. • Hastanın defekasyon sırasında mahremiyeti sağlanır. • Diyarenin devam etmesi durumunda gaita örneği laboratuvara gönderilir.

16

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Sodyum: 126 ↓ • Potasyum: 3.1 ↓ • Magnezyum: 2 ↓ • Kalsiyum: 7.3 ↓ • Albümin: 2.9 ↓	**ELEKTROLİT DENGESİZLİĞİ**	Serum elektrolit değerlerinin normal ve hayati sınırlar içerisinde olması Oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi	• Serum elektrolit düzeyleri izlenir. • Yaşamsal bulgular izlenir. • Elektrolit dengesizliği ile ilişkili belirti ve bulgular izlenir. • Aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı kaydedilir. • Dehidratasyon açısından değerlendirilir. • Elektrolit dengesizliğinin etiyolojisine yönelik bakım uygulanır (Sıvı Volüm Eksikliği, Diyare, Kusma). • Oral alımı desteklenerek yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanır. • Doktor istemine göre eksik olan elektrolitlerin replasmanı sağlanır. • Dışardan verilen elektrolitlerin yan etkileri ve terapötik yanıtları izlenir.

17

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Hastanın gün içerisinde sık sık bulantı yaşadığını ifade etmesi • Hastanın günde 3-4 defa azar miktarda kustuğunu ifade etmesi	**BULANTI**	Bulantı-kusmanın kontrol altına alınması	• Bulantı ve kusmaya zemin hazırlayan faktörler tanımlanarak en aza indirilir. • Kusmuğun rengi, miktarı ve sıklığı kayıt edilir. • Yemeklerden önce ağız bakımı yapılır. • Hastanın az ve sık aralıklarla, yavaş yemek beslenmesi sağlanır. • Yemeklerden bir saat önce, bir saat sonra ve yemek esnasında sıvı kısıtlaması öğretilir. • Hastaya, kusma refleksini bastırmak için istemli yutma veya derin nefes alma tekniklerini kullanması öğretilir. • Alnın üzerine ya da boynun arkasına yerleştirilmek üzere soğuk, ıslak el bez verilir. • Yemeğin iştah açıcı bir biçimde ve tüketime en uygun sıcaklıkta servis edilmesi sağlanır. • Hastanede bulunduğu süre boyunca ailesi uygunsa onun en sevdiği yiyecekleri getirmeleri konusunda teşvik edilir. • Yüksek kalorili, besleyici yiyecekler sunulur. • Eğer kontrendike değilse, yemeklerden sonra semi-fowler pozisyonda dinlenmesi sağlanır ve yemek sonrası en az iki saat düz pozisyonda yatması engellenir. • Aşırı soğuk ve sıcak gıdalar, yağlı, baharatlı yiyecekler, kafein kullanımından uzak tutulur. • Laboratuvar bulguları ve dehidratasyon belirtileri izlenir. • Kusmadan sonra ağız bakımı yapılır. • Kilo takibi yapılır. • Aldığı ve çıkardığı takip edilir. • Deri turgoru izlenir. • Kusma çok fazla oluyorsa günlük kusma sayısı kayıt edilerek doktora bildirilir. • Doktor istemine göre yemekten önce antiemetik verilir.

18

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Oral sıvı alımında yetersizlik (8 saatte 300 ml) • Deri Turgoru düşük • Tansiyon 88/50 ↓ • Taşikardi (120/dk) • Oligüri, koyu idrar • Soluk deri • Diyare • Halsizlik • Bulantı kusma	**SIVI VOLÜM EKSİKLİĞİ**	Sıvı volüm açığını tamamlamak Kardiyak ve renal fonksiyonların devamlılığını sağlamak Dehidratasyon belirti ve bulgularının olmaması	• Hastada hipovolemi belirtileri gözlemlenir (azalmış deri turgoru, bulantı, susama hissi, kuru mukoz membranlar, postural hipotansiyon, zayıf ve hızlı nabız, kapiller dolum zamanının 2-3 saniye fazla olması, BUN ve hematokrit düzeyinde artış, azalmış idrar çıkışı). • Sıvı kaybı kaynağı takip edilir (kanama, kusma, daire, aşırı terleme, takipne). • Yaşamsal bulgular takip edilir. • Günlük kilo takibi ve AÇT yapılır. • Hasta yeterli miktarda su ve diğer sıvıları alması için desteklenir. • Oral alımın arttırılması, IV tedavinin yönetimi ve sıvı desteği, transfüzyon için gerekli olabilecek kan ürünlerinin yönetimi sağlanır. • Diüretik etkileri nedeniyle kahve ve çay alımı kısıtlanır. • Serum elektrolitleri, BUN, idrar ve hematokrit. takibi yapılır. • Bulantı ve kusması varsa uygun antiemetikler verilir. • Kahve, çay ve greyfürt suyunun diüretik etkiye sahip olduğu ve sıvı kaybını arttırabileceği konusunda bilgi verilir. • Kusma, diyare, ateş ve drenlerle ilgili ek sıvı kayıpları dikkate alınır. • Hasta hipovolemi belirti ve bulguları açısından takip edilir. • Vertigo ve postural hipotansiyon açısından değerlendirilir. • Mental durum kontrolü yapılır. • Düzenli olarak CVP takibi yapılır. • Diyare kontrol altına alınır. • Dr istemine göre kan ve kan ürünleri ya da elektrolitli sıvılar takılır.

19

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

		• Yavaş ve kısa süreli aktiviteler yaptırılarak bolca dinlenmesi sağlanır. • Aktiviteler dışında ayakta durmak yerine oturması sağlanır. • Aktiviteler için hastaya enerji koruma teknikleri öğretilir. • Akciğer ekspansiyonunu arttırmak için 30 dk. arayla derin solunum ve aktif-pasif ROM egzersizleri yaptırılacak ve 2 saatte bir yatak içi pozisyon değişikliği sağlanır. • Aktivite planlaması hasta ile birlikte öncelikler doğrultusunda hasta ile işbirliği içinde planlanır. • Hastanın günlük programına göre dinlenme periyodları düzenlenir. • Aktivite sırasında olası travmaları önlemek için gerekli önlemler alınır. • Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken hastaya destek olunur.

22

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Hastanın sürekli halsiz, kuvvetsiz ve yorgun olması • Hb:9.7 düşük • Gaz değişiminde Bozulma • Dispne • Hastalık süreci • Duygusal değişiklikler	**YORGUNLUK**	Yorgunluğun azaltılması ya da giderilmesi	• Hastanın yorgunluk şikayetlerinin başlangıcı, süresi, karakteri, arturan veya azaltan faktörler, eşlik eden faktörler ve yorgunluğun yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum üzerine etkisi değerlendirilir. • Yorgunluğa neden olan ve daha da kötüleştiren nedenler belirlenir. • Hastanın aktiviteye verdiği kardiyorespiratuar yanıtlar (örn. taşikardi, aritmi, dispne, terleme, solukluk, hemodinamik basınçlar ve solunum sayısı) gözlemlenir. • Yeterli enerji kaynağı sağlamak için yüksek enerjili gıdaların alınması ve uyku düzeni sağlanır. • Önemli uygulamaları enerjisinin en yüksek olduğu saatlerde yapması sağlanır. • Enerjiyi koruma teknikleri konusunda bilgilendirilir. • Hasta, aşırı fiziksel ve duygusal yorgunluk belirtileri açısından gözlemlenir. • Rahatlamayı sağlamak için sakinleştirici aktiviteler önerilir (örn. okuma, başkalarıyla konuşma). • Belirlenen dinlenme aralığında aktivite kısıtlaması (örn. dinlenme periyotlarının sayısının artırılması) ve yatak istirahati sağlanır.

23

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Kuvvetsizlik • Halsizlik • Yardımla kalkma ve yürüme • Eforlu Dispne	**FİZİKSEL MOBİLİTEDE BOZULMA**	Hastanın ekstremitelerinin gücünde ve dayanıklılığında artış olduğunu söylemesi	• Hastanın tıbbi cihaz gereksinimi ve evde sağlık desteği gereksinimi değerlendirilir. • Hastanın immobilitesinin komplikasyolarını ve etkilenen ekstremitelerinin durumu değerlendirilir. • Hastaya mobiliteye yardımcı araç-gereçlerin (örn, baston, yürüteç, koltuk değneği veya tekerlekli sandalye) kullanımı önerilir ve öğretilir. • Hasta yürüyüş için kaymayan ve destekleyici ayakkabı kullanımı için desteklenir. • Hasta kas gücü ve dayanıklılığını geliştirmek ve korumak için aktif ve pasif ROM egzersizleri konusunda hasta cesaretlendirilir ve bilgilendirilir. • Hasta üst ekstremite gücünü korumak ve geliştirmek için ağırlıklar ya da bir trapez kullanımı için cesaretlendirilir. • Hastaya güvenli transfer ve ambulasyon teknikleri konusunda eğitim verilir. • Hastaya aktiviteler süresince olumlu destek sağlanır. • Hastanın uzun süre aynı pozisyonda oturma ve yatması önlenir. • Hastanın her 2-4 saatte bir omuz eklemlerinin pozisyonu değiştirilir. • Hastanın verilen pozisyonu hastanın koruyabilmesi için, ilgili ekstremiteler uygun rulo ve yastıklarla desteklenir. • Hasta, hastanedeki/evdeki travma riskleri açısından bilgilendirilir. • Hastanın hekimi ve diğer disiplinlerle işbirliği yapılır.(fizyoterapist, psikiyatri, sosyal hizmet uzmanı, evde bakım merkezi).

24

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Hastanın dispne, öksürük ve gürültüye bağlı olarak uykuya dalmada güçlük yaşadığını ifade etmesi • Uykudan yorgun kalktığını ifade etmesi • Depresyon	**UYKU ÖRÜNTÜSÜNDE BOZULMA**	Hastanın yeterince uyduğunu ifade etmesi Uykusuzluk belirtilerinin azaldığını ifade etmesi Daha fazla uyuduğunu ve dinlenmiş olduğunu ifade etmesi	• Hastanın uyku düzeni ve alışkanlıkları değerlendirilir. • Hastanın korku ve endişelerini ifade etmesine yardımcı olunur. • Hastanın uyku örüntüsü izlenir ve fiziksel (uyku apnesi, havayolunda tıkanma, ağrı ve rahatsızlık, idrar sıklığı gibi) veya psikolojik durumlar gibi (korku ya da anksiyete) uykuyu bölen durumlar kaydedilir. • Hastanın kullandığı ilaçların uyku üzerine etkisi tanımlanır. • Hastanın çevreye uyumuna yardımcı olunur. • Hastanın çevresel uyaranları (gürültü, ses, ışık vb.) azaltılır. • Sakıncası yoksa gündüz uyumaması söylenir. • Uyku saatlerinde uykusunu bölmemeye yönelik çevre düzenlemeleri yapılır (ışık, ses, gürültü, vb). • Yatmadan önce hafif gıdalar alması ve kafeinli içecekler almaması konusunda bilgilendirilir. • Uykuya dalma sürecini zorlaştıracak besinleri uykudan önce tüketmemesi istenir. • Tedavi planı hastanın uykusunu bölmeyecek şekilde planlanır • Lavman ve diüretik gibi sonradan etki gösterecek ilaçların etkisi uyku sürecine denk gelmeyecek şekilde düzenlenir. • Masaj, pozisyon verme ve dokunma gibi rahatlatıcı uygulamalar uygulanır. • Hastanın dispne, ağrı ve öksürüğü kontrol altına alınır • Gerekirse doktor ile işbirliği yapılarak doktor istemine uygun olarak ilaç verilir. • Yatmadan önce bir bardak süt içmesi sağlanır. • Yatmadan önce hafif bir egzersiz programı planlanır. • Reçetesiz uyku ilacı kullanılmaması konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilir.

25

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Erektil Disfonksiyon • Eşi ile cinsel ilişkiye girmeye isteksizlik, • Eşinin kendisine karşı eskisi gibi istek duymaması • Cinsellikten soğuma • Depresyon • Halsizlik • Kuvvetsilik • Fiziksel mobilitede bozulma • Çabuk yorulma • HIV bulaştırma korkusu • Beden algısında bozulma • Benlik saygısında azalma	**ETKİSİZ CİNSELLİK ÖRÜNTÜSÜ**	Kişinin cinsellikle ilgili kaygılarının azaltılması/ giderilmesi Hastanın sağlıklı cinsel yaşam sürdürmesinin desteklenmesi Eksik veya yanlış bilgileri saptayıp doğru bilgilenmesinin sağlanması Önceki cinsel aktivite düzeyine geri dönmesi	• Hasta cinsel kaygılarını ifade etmesi için uygun yer, zaman ve mahremiyeti sağlanarak teşvik edilir. • "Pek çok hastanın cinsel zorlanma yaşadığı" ifadesi ile söze başlayarak hastaya cinsellikle ilgili sorular sorulur. • Hastadan cinsel yaşam örüntüleri hakkında hastadan bilgi alınır. • Hasta cinsellik ve cinsel fonksiyonlar hakkında, kendini rahatsız eden konular hakkında soru sorması için cesaretlendirilir. • Hastanın cinsel sağlık bilgileri doğru ve kapsamlı bir anamnez alınarak belirlenir. • Hastalığa neden olan faktörlere ilişkin hasta algılaması ile ilişkili cinsel suçluluk ölçüsü belirlenir. • Hastanın ifade ettiği yanlış bilgiler ve cinsel mitler hakkında doğru bilgi verilir. • Gerektiğinde, hastalık, sağlık durumu ve tedavinin cinsellik üzerinde etkisi tartışılır. • Cinsel işlevi geliştirmek için gerekli bilgiler sağlanır (örn, geleceğe yönelik rehberlik, eğitim materyalleri, stres azaltma teknikleri, duyu artırıcı egzersiz, vb.). • İşlevselliği azaltan stresör faktörler belirlenir ve ortadan kaldırılmaya çalışılır. • Cinsel aktiviteyi kolaylaştıracak önlemler uygulanır (cinsel aktiviteden önce bronkodilatör kullanmak gibi). • Hasta gerektiğinde bir psikolog/psikiyatriste yönlendirilir. • Eş ya da cinsel partner danışmanlığa mümkün olduğunca dahil edilir. • Gerektiğinde, sağlık ekibinin diğer üyelerine yönlendirir ya da danışılır. • Gerektiğinde, hasta cinsel ilişki terapistine yönlendirilir. • Gerektiğinde, benzer bir sorunla başarılı bir şekilde başa çıkabilmiş olan olumlu rol modelleri ile hasta tanıştırılır.

26

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Ölmekten korktuğunu ifade etmesi • Sağlığını algılama durumu: Kötü	**ÖLÜM ANKSİYETESİ**	Hastada ölüm anksiyetesine dair belirti ve bulguların gözlenmemesi Hastanın anksiyetesi durumunun azaldığını ya da tamamen geçtiğini sözel olarak ifade etmesi Rahatsızlık, korku ve huzursuzluk belirtilerinin kaybolması	• Hastanın durumu nasıl algıladığı, endişeleri, korkuları ve ikilemleri paylaşılır ve hasta duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir • Ölüm hakkındaki duygu ve düşüncelerini anlatmasına izin verilir. • Hastayı destekleyici şekilde dokunulur. Korku ve anksiyete belirtileri gözlenir. • Anksiyete belirti ve bulguları izlenir (örn, yaşam bulguları, iştah, uyku düzeni, konsantrasyon düzeyi). • Anksiyete kaynakları belirlenir (örn, ağrı korkusu, vücutta işlev bozukluğu, küçük düşme, terkedilme, var olmama, hayatta kalanlar üzerine olumsuz etkiler). • Hastanın her zamanki baş etme stratejileri belirlenir ve desteklenir. • Hasta ve ailesine hastalığın gidişatı ile ilgili bilgi verilir. • Fiziksel konfor ve güvenlik sağlanır. • Anksiyete ile başa çıkma teknikleri (yavaş nefes alma teknikleri, dikkatini başka yöne çevirme, kas relaksasyonu, dinleme, sakinleştirici müzikler) konusunda hasta bilgilendirilir ve tercih ettiği bir uygulama beraber yapılır. • Hasta, yaşamından öyküler anlatmaya, eski günlerden konuşmaya cesaretlendirilir. • Dua etme, meditasyon, günlük yazma gibi spiritüel/manevi aktivitelere yönlendirilir. • Aile ve yakınlarının her zaman onun yanında olacağı ve ona destek olacağı sık sık hatırlatılır. • Hasta ve ailesinin uygun destek grupları ile bağlantı kurması sağlanır. • Gerekli olduğunda evde psikiyatrik bakım hizmetlerine yönlendirilir.

27

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• HIV'e karşı toplumsal önyargılar ve stigma • Yakınları ve arkadaşlarının HIV/AIDS sebebiyle kendisinden uzaklaşmaları ve araya mesafe koymaları • Sosyal desteğe ulaşmada yetersizlik • Sorunların çözümünde eksiklik	**ETKİSİZ BAŞ ETME**	Çoklu baş etme mekanizmalarını tanımlaması Birey yeni baş etme yöntemleri kullanması Stresi azaltmak i.çin etkin baş etme davranışlarını kullanmasını	• Hastanın benlik kavramı ve benlik saygısı değerlendirilir • Etkisiz baş etme nedenleri (örn, destek eksikliği, yaşam krizleri, etkisiz problem çözme becerileri) belirlenir. • Hastanın korku, endişe ve suçluluk duyguları araştırılır. • Hasta duygularını, algılarını ve korkularını sözel olarak ifade edebilmesi için teşvik edilir. • Hastanın beden imajındaki değişikliklere uyumu değerlendirilir. • Hastanın yaşam durumunun rol ve ilişkilere etkisi değerlendirilir. • Hastanın, problemleriyle uğraşmada kullandığı önceki yöntemleri keşfedilir. • Hastanın sosyal destek kaynakları belirlenir ve bu kaynakları kullanması sağlanır. • Hastaya gevşeme tekniklerinin kullanımı öğretilir. • Dokunmanın, hastanın benliğine olumlu etki yapabileceği, yalnızlık duygusunu azaltacağı unutulmamalıdır. • Temkit etmekten sakınılır. • Güvenli bir çevre ve mahremiyeti sağlanır. • Aktivitelere katılması için cesaretlendirilir. Hastanın gücüne ve ilgisine uygun aktiviteler önerilir. • Toplum kaynakları hakkında bilgi verilir. • Hastaya ve aileye duygusal destek sağlanır. • Hastanın kişisel güçlü yönlerini tanımlamasına ve gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olunur. • Ailesinden mümkün olduğunca hastayı ziyaret etmeleri istenir. • Sosyal hizmetlere, evde psikiyatrik bakıma ve uygun destek gruplarına yönlendirilir. • Mümkünse hasta aynı sorunları yaşayan benzer hastalarla iletişime girmesi için cesaretlendirilir (pozitif örnekleme). • Hastanın kendine zarar verme riski belirlenir.

28

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Bakıma Katılmada isteksiz • İlaçlarını düzenli kullanmama • Sigara ve alkol kullanmaya devam etme • Periyodik Sağlık tarama ve kontrollerini yaptırmama	**ETKİSİZ SAĞLIK YÖNETİMİ**	Hastanın planlanmış prosedür veya tedaviyi anlaması Planlanmış prosedür, tedavi ve sağlık kontrollerine düzenli olarak uyması ve uyum sağlaması	• Hastanın hastalığı ve önerilen tedavileri anlama düzeyi değerlendirilir. • Hasta ve ailesi ile tedavi programını yaşam tarzıyla bütünleştirirken karşılaşılan problem alanları tespit edilir. • Hastanın istendik değişiklikler ile ilişkili var olan bilgi ve beceri seviyesi değerlendirilir. • Hastanın tedavi programına uyumunu engelleyen durumlar belirlenir. • Hastanın tedavi programına uyumunu başarmada gerçekçi bir plan geliştirmesine yardımcı olunur. • Hasta ve ailesinin almaya istekli olduğu sağlığı geliştirici uygulamalar belirlenir (örn, diyet değişiklikleri, egzersiz değişikliği, uyku değişimi, ilaç ve tedavi programları, cinsel aktivite değişiklikleri, rol değişiklikleri). • Hastanın tedaviye sürekli uyumunu motive edecek destek ve mentörlük sağlanır. • Hasta ve ailesinin önerilen tedaviyi yapmasının önemi ve uyumsuzluğun sonuçlarını anlamasına yardımcı olunur. • Uygun şekilde sağlık bakım etkinliklerinin amacı ve yeri yazılı talimat olarak verilir. • Sağlık profesyonelleri, aile ve hasta arasındaki iletişim uygun şekilde kolaylaştırılır. • İhtiyaç duyulan yardımcı araçlar sağlanır (örn, ilaç kutuları) • Mümkün olduğu kadar tedavi rejimini basitleştirilir. • Hatırlatıcılar kullanılması önerilir. Örn; yazılı talimatlar, listeler gibi. • Hasta tedavisini yönetemez ise evde sağlık hizmetlerinden destek alınır. • Hastanın ekonomik bütçesinin ilaçları almaya yeterli olup olmadığı değerlendirilir. • Uyumsuzluk nedeni olarak depresyon belirtileri izlenir.

29

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Hastalığa bağlı öfke ve depresyon • İçedönük duygudurum • Benlik saygısında değişim	**ETKİSİZ DUYGU KONTROLÜ**	Kişinin sağlık durumuyla ilgili olumlu bir algıya sahip olması	• Hastanın mevcut duygu durumu tanılanır ve duygu durumu etkileyen faktörler belirlenir. • Güçsüzlüğe neden olan faktörleri belirlemesi için hastaya yardım edilir. • İlişkileri geliştirmek, gerilimi azaltmak, öfkeyi ifade etmek, öğrenmeyi kolaylaştırmak ve zorlayıcı duygular ile baş etmeyi sağlamak amacıyla hastanın neyin komik, eğlenceli ya da gülünç olduğunu algılaması ve ifade etmesi kolaylaştırılır. • Bakımıyla ilgili kararlara hastanın katılımı sağlanır. • Hasta ve ailesine yardım kuruluşları, dernekler, vakıflar gibi toplumsal kaynaklar ve hastane kaynaklan ile ilgili bilgi sağlanır. • Psikiyatrik konsültasyon sağlanır.

30

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• HIV/AIDS • Sağlığını algılama durumu: Kötü	**KRONİK DÜŞÜK BENLİK SAYGISI**	Benlik saygısının yükseltilmesi Hastanın kendini olduğu gibi kabul etmesi Hastanın güçlü yönlerini kabul etmesi	• Hastada düşük benlik saygısına etki edebilecek değişimler araştırılır. • Kendini kötülemeye ilişkin ifadelerin sıklığı ve içeriği değerlendirilir. • Hastanın kendini değerli görme ile ilgili ifadeleri değerlendirilir. • Hasta tarafından tanımlanan güçlü yönler desteklenir. • Hastanın başarma olasılığı yüksek olan aktiviteler seçilir ve gerçekçi hedefler konulur. • Olumsuz eleştiriden kaçınılır. • Gerçekçi hedefler koymada hastaya yardımcı olunur. • Hastanın kendisine dair olumsuz algılarını gözden geçirmesine yardımcı olunur. • Hastanın önceki başarıları araştırılır. • Hedeflere ulaşırken hasta ödüllendirilir ya da takdir edilir. • Uygun toplumsal kaynaklara yönlendirilir. • Rol play, rol model, tartışma ve benzer aktiviteler ile olumlu davranış becerilerini öğretilir. • Gerektiğinde hastane kaynaklarından yardım alınır (örn, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri uzmanı, din hizmetleri). • Hasta grup aktivitelerine katılması için cesaretlendirilir (örn, ibadet yerleri, egzersiz grupları). • Hastanın gelecek planları yapması sağlanır, bu planlarda olumsuz yönler varsa değişiklik yapması konusunda cesaretlendirilir.

31

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Kaposi Sarkom • HIV/AIDS • Kilo Kaybı	**BEDEN İMAJINDA BOZULMA**	Olumlu beden imajının kazandırılması Değişen beden imgesine adaptasyonunun sağlanması Görünümünü kabul ettiğini ifade etmesi Yaşam kalitesinin artması	• Hastanın bedenine sözlü ve sözlü olmayan tepkileri değerlendirilir. • Hastanın genellikle kullandığı baş etme mekanizmaları tanımlanır. • Kendini eleştiren ifadelerinin sıklığı izlenir. • Hasta, duygularını uygun şekilde açıklaması için cesaretlendirilir. • Sosyal etkileşimi cesaretlendirilir. • Hastanın genelde kullandığı baş etme yöntemleri desteklenir. • Hasta ve ailesine baş etme mekanizmalarını belirlemeleri ve kullanmalarında yardım edilir. • Hastaya kişisel güçlerini keşfetmesine ve sınırlılıklarını kabul etmesine yardım edilir. • Hastaya ve ailesine yargılayıcı olmayan bir tavırla bakım verilir. • Benzer beden imajı değişiklikleri yaşayan kişilerle temas kurması sağlanır. • Karmaşık gereksinimleri olan hastalar diğer disiplin ekibine yönlendirilir (örn, ameliyat komplikasyonları, Kaposi Sarkom).

32

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Baba rolünden Hasta rolüne geçme • Hastalık ve hastaneye yatma sebebiyle çalışma hayatının olumsuz etkilenmesi • Çalışamaması nedeniyle aileye bakma sorumluluğunun kesintiye uğraması	**AİLE SÜRECİNDE KESİNTİYE UĞRAMA**	Aile rol değişimlerinin ve bu değişimlerin aile sürecine olan olumsuz etkisinin en aza indirilmesi ya da önlenmesi	• Aile rol değişimlerinin ve bu değişimlerin aile sürecine olan etkisi tanımlanır. • Ailenin duygularını ve endişelerini ifade etmeleri desteklenir. • Hastanın kapasitesi belirlenir ve kapasitesine göre rolleri tekrar tespit edilir. • Durumunun iyileştirilebilir ve geçici olduğu hastaya açıklanır. • Kişisel güçlü yanların tanımlanmasında aileye yardım edilir. • Aile mahremiyeti korunur. • Aileye ekonomik danışman önerilir. • Gerektiğinde destek gruplan önerilir. • Aile terapisine yönlendirilir.

33

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• HIV(+) olması sebebiyle akrabaları ve arkadaşları onunla nadiren görüşüyorlar. • Depresyon • Duygusal değişkenlik	**SOSYAL ETKİLEŞİMDE BOZULMA**	Hastanın sosyal etkileşimlerinin nicelik ve nitelik olarak atması	• Hasta ve diğer kişiler arasındaki oturmuş etkileşim düzeyi ve özellikleri değerlendirilir. • Sosyal etkileşim programları oluşturulur (Sinema, tiyatro, gezi, spor, vb.). • Sosyal etkileşimleri iyileştirecek görevler belirlenir. • Sosyal ilişkileri geliştirmede sabırlı davranmaya cesaretlendirilir. • Hasta, diğer kişilerle iletişim kurduğunda olumlu geri bildirim verilir. • Kabul gören belirli davranışlar için (selam verme, tebrik etme vb.) rol model olunur. • İyi bir iletişim için nasıl davranış sergilemesi gerektiği konusunda bilgilendirilir. • Kişiyi anlamaları ve desteklemeleri için aile fertleri, yakınları cesaretlendirilir. • Hasta olumsuz davranışlar sergilediğinde hasta ve diğer kişiler arasında arabuluculuk yapılır. • Evde sağlık hizmetleri, evlere yemek hizmetleri, gönüllü ziyaretçiler ve sosyal etkileşim sağlayan diğer bakım faaliyetleri düzenlenir. • Hasta, toplumda gönüllü aktivitelere katılım için teşvik edilir. • Yatan hastalar için el sanatları, oyunlar, müzik ve diğer küçük grup faaliyetleri sağlanır. • Hastaya taburculuk sonrası sosyal etkileşimini artırarak sürdürmesi için yardımcı olacak toplumsal kaynaklar hakkında bilgi verilir. • Hastanın diğer insanlarla etkileşimini arttırması veya iyileştirmesi için diğer disiplinlere ve hastaya danışılarak plan yapılır. • Hasta, kişilerarası beceriler grubuna veya etkileşim anlayışının uygun biçimde ilerleyebileceği bir programa yönlendirilir.

34

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Arkadaşları ve akrabalarının hastanın HIV pozitif olması sebebiyle kendileriyle arasına mesafe koyduklarını ifade etmesi • Stigma • HIV bulaştırma korkusu • Benlik saygısında bozulma	**SOSYAL İZOLASYON**	Diğer hastalar, çalışanlar ve yakınlarıyla kendiliğinden birlikte olması ve tedavisine aktif olarak katılımının sağlanması Bireyin sosyal çevresi ile sağlıklı bir şekilde kişiler arası ilişkilerini sürdürmesi	• Hastanın sosyal izolasyonuna neden olabilecek faktörler hasta ile belirlenir. • Hastanın sosyalleşmesini sağlayacak yöntemler beraber belirlenir. • Hastanın, ailesi veya arkadaşları ile etkileşim kurma çabaları güçlendirilir. • Önceden var olan ilişkilere daha fazla katılması teşvik edilir • Yakınları ve arkadaşları ile birlikte sürprizler düzenlenir (sevdiği resimler, videolar, kitaplar, çiçekler getirmeleri). • Oda arkadaşları ve grupla tanıştırılarak uyumu değerlendirilir. • Bakım verme süreci dışında da hastaya zaman ayrılır ve konuşulur. • Duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir. • Dışarıda yürüyüş yapması veya film seyretmesi gibi ortam değişiklikleri yapması konusunda teşvik edilir. • Gerekirse psikiyatri ile iletişime geçilerek medikal tedavi başlanır.

35

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Hastalığın seyri, risk faktörleri, hastalığın bulaşması, evde bakım ve tedavi konularında bilgi istemesi • Korunma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmaması ve cinsel ilişki sırasında korunmaması	**BİLGİ EKSİKLİĞİ**	Bireyin hastalığa, yapılan tedavilere, ilaçlarına, ve girişimlere yönelik bilgi sahibi olması	• Hastanın hastalığa, yapılan tedavilere, ilaçlarına, ve girişimlere yönelik bilgi düzeyi değerlendirilir. • Hastanın bilgi düzeyine göre hastanın eksik olduğu kısımlar belirlenir. • Tedavilerin etkileri ve yan etkilerine yönelik bilgilendirme yapılır. • Diyet, ilaç, egzersiz, enfeksiyondan korunma, hijyen, vb konularda bilgilendirme yapılır. • Hasta bilgilendirilirken kalıcı olması açısından yazılı ve görsel araçlar kullanılır. • Hasta cinsel ilişki sırasında korunmasının önemi ve korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilir.

36

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Hastanede yatma • Periferik venöz kateter • İnvazif İşlemler • HIV pozitif • CD4 T lenfosi sayısı: 200↓ • HIV RNA:87.500 ↑	**ENFEKSİYON RİSKİ**	Hastada hastanede kaldığı sürece enfeksiyon belirti ve bulgularının görülmemesi	• Enfeksiyona ilişkin sistemik ve lokal belirti bulgular izlenir (örn, vücut sıcaklığı, nabız hızı, sekresyonlar, idrarın görünümü, deri sıcaklığı, deri lezyonları, yorgunluk/halsizlik, varsa drenaj ve yaranın görünümü). • Cilt ve mukoz membranlar kızarıklık, sıcaklık artışı ve akıntı bakımından gözlenir. • Laboratuvar değerleri izlenir (örn, Lökosit, CD4 T Lenfosit, HIV RNA yükü, CBC, Mutlak granülosit sayısı, farklı sonuçlar, kültürler, serum protein, albümin). • Bütün ziyaretçiler bulaşıcı hastalık yönünden değerlendirilir, gerekliyse ziyaretçi sayısı kısıtlanır. • Hasta ile her temas öncesi alkollü el antiseptiği kullanılacak ve eller yıkanır. • Enfeksiyondan korunmak için bireysel hijyen uygulamalarının (örn, el yıkama) yapılması konusunda eğitim verilir. • Hastanın kateter ve sondalarının bakımı protokollere uygun olarak yapılır. • Kateter ve sondanın giriş yeri enfeksiyon belirti ve bulguları açısından gözlenir. • Hastanın yeterli beslenmesi sağlanır. • Kontrendike değilse bol sıvı alması sağlanır. • Hasta ve ailesine enfeksiyondan korunmaya, enfeksiyon belirti ve bulgularına ve hangi durumlarda haber vermeleri gerektiğine yönelik bilgi verilir. • Hekim istemine göre uygun antibiyotik tedavisi uygulanır.

37

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• INR:2.1 ↑ • İnvazif işlemler	**KANAMA RİSKİ**	Hastada Kanama belirti ve bulgularının görülmemesi	• Kanama bulguları yönünden hasta değerlendirilir (solgunluk, yorgunluk, taşikardi, hipotansiyon, bilinç bulanıklığı, huzursuzluk, baş dönmesi, takipne, hematüri, melena, hematemez). • Hastanın laboratuar bulguları değerlendirilir (INR, PLT, PTZ, Hemoglobin ve hematokrit). • Yaralanmaları önlemek için çevre güvenliği sağlanır. • Kanama riski olan hastanın konstipe olmaması açısından posalı yiyeceklerden zengin beslenmesi sağlanır. Gerekli ise doktorla iletişime geçerek laksatifler ve dışkı yumuşatıcılar verilir. • İntrakraniyal basıncı artırmamak için sistolik kan basıncının 140mm/Hg'nin üzerine çıkması önlenir. • Deri bütünlüğünü sağlamak için kas içi, cilt altı enjeksiyon yerine olabildiğince İV yol kullanılır. • Enjeksiyonun gerekli olduğu durumlarda bölgeye 3-5 dakika boyunca basınç uygulanır. • Kuvvetli burun sümkürme, sert öksürme ve ağzını kapatarak hapşırmaması konularında hasta uyarılır. • Tıraş olması gerekirse jilet yerine makine ile traş olması sağlanır. • Ağız hijyeni için yumuşak bir diş fırçası kullanmaları önerilir. • Hasta ve ailesine kanamaya sebep olabilecek risk faktörleri, kanama belirti ve bulguları, kanamayı kontrol altına alacak yaklaşımlar ve kanamanın erken belirtileri konularında bilgi verilir. • K vitaminden zengin gıdaların alımı artırılır.

38

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Yetersiz beslenme • Yetersiz sıvı alımı • Fiziksel mobilitede bozulma • Deri turgoru zayıf • Deri kuru • Yetersiz beslenme • Vücutta Yaygın Kaşıntı • Diyare • Hipertermi	**DERİ BÜTÜNLÜĞÜNDE BOZULMA RİSKİ**	Deri bütünlüğünü korumak ve sürdürmek	• Hastanın hastaneye kabulü takiben bası yarası gelişme riski açısından değerlendirilir ve kayıt altına alınır. • Hastanın cildi değerlendirilir. (Braden bası skalası kullanılır, basınç bölgeleri kontrol edilir). • Hastanın beslenme durumu değerlendirilir. • Kontrendike değilse hastanın hidrasyonu sağlanır. • Düzenli olarak iki saat ara ile pozisyon verilir. • Yatak çarşaflarının temiz, kuru ve kırışıksız olmasına özen gösterilir. • Hastanın giysileri temiz ve kuru olmalıdır. Giysi seçiminde terletmeyen kıyafetler tercih edilir. • Aldığı çıkardığı takibi yapılır. • Hastanın diyeti düzenlenir. Yüksek enerjili besinleri alması sağlanır (Hekim, diyetisyen, hemşire). • Kuru deri nemlendirilir ve korunur. • Kemik çıkıntılarına masaj yapılmamalıdır. • Dirsek ve topuk koruyucu destekler kullanılır. • Hasta ve hasta ailesine cilt bütünlüğünün korunmasının önemi, bunun sağlığın devamının sürdürülmesinde ve iyileşme sürecinin kısaltılmasındaki etkisi hakkında eğitim verilir. • Gerekirse havalı yatak/antidekübit yatağı kullanılır.

39

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• Düşme riski skalasına göre >5 puan alması • Motor aktivitede yetersizlik • Ayağa kalkmada ve yürümede yarı bağımlı olması • Dengesiz postür • Baş dönmesi	**DÜŞME RİSKİ**	Düşme riskine sebep olacak faktörlerin tanımlanması, Düşmeye sebep olabilecek faktörler için güvenlik önlemlerinin alınması Hastanın hastane içinde bulunduğu sürede zarar görmemesi	• Düşme riski prosedürüne uygun olarak hasta değerlendirilecek • Güvenlik ihtiyacını etkileyen faktörler belirlenir. Örn; mental durum değişikliği, zehirlenme derecesi, yorgunluk, yaş, ilaçlar, duyu ya da motor kayıp (Örn, denge, yürüyüş). • Hastanın durumuna göre zarar görmesine neden olabilecek tehlikeler belirlenir. • Bu tehlikelere yönelik gerekli güvenlik önlemleri alınır. • Hastanın ayağına tam uyan kaymayan ayakkabı/terlik giymesi önerilir. • Hasta yatağı en alçak seviyeye getirilir. • Hasta bireyden geceleri tek başına kalkmaması ve mutlaka yakınlarından ya da sağlık personelinden yardım istemesi konusunda bilgi verilir. • Hasta odasının yeterince aydınlatılması sağlanır. • Koltuk değneği, baston ve yürüteçleri uygun şekilde kullanması öğretilir. • Uzun süreli yatar pozisyondan ayağa kalkmada aşamalara uyarak geçmesi öğretilir. • Yürüyebildiği zaman koridor, merdiven ve banyoda kenarlıklara yakın yürümesi konusunda bilgi verilir. • Hastanın yanında mutlaka bir hasta yakını kalması sağlanır. • Hareket ihtiyacı olduğunda mutlaka yardım istemesi konusunda bilgi verilir.

40

Ek-10. "AIDS" Örnek Vaka Sunumu (devamı)

• HIV/AIDS'in toplumsal yapısı • Hastalığın Fiziksel ve psikolojik etkileri • Sosyal izolasyon • Toplumda HIV/AIDS'in yanlış davranışlar ile ilişkilendirilmesi	**İNSAN ONURUNUN ZEDELENME RİSKİ**	Hastanın onurunun ve saygınlığının korunması	• Hastanın hemşirelik bakımıyla ilgili memnuniyeti değerlendirilir. • Diğer bakım verenlerin yaklaşımları insan onuruna saygı boyutuyla gözlemlenir. • Hastaya "Hasta Hakları" gibi haklarıyla ilgili doküman sağlanır (ya da diğer benzer dokümanlar). • Hastanın bakımı ve yaşamıyla ilgili isteklerine saygı gösterilir. • Tüm uygulamalar süresince mahremiyeti sağlanır. • Her hastaya olduğu gibi eşit ve doğru bir bakım verilir. • Hasta, ailesi ve bakım profesyonelleri arasındaki görüşmelerde gizliliği sağlanır. • Hastanın sağlığıyla ilgili bilgilerinin gizliliği sağlanır. • Bakımın yetersiz ya da uygun olmayan şekilde gerçekleştirildiği durumlara müdahale edilir. • Hastaya ve ailesi ile saygı çerçevesini bozmadan empatik iletişim kurulur.

41

Ek-11. "Eğitim Kitapçığının Güvenilirlik ve Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN" Ölçme Aracı

EĞİTİM KİTAPÇIĞININ GÜVENİRLİK VE KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ-DISCERN

BÖLÜM 1: Bu Kitapçık Güvenilir mi?

1. Amacı açık mıdır? (1. soruya "Hayır" yanıtı verilmişse, 3. soruya geçiniz.)

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Ne hakkında?
- Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)?
- Kimler için yararlı olur?

2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşılıp ulaşılamayacağını düşünün.

3. Konu ile ilgili mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta;

- Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığı,
- Taburculuk ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığı.

4. Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Ek-11. "Eğitim Kitapçığının Güvenilirlik ve Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN" Ölçme Aracı (devam)

- Eğitim kitapçığındaki bilgileri sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçirin.

Derecelendirme notu: Kitapçık her iki ipucu için "5" puan karşılığında olmalıdır. Genel kitapçıklar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru 7) listesi gerekli değildir.

5. Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın
- Kitapçığın baskı tarihine bakın
- Kitapçığın tarihine bakın (telif hakkı)

6. Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama;

- Kitapçığın kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.
- Kitapçığın başka bir tanılamasının olması

Dikkatli olunmalı eğer;

- Kitapçık diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
- Kitapçık tek bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- Bilgi, heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?

Ek-11. "Eğitim Kitapçığının Güvenilirlik ve Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN" Ölçme Aracı (devam)

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

8. Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında uzman görüşlerindeki farklılıkları ya da bilgi eksikleri yönünden yazılan bilgilere bakın.
- Eğitim kitapçığında sunulan bilginin herkesi aynı şekilde, etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin (özel bir bakım gereksiniminin başarı oranının %100 olduğunun belirtilmesi gibi).

BÖLÜM 2: Bu Kitapçıkta Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?

Eğitim kitapçığında sunulan bilgiler taburculuk eğitiminin bir parçası olarak düşünülmelidir.

9. Bu kitapçıkta bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Taburculuk gereksinimlerinin tanımlanmasına bakın.

10. Bu kitapçıktaki bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilginin kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süren durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

Ek-11. "Eğitim Kitapçığının Güvenilirlik ve Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN" Ölçme Aracı (devam)

11. Bu kitapçık taburculuk ile ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinin kullanılması, kısa ve uzun süreli etkilerine ilişkin riskler yer alabilir.

12. Bu kitapçıktaki bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğim kitapçığında sunulan bilgilerin/ uygulamaların ertelenmesi (uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararların tanımına bakın.

13. Bu kitapçıkta sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin aile, arkadaş ve bakım verenlere etkilerinin tanımlanmasına bakın.

14. Birden fazla taburculuk eğitimi seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinden hangi durumda yararlanacaklarının tanımlanmasına bakın.

Ek-11. "Eğitim Kitapçığının Güvenilirlik ve Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN" Ölçme Aracı (devam)

➢ Eğitim kitapçığının daha fazla araştırmak ya da düşünmek için alternatifleri ortaya koyup koymadığına bakın.

15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında taburculuk ile ilgili konularda aile, arkadaş, doktor ya da diğer sağlık elemanları ile tartışılacak konuların belirlenip belirlenmediğine bakın.

BÖLÜM 3: Eğitim Kitapçığının Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu eğitim kitapçığının güvenirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendirin.

Düşük Ciddi/Aşırı eksikleri var		Orta Önemli Eksiklikleri var		Yüksek Çok az ancak ciddi değil
1	2	3	4	5

Ek-12. "Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi" Ölçme Aracı

Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

	Evet 1 puan	Hayır 0 puan
A. İçerik Durumu (1-4. maddeler)		
1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabiliyor mu?		
2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı?		
3. Konu hedeflerle sınırlı mı?		
4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?		
B. Okuryazarlık Durumu (5-9. maddeler)		
5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır?		
6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır?		
7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır?		
8. Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir?		
9. İleri organizasyon var mıdır?		
C. Resim Grafik Durumu (10-14. maddeler)		
10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi?		
11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi?		
12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu?		
13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı?		
14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?		
D. Yazı ve Plan Durumu (15-22. maddeler)		
15. Resimler ilgili metnin yanında mı?		
16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ipuçları var mı?		
17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı?		
18. Materyal dağınık görünüyor mu?		
19. Kâğıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı?		
20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı?		
21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış?		
22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?		
E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25. maddeler)		
23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı?		
24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modelle gösterilmiş mi?		
25. Davranış uygulanabilir halde mi?		
F. Kültürel Uygunluk Durumu (26-27. maddeler)		
26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu?		
27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?		

Ek-13. Haftalık Eğitim Planı

HAFTA	GÜN	SAAT	İÇERİK	EĞİTİM SÜRESİ, KULLANILACAK YÖNTEM-TEKNİKLER, ARAÇ GEREÇLER	HEDEFLER
1. HAFTA	1. GÜN	1.SAAT	• AIDS Tanımı • AIDS Tarihçe • Dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS Prevelansı • HIV/AIDS Hastalığının Tanı Yöntemleri • **ROL PLAY UYGULAMASI**	**Eğitim Süresi:** 60 dk. + 60 dk. = 120 dk. **Kullanılacak Yöntem ve Teknikler**: Anlatma yöntemi, slayt sunumu, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası. **Kullanılacak Araç-Gereçler:** Bilgisayar, projeksiyon aleti, ses sistemi, eğitim kitapçığı, broşür.	• HIV/AIDS'i tanımlayabilme • HIV/AIDS'in tarihçesi ile ilgili önemli kilometre taşlarını sıralayabilme • HIV/AIDS hastalığının tanı yöntemlerini söyleyebilme • HIV enfeksiyonunun klinik belirti ve bulgularını sayabilme • HIV/AIDS hastalığında tedavi yöntemlerini ifade edebilme • HIV/AIDS'in bulaşma yollarının tamamını kavrayabilme • HIV'in bulaşmadığı durumları sayabilme • HIV'in bulaşma ve bulaşmama yollarını ayırt edebilme • HIV/AIDS'in çocuk sahibi olabilmek için bir engel olmadığını kavrayabilme • AIDS'in cinsel yol dışında farklı bulaşma yollarının olduğunun farkına varabilme • HIV/AIDS tanısı alan kişilerin tanıdan itibaren yaşadıkları süreci anlayabilme
		2.SAAT	• HIV Enfeksiyonunun Klinik Belirti ve Bulguları • HIV/AIDS Hastalığında Tedavi		
	2. GÜN	1.SAAT	• HIV/AIDS'in Bulaşma yolları Cinsel Yolla Bulaşma Kan ve Kan Ürünleri ile Bulaşma Enfekte Organ ve Doku Nakli Anneden Bebeğe Bulaşma • HIV'in Bulaşmadığı Durumlar • **QUİZ**	**Eğitim Süresi:** 60 dk. + 60 dk. = 120 dk. **Kullanılacak Yöntem ve Teknikler**: Anlatma yöntemi, slayt sunumu, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası, video gösterimi **Kullanılacak Araç-Gereçler:** Bilgisayar, projeksiyon aleti, ses sistemi, eğitim kitapçığı, broşür.	
		2. SAAT	• **Video Gösterimi 1**: *"AIDS OLDUM"* başlıklı video • **Video Gösterimi 2**: *"HIV İLE YAŞAMAK"* başlıklı video • **TARTIŞMA**		

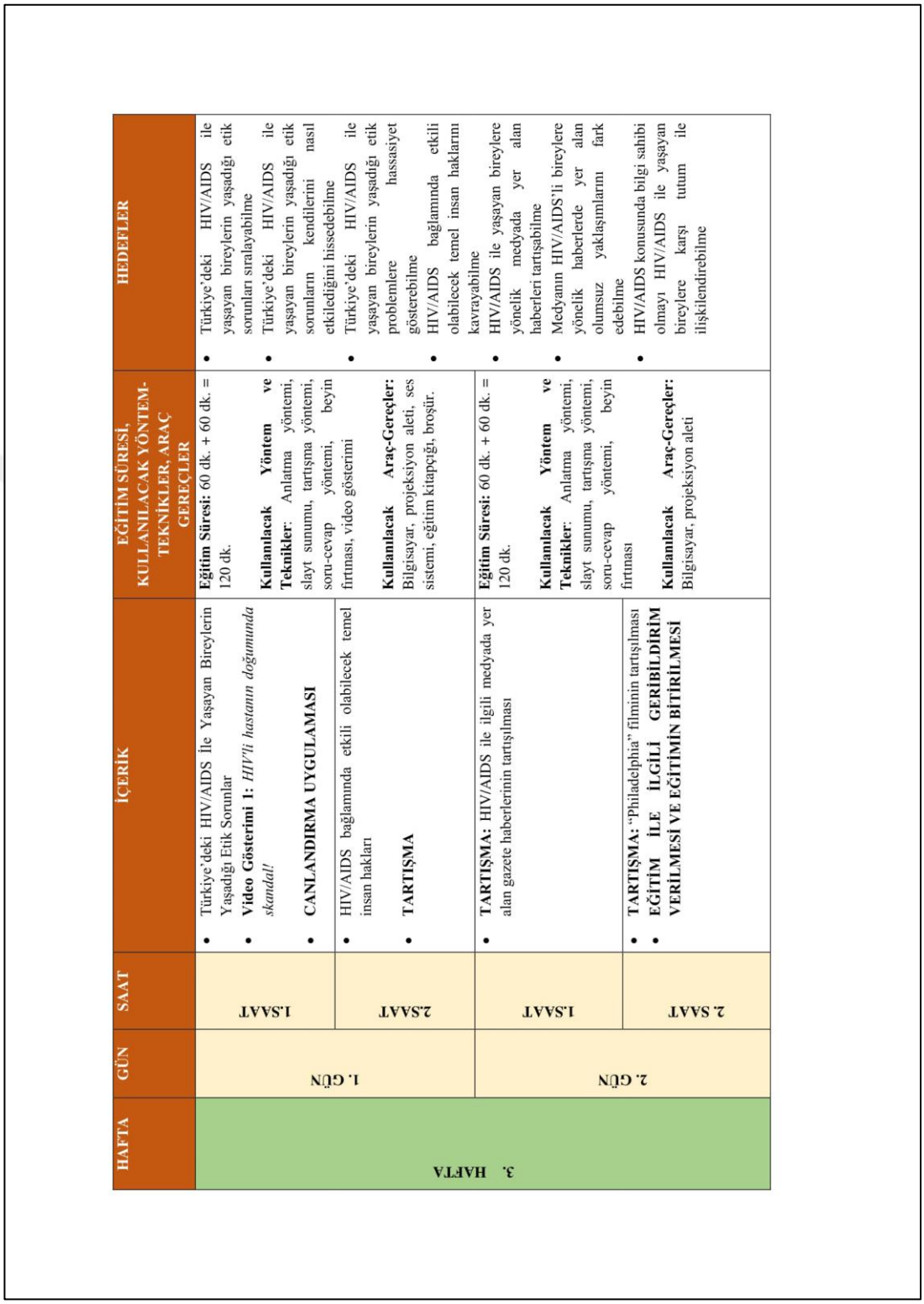
Ek-13. Haftalık Eğitim Planı (devamı)

HAFTA	GÜN	SAAT	İÇERİK	EĞİTİM SÜRESİ, KULLANILACAK YÖNTEM-TEKNİKLER, ARAÇ GEREÇLER	HEDEFLER

2. HAFTA	1. GÜN	1.SAAT	• **ISINMA UYGULAMASI**
			• Risk Grupları
			• HIV/AIDS'li Bireylerin Hemşirelik Yönetimi
			  • Korunma
			  • Önleme
			  • Hedefe Yönelik Tarama Gruplarının Belirlenmesi, Riskli Davranış Gruplarına Erişim
			• **KARTLAR OYUNU**
				Eğitim Süresi: 60 dk. + 60 dk. = 120 dk.
				Kullanılacak Yöntem ve Teknikler: Anlatma yöntemi, slayt sunumu, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası, video gösterimi
				Kullanılacak Araç-Gereçler: Bilgisayar, projeksiyon aleti, ses sistemi, eğitim kitapçığı, broşür.
					• HIV/AIDS bulaşı açısından riskli olan grupları sayabilme
					• HIV/AIDS'den korunma ve bulaşını önleme yollarını kavrayabilme
					• Hedefe yönelik tarama grupları ve riskli davranış gösteren grupların kimler olduğunu kavrayabilme
					• HIV/AIDS hastalarının bakımında yer alan girişim ve uygulamaları listeleyebilme
					• Eğitim ve farkındalık oluşturabilmek için gerekli olan bilgiye sahip olabilme
					• Üniversite öğrencilerinin HIV/AIDS'ten korunması için dikkat edilmesi gereken konulara hakim olabilme
					• HIV/AIDS bulaşı için korunma yollarını bilmenin önemini kavrayabilme
					• Stigmanın HIV/AIDS hastaları üzerine etkilerini sıralayabilmek
					• HIV/AIDS ile yaşayan bireyler ile empati yapabilme
					• HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin stigmaya bağlı yaşadıkları duyguları hissedebilme
					• HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin bakımında mesleki yükümlülük gösterebilme

		2.SAAT	• Bakım • **"AIDS" ÖRNEK VAKA SUNUMU VE BAKIM PLANI**		
	2. GÜN	1.SAAT	• Eğitim ve Farkındalık • Danışmanlık Hizmeti (test öncesi, sonuçlar beklenirken ve sonuç verilirken) • Üniversite Öğrencilerinin HIV/AIDS'ten Korunması	**Eğitim Süresi:** 60 dk. + 60 dk. = 120 dk. **Kullanılacak Yöntem ve Teknikler**: Anlatma yöntemi, slayt sunumu, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası, video gösterimi **Kullanılacak Araç-Gereçler:** Bilgisayar, projeksiyon aleti, ses sistemi, eğitim kitapçığı, broşür.	
		2. SAAT	• Stigma • HIV/AIDS ile İlgili Damgalama (Stigma) ve Ayrımcılık • **Video Gösterimi 1:** ***"HIV/AIDS'li bireyler damgalanmadan nasıl etkileniyor?" başlıklı video*** • **Video Gösterimi 2**: *HIV'li kan verilerek hayatı mahvolan HIV pozitif çocuk ve yaşadığı stigma* • **TARTIŞMA** • **ÖDEV:** "PHİLADELPHİA" FİLMİNİN TARTIŞMASI. Grup üyelerinin, film hakkındaki düşünce ve duygularını bir kağıda yazmaları ve bir sonraki oturuma gelirken yanlarında getirmeleri istenir.		

Ek-13. Haftalık Eğitim Planı (devamı)



HAFTA	GÜN	SAAT	İÇERİK	EĞİTİM SÜRESİ, KULLANILACAK YÖNTEM-TEKNİKLER, ARAÇ GEREÇLER	HEDEFLER
3. HAFTA	1. GÜN	1.SAAT	• Türkiye'deki HIV/AIDS İle Yaşayan Bireylerin Yaşadığı Etik Sorunlar • **Video Gösterimi 1:** *HIV'li hastanın doğumunda skandal!* • **CANLANDIRMA UYGULAMASI**	**Eğitim Süresi:** 60 dk. + 60 dk. = 120 dk. **Kullanılacak Yöntem ve Teknikler**: Anlatma yöntemi, slayt sunumu, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası, video gösterimi **Kullanılacak Araç-Gereçler:** Bilgisayar, projeksiyon aleti, ses sistemi, eğitim kitapçığı, broşür.	• Türkiye'deki HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşadığı etik sorunları sıralayabilme • Türkiye'deki HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşadığı etik sorunların kendilerini nasıl etkilediğini hissedebilme • Türkiye'deki HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşadığı etik problemlere hassasiyet gösterebilme • HIV/AIDS bağlamında etkili olabilecek temel insan haklarını kavrayabilme
		2.SAAT	• HIV/AIDS bağlamında etkili olabilecek temel insan hakları • **TARTIŞMA**		
	2. GÜN	1.SAAT	• **TARTIŞMA:** HIV/AIDS ile ilgili medyada yer alan gazete haberlerinin tartışılması	**Eğitim Süresi:** 60 dk. + 60 dk. = 120 dk. **Kullanılacak Yöntem ve Teknikler**: Anlatma yöntemi, slayt sunumu, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası **Kullanılacak Araç-Gereçler:** Bilgisayar, projeksiyon aleti	• HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik medyada yer alan haberleri tartışabilme • Medyanın HIV/AIDS'li bireylere yönelik haberlerde yer alan olumsuz yaklaşımlarını fark edebilme • HIV/AIDS konusunda bilgi sahibi olmayı HIV/AIDS ile yaşayan bireylere karşı tutum ile ilişkilendirebilme
		2. SAAT	• **TARTIŞMA:** "Philadelphia" filminin tartışılması • **EĞİTİM İLE İLGİLİ GERİBİLDİRİM VERİLMESİ VE EĞİTİMİN BİTİRİLMESİ**		

Ek-14. Akran Rehberler için Haftalık Eğitim Programı Çizelgesi

AKRAN REHBER GRUBU HAFTALIK EĞİTİM PLANI

HAFTA	TARİH	SAAT	SINIF
1. HAFTA	14.10.2019	15.30-16.30	BZ02
		16.30-17.30	BZ02
	15.10.2019	15.30-16.30	BZ02
		16.30-17.30	BZ02
2. HAFTA	21.10.2019	15.30-16.30	BZ02
		16.30-17.30	BZ02
	22.10.2019	15.30-16.30	BZ02
		16.30-17.30	BZ02
3. HAFTA	28.10.2019	15.30-16.30	BZ02
		16.30-17.30	BZ02
	30.10.2019	15.30-16.30	BZ02
		16.30-17.30	BZ02

Ek-15. Akran Öğrenciler için Haftalık Eğitim Programı Çizelgesi

AKRAN ÖĞRENCİ GRUBU HAFTALIK EĞİTİM PLANI (1. HAFTA)

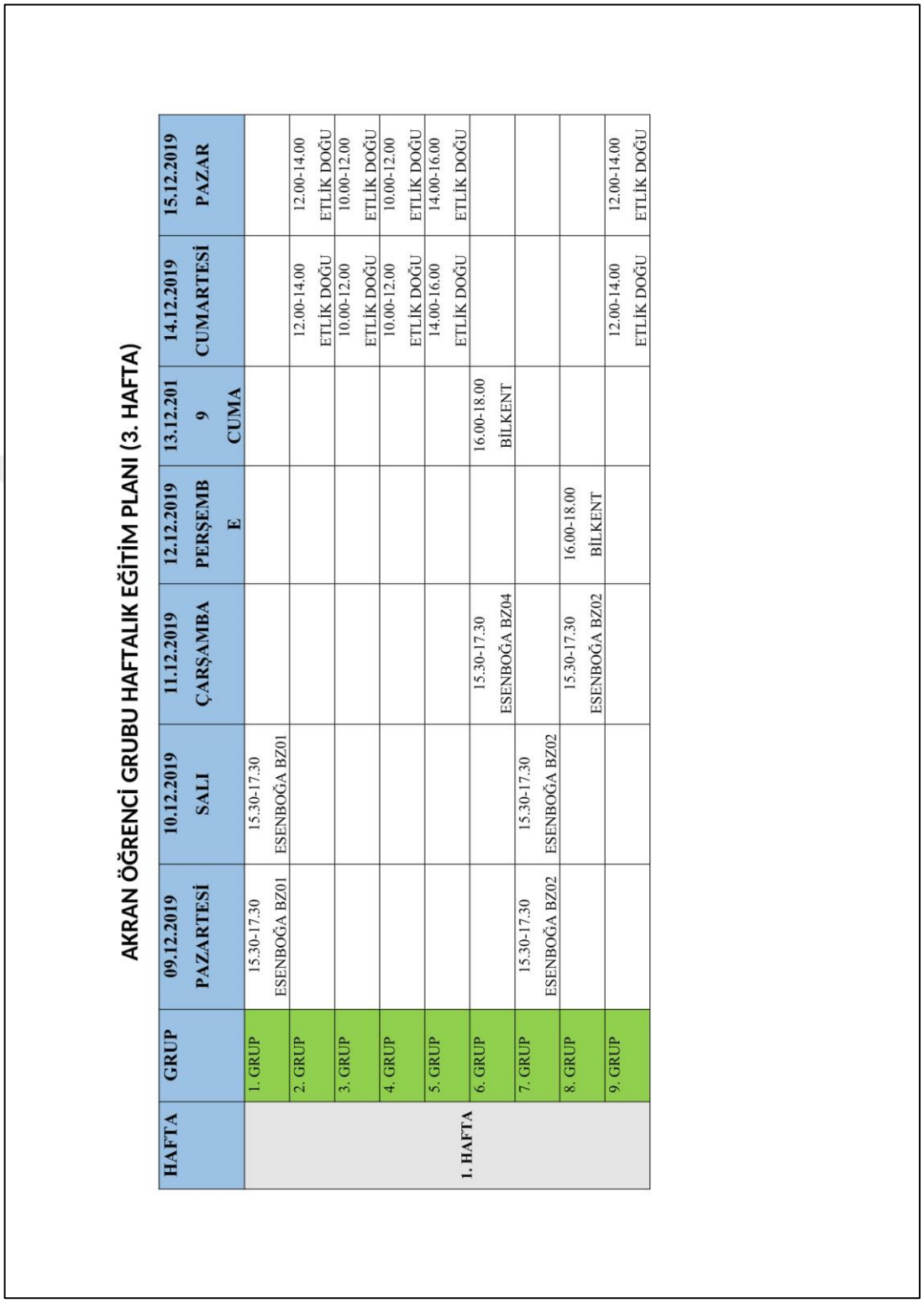
HAFTA	GRUP	25.11.2019 PAZARTESİ	26.11.2019 SALI	27.11.2019 ÇARŞAMBA	28.11.2019 PERŞEMBE	29.11.2019 CUMA	30.11.2019 CUMARTESİ	01.12.2019 PAZAR
1. HAFTA	1. GRUP						10.00-12.00 ETLİK DOĞU	10.00-12.00 ETLİK DOĞU
	2. GRUP			15.30-17.30 ESENBOĞA BZ02	16.00-18.00 BİLKENT			
	3. GRUP						10.00-12.00 ETLİK DOĞU	10.00-12.00 ETLİK DOĞU
	4. GRUP	15.30-17.30 ESENBOĞA BZ01	15.30-17.30 ESENBOĞA BZ01					
	5. GRUP						14.00-16.00 ETLİK DOĞU	14.00-16.00 ETLİK DOĞU
	6. GRUP			15.30-17.30 ESENBOĞA BZ04		16.00-18.00 BİLKENT		
	7. GRUP	15.30-17.30 ESENBOĞA BZ02	15.30-17.30 ESENBOĞA BZ02					
	8. GRUP						12.00-14.00 ETLİK DOĞU	12.00-14.00 ETLİK DOĞU
	9. GRUP						12.00-14.00 ETLİK DOĞU	12.00-14.00 ETLİK DOĞU

Ek-15. Akran Öğrenciler için Haftalık Eğitim Programı Çizelgesi (devamı)

AKRAN ÖĞRENCİ GRUBU HAFTALIK EĞİTİM PLANI (2. HAFTA)

HAFTA	GRUP	02.12.2019 PAZARTESİ	03.12.2019 SALI	04.12.2019 ÇARŞAMBA	05.12.2019 PERŞEMBE	06.12.2019 CUMA	07.12.2019 CUMARTESİ	08.12.2019 PAZAR
1. HAFTA	1. GRUP	15.30-17.30 ESENBOĞA BZ01	15.30-17.30 ESENBOĞA BZ01					
	2. GRUP			15.30-17.30 ESENBOĞA BZ02	16.00-18.00 BİLKENT			
	3. GRUP						10.00-12.00 ETLİK DOĞU	10.00-12.00 ETLİK DOĞU
	4. GRUP						10.00-12.00 ETLİK DOĞU	10.00-12.00 ETLİK DOĞU
	5. GRUP						14.00-16.00 ETLİK DOĞU	14.00-16.00 ETLİK DOĞU
	6. GRUP			15.30-17.30 ESENBOĞA BZ04		16.00-18.00 BİLKENT		
	7. GRUP	15.30-17.30 ESENBOĞA BZ02	15.30-17.30 ESENBOĞA BZ02					
	8. GRUP						12.00-14.00 ETLİK DOĞU	12.00-14.00 ETLİK DOĞU
	9. GRUP						12.00-14.00 ETLİK DOĞU	12.00-14.00 ETLİK DOĞU

Ek-15. Akran Öğrenciler için Haftalık Eğitim Programı Çizelgesi (devamı)



AKRAN ÖĞRENCİ GRUBU HAFTALIK EĞİTİM PLANI (3. HAFTA)

HAFTA	GRUP	09.12.2019 PAZARTESİ	10.12.2019 SALI	11.12.2019 ÇARŞAMBA	12.12.2019 PERŞEMBE	13.12.2019 CUMA	14.12.2019 CUMARTESİ	15.12.2019 PAZAR
1. HAFTA	1. GRUP	15.30-17.30 ESENBOĞA BZ01	15.30-17.30 ESENBOĞA BZ01					
	2. GRUP						12.00-14.00 ETLİK DOĞU	12.00-14.00 ETLİK DOĞU
	3. GRUP						10.00-12.00 ETLİK DOĞU	10.00-12.00 ETLİK DOĞU
	4. GRUP						10.00-12.00 ETLİK DOĞU	10.00-12.00 ETLİK DOĞU
	5. GRUP						14.00-16.00 ETLİK DOĞU	14.00-16.00 ETLİK DOĞU
	6. GRUP			15.30-17.30 ESENBOĞA BZ04		16.00-18.00 BİLKENT		
	7. GRUP	15.30-17.30 ESENBOĞA BZ02	15.30-17.30 ESENBOĞA BZ02					
	8. GRUP			15.30-17.30 ESENBOĞA BZ02	16.00-18.00 BİLKENT			
	9. GRUP						12.00-14.00 ETLİK DOĞU	12.00-14.00 ETLİK DOĞU

Ek-16. Etik Kurul Onay Formu

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden Erdal CEYLAN'ın. **Hemşirelik Öğrencilerine Akran Eğitim Modeline Göre Verilen Eğitimin AIDS Bilgi Düzeyi ve Tutumuna Etkisi** adlı araştırması değerlendirilmiştir.*(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.	☑
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.	☐
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.	☐

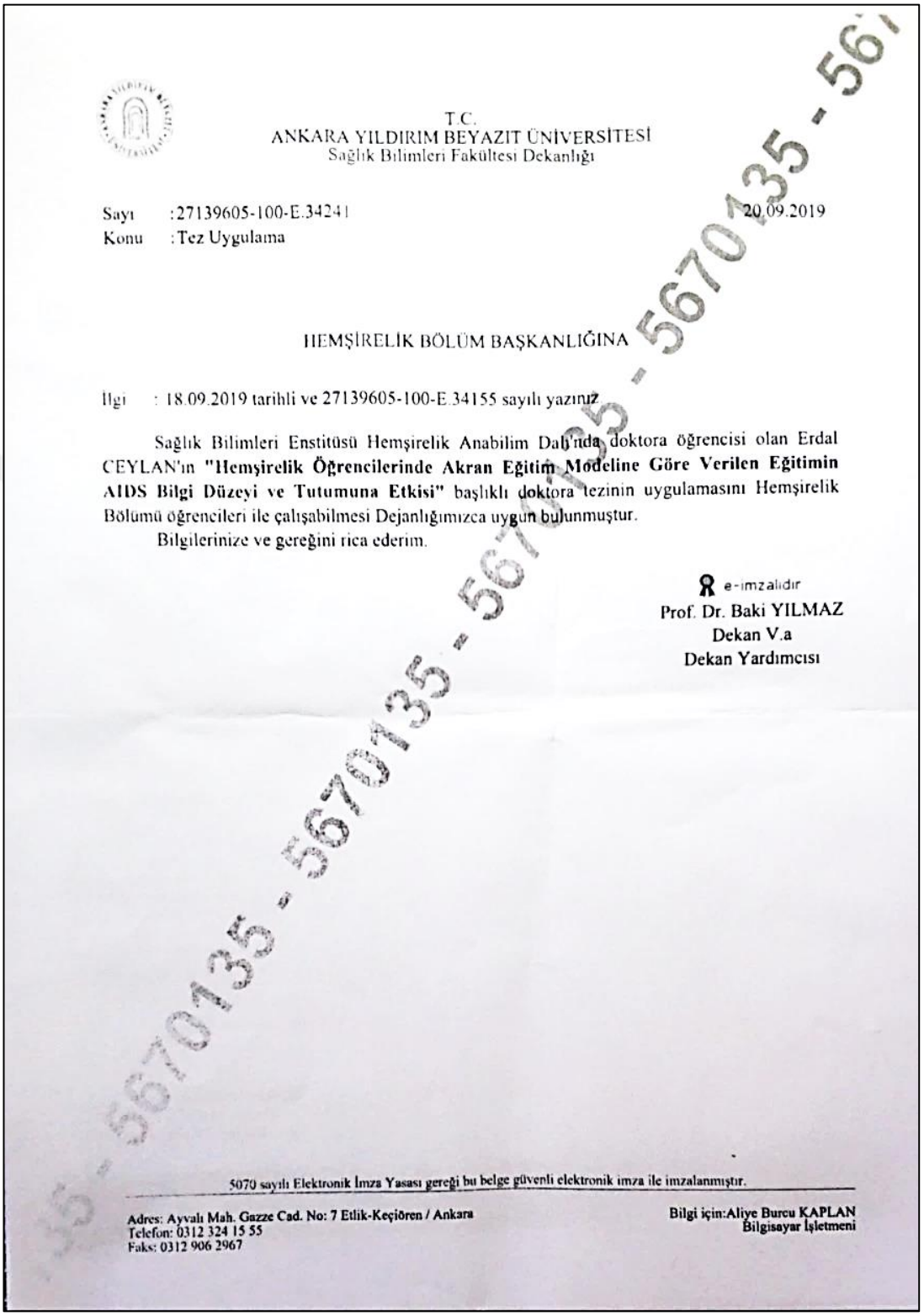
AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2019 – 241
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	13.05.2019
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	29.05.2019 – 30
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	**Başkan**	
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	**Bşk. Yrd.**	
Prof. Dr. Muharrem KILIÇ	**Üye**	
Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	**Üye**	
Dr. Ögr. Üyesi Ertuğrul DEMİRDEL	**Üye**	
Dr. Ögr. Üyesi Behlül TOKUR	**Üye**	
Dr. Ögr. Üyesi Şule KAYA	**Üye**	
Dr. Ögr. Üyesi Birgül ÖZKAN	**Üye**	
Dr. Ögr. Üyesi Nimet YILDIRIM TİRGİL	**Üye**	

10

Ek-17. AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Kurum İzni



T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

Sayı :27139605-100-E.34241 20.09.2019
Konu :Tez Uygulama

HEMŞİRELİK BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi : 18.09.2019 tarihli ve 27139605-100-E.34155 sayılı yazınız

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisi olan Erdal CEYLAN'ın **"Hemşirelik Öğrencilerinde Akran Eğitim Modeline Göre Verilen Eğitimin AIDS Bilgi Düzeyi ve Tutumuna Etkisi"** başlıklı doktora tezinin uygulamasını Hemşirelik Bölümü öğrencileri ile çalışabilmesi Dejanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Baki YILMAZ
Dekan V.a
Dekan Yardımcısı

5070 sayılı Elektronik İmza Yasası gereği bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Adres: Ayvalı Mah. Gazze Cad. No: 7 Etlik-Keçiören / Ankara
Telefon: 0312 324 15 55
Faks: 0312 906 2967

Bilgi için:Aliye Burcu KAPLAN
Bilgisayar İşletmeni

Ek-18. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bu araştırma, akran eğitim modeline göre hemşirelik öğrencilerine HIV/AIDS ile ilgili verilen eğitimin AIDS bilgi düzeyi ve tutumu üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla tek gruplu ön test son test modeli olarak planlanmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Ankette yer alan bilgiler tamamen gizli tutulacaktır ve yalnızca bilimsel yayınlarda kime ait oldukları belirtilmeden kullanılacaktır. Araştırma sırasında ayrılmak isterseniz, istediğiniz an bırakabilirsiniz. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Erdal CEYLAN
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
e-mail: erdlcyln.ec@gmail.com

Katılımcının beyanı: Katılmam istenen çalışmanın amacını ve gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Bu çalışmaya katılmayı reddettiğim zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

KABUL EDİYORUM

(İmza)

Ek-19. Tablo 1. Yazılı eğitim materyallerinin uygunluğuna ilişkin DISCERN ölçeği ile elde edilen uzman görüşleri (n=8).

	Evet (%)	**Hayır (%)**
A. İçerik Durumu		
Materyalin amacı kolayca anlaşılabiliyor mu?	**100**	0
Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı?	**87.5**	12.5
Konu hedeflerle sınırlı mı?	**87.5**	12.5
Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?	**87.5**	12.5
B. Okuryazarlık Durumu		
Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır?	**100**	0
Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır?	**75**	25
Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır?	**75**	25
Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir?	**100**	0
İleri organizasyon var mıdır?	**75**	25
C. Resim Grafik Durumu		
Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi?	**100**	0
Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi?	**87.5**	12.5
Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu?	**100**	0
Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı?	**87.5**	12.5
Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?	**100**	0
D. Yazı ve Plan Durumu		
Resimler ilgili metnin yanında mı?	**87.5**	12.5
Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ipuçları var mı?	**62.5**	37.5
Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı?	**100**	0
Materyal dağınık görünüyor mu?	0	**100**
Kâğıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı?	0	**100**
Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı?	12.5	**87.5**
Hepsi büyük harfle mi yazılmış?	0	**100**
Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?	25	**75**
E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu		
Metin ile grafik arasında etkileşim var mı?	**87.5**	12.5
İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modelle gösterilmiş mi?	**62.5**	37.5
Davranış uygulanabilir halde mi?	**75**	25
F. Kültürel Uygunluk Durumu		
Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu?	**100**	0
Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?	**100**	0

Ek-20. Tablo 2. HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığının uygunluğuna ilişkin DISCERN ölçeği ile elde edilen uzman görüşleri (n=8).

	Ortalama ($\bar{x}$)	Standart Sapma (SD)	Min.	Max.
BÖLÜM 1. Bu kitapçık güvenilir mi?				
Amacı açık mıdır?	5.00	0.00	5	5
Bu amaçlara ulaşılabilir mi?	4.88	0.35	4	5
Konu ile ilgili mi?	4.88	0.35	4	5
Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?	5.00	0.00	5	5
Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?	5.00	0.00	5	5
Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?	5.00	0.00	5	5
İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?	4.50	0.75	3	5
Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?	3.25	1.58	1	5
BÖLÜM 2: Bu Kitapçıkta Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?				
Bu kitapçıkta bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?	4.63	0.74	3	5
Bu kitapçıktaki bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?	4.50	0.75	3	5
Bu kitapçık taburculuk ile ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?	4.00	1.19	2	5
Bu kitapçıktaki bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?	4.25	0.88	3	5
Bu kitapçıkta sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?	4.38	0.91	3	5
Birden fazla taburculuk eğitimi seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?	3.50	1.51	1	5
Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?	4.00	1.06	3	5
BÖLÜM 3: Eğitim Kitapçığının Genel Değerlendirilmesi				
Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu eğitim kitapçığının güvenirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendirin.	4.88	0.35	4	5

Ek-21. Tablo 3. HIV/AIDS Öğrenci Hemşire Bilgilendirme Kitapçığının güvenilirlik, bilgi kalitesi ve genel kalitesine ilişkin DISCERN ölçeği ile elde edilen veriler.

Alt Boyut	**Ortalama ($\bar{x}$)**	**Standart Sapma (SD)**	**Min.**	**Max.**
Güvenilirlik (8-40 puan)	37.50	1.69	36	40
Bilgi Kalitesi (7-35 puan)	29.25	5.20	21	35
Genel Kalite (1-5 puan)	4.88	0.354	4	5
DISCERN Toplam (16-80 puan)	71.63	6.25	63	80

Ek-22. Tablo 4. Akran rehberlerin tanıtıcı özellikleri (n=9).

Özellik	Grup	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	9	100
	Erkek	0	0
Büyüdüğü Yer	Şehir	4	44.4
	Metropol	5	55.6
Anne Eğitim	Okuryazar değil	2	22.2
	İlkokul/ortaokul	4	44.5
	Lise	3	33.3
Baba Eğitim	İlkokul/ortaokul	4	44.4
	Lise	4	44.4
	Üniversite	1	11.1
Günlük İnternet Kullanımı	1-2 Saat	3	33.3
	2-4 Saat	6	66.7
Bulaşıcı Hastalıklar Hakkında Bilgi Almak İçin İnterneti Kullanma	Evet	9	100
	Hayır	0	0
Kronik Hastalık Varlığı	Var	1	11.1
	Yok	8	88.9
Bulaşıcı Hastalık Öyküsü	Evet	4	44.4
	Hayır	5	55.6
Çevresinde Cinsel Yolla Bulaşan Hastalığı Olma Durumu	Var	2	22.2
	Yok	7	77.8
Ailede Cinsel Yolla Bulaşan Hastalığı Olma Durumu	Var	1	11.1
	Yok	8	88.9
Kendisinde Cinsel Yolla Bulaşan Hastalığı Olma Durumu	Var	0	0
	Yok	9	100
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara Yönelik Test Yaptırma Durumu	Evet	1	11.1
	Hayır	8	88.9
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara Yönelik Aşı yaptırma durumu	Hepatit B	9	100
	HPV	0	0
Çevresinde HIV/AIDS ile Yaşayan Birey	Var	1	11.1
	Yok	8	88.9
Ailede HIV/AIDS ile Yaşayan Birey	Var	0	0
	Yok	9	100
Kendisinde HIV/AIDS	Var	0	0
	Yok	9	100
HIV Bulaşma Yollarını Bilme	Evet	5	55.6
	Hayır	0	0
	Kısmen	4	44.4
HIV Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu	Evet	6	66.7
	Hayır	3	33.3
CYBH'a Yönelik Test Yapma Durumu	Evet	1	11.1
	Hayır	8	88.9
Daha Önce HIV testi Yaptırma	Evet	0	0
	Hayır	9	100
HIV Pozitif Hastaya Bakma Öyküsü	Var	0	0
	Yok	9	100
Kan Yolu ile HIV Bulaşından Korkma	Evet	8	88.9
	Hayır	1	11.1
HIV Pozitif Hastalara Bakma Düşüncesine Bağlı Gerginlik	Evet	5	55.6
	Hayır	4	44.4
HIV Pozitif Hataya Bakmayı Reddetme	Evet	1	11.1
	Hayır	8	88.9
HIV Pozitif Hastalara Bakmaya İsteklilik	Evet	6	66.7
	Hayır	3	33.3

Ek-23. Tablo 5. Akran öğrencilerin tanıtıcı özellikleri (n=88).

Özellik	Grup	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	74	84.1
	Erkek	14	15.9
Büyüdüğü Yer	Kırsal Bölge	4	4.5
	Kasaba	4	4.5
	Şehir	41	46.6
	Metropol	39	44.3
Anne Eğitim	Okuryazar değil	3	3.4
	İlkokul/ortaokul	54	61.4
	Lise	25	28.4
	Üniversite	6	6.8
Baba Eğitim	Okuryazar değil	1	1.1
	İlkokul/ortaokul	43	48.9
	Lise	20	22.7
	Üniversite	24	27.3
Günlük İnternet Kullanımı	1 Saatten Az	4	4.5
	1-2 Saat	11	12.5
	2-4 Saat	43	48.9
	4 Saatten Fazla	30	34.1
Bulaşıcı Hastalıklar Hakkında Bilgi Almak İçin İnterneti Kullanma	Evet	79	89.8
	Hayır	9	10.2
Kronik Hastalık Varlığı	Var	7	8
	Yok	81	92
Bulaşıcı Hastalık Öyküsü	Evet	32	36.4
	Hayır	56	63.6
Çevresinde Cinsel Yolla Bulaşan Hastalığı Olma Durumu	Var	6	6.8
	Yok	82	93.2
Ailede Cinsel Yolla Bulaşan Hastalığı Olma Durumu	Var	4	4.5
	Yok	84	95.5
Kendisinde Cinsel Yolla Bulaşan Hastalığı Olma Durumu	Var	0	0
	Yok	88	100
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara Yönelik Test Öyküsü	Evet	26	29.5
	Hayır	62	70.5
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara Yönelik Aşı Yaptırma	Hepatit B	77	87.5
	HPV	1	1.1
	Aşı yok	10	11.4
Çevresinde HIV/AIDS ile Yaşayan Birey	Var	0	0
	Yok	88	100
Ailede HIV/AIDS ile Yaşayan Birey	Var	0	0
	Yok	88	100
Kendisinde HIV/AIDS	Var	0	0
	Yok	88	100
HIV Bulaşma Yollarını Bilme	Evet	19	21.6
	Hayır	3	3.4
	Kısmen	66	75
HIV Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu	Evet	61	69.3
	Hayır	27	30.7
CYBH'a Yönelik Test Yapma Durumu	Evet	26	29.5
	Hayır	62	70.5
Daha Önce HIV testi Yaptırma	Evet	10	11.4
	Hayır	78	88.6
HIV Pozitif Hastaya Bakma Öyküsü	Var	4	4.5
	Yok	84	95.5
Kan Yolu ile HIV Bulaşından Korkma	Evet	83	94.3
	Hayır	5	5.7
HIV Pozitif Hastalara Bakma Düşüncesine Bağlı Gerginlik	Evet	63	71.6
	Hayır	25	28.4
HIV Pozitif Hataya Bakmayı Reddetme	Evet	10	11.4
	Hayır	78	88.6
HIV Pozitif Hastalara Bakmaya İsteklilik	Evet	32	36.4
	Hayır	56	63.6

Ek-24. Tablo 6. Akran öğrencilerin HIV/AIDS'e yönelik sorulara verdikleri cevapların dağılımlarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası karşılaştırması (n=88).

Değişken	Grup	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		P değeri	Ki-kare χ^2
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
HIV Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu	Evet	61	69.3	88	100	**p<0.001**	31.893
	Hayır	27	30.7	0	0		
CYBH'a Yönelik Test Yapma Durumu	Evet	26	29.5	41	46.6	**p=0.02**	5.422
	Hayır	62	70.5	47	53.4		
Daha Önce HIV testi Yaptırma	Evet	10	11.4	22	25	**p=0.01**	5.500
	Hayır	78	88.6	66	75		
HIV Pozitif Hastaya Bakma Öyküsü	Var	4	4.5	21	23.9	**p<0.001**	13.474
	Yok	84	95.5	67	76.1		
Kan Yolu ile HIV Bulaşından Korkma	Evet	83	94.3	61	69.3	**p<0.001**	18.486
	Hayır	5	5.7	27	30.7		
HIV Pozitif Hastalara Bakma Düşüncesine Bağlı Gerginlik	Evet	63	71.6	12	13.6	**p<0.001**	60.432
	Hayır	25	28.4	76	86.4		
HIV Pozitif Hataya Bakmayı Reddetme	Evet	10	11.4	0	0	**p=0.001**	10.602
	Hayır	78	88.6	88	100		
HIV Pozitif Hastalara Bakmaya İsteklilik	Evet	32	36.4	85	96.6	**p<0.001**	71.619
	Hayır	56	63.6	3	3.4		