

SAHİBİ

Hacettepe AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi Adına
Serhat Ünal

EDİTÖRLER KURULU

Cem Babadoğan
Semra Çalangu
Muzaffer Fincancı
Filiz Hıncal

Sedef Şahin
Ferda Taşar
Serhat Ünal

YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ

Aygen Tümer

DANIŞMA KURULU

Murat Akova
Meral Aksoy
Nevzat Alkan
Şehnaz Alp
Selim Badur
İsmail Balık
Koray Başar
Zerrin Başer
Kadir Biberoglu
Altınay Bilgiç
Yeşim Çetinkaya Şardan
Nesrin Çobanoğlu
Figen Çok
Tunç Demircan
Başak Dokuzoğlu
Veli Duyan
Selda Erensoy
Tuncay Ergene

Gül Ergör
Güler Kanra
Rana Karabudak
Hülya Keskin
Sesin Kocagöz
Volkan Korten
İftihar Köksal
Ömer Kutlu
Yahya Laleli
Özcan Nazlıcan
Haluk Pektaş
Dolunay Polat
Gülay Sain Güven
Hakan Şatiroğlu
Ömrüm Uzun
Fatih Ünal
Pınar Zarakolu Köşker

TEKNİK HAZIRLIK

İhsan Aşın

BASKI

Ayrıntı Basımevi - İvedik Organize Sanayi Bölgesi
28. Cad. 770 Sok. No: 105-A Ostim/ANKARA
Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92
Faks: (0312) 394 55 94

BASIM TARİHİ

22 Ekim 2011

YAYIN İDARE ADRESİ

HACETTEPE AIDS TEDAVİ VE ARAŞTIRMA
MERKEZİ (HATAM)
Morfoloji Binası Kat. 1 06100 - ANKARA
Tel: 0.312 310 80 47
Fax: 0.312 310 80 47 - 310 41 79
e-mail: atumer@hacettepe.edu.tr

TÜRK

HIV AIDS

CİLT: 10 • SAYI: 1
OCAK-ŞUBAT-MART
2007

DERGİSİ

Turkish Journal of HIV/AIDS

ISSN: 1304-7825

İçindekiler

Editörden

Serhat Ünal 4

HIV Enfeksiyonunda Tedaviye Uyum Sorunu ve Uyumu Artırma Stratejileri

Muzaffer Fincancı 5

Akut HIV Enfeksiyonu ve Sfiliz

Menenjit/Kraniyel Sinir Tutulumu

Figen Kaptan, Serap Ural, Nesrin Türker,
Sibel El, Bahar Örmən, İlknur Vardar,
Emel Düzgünsıvacı, Fatih Kaya
Yeşim Yetimaller, Nejat Ali Çoşkun 11

Avasküler Nekroz ve HIV/AIDS:

Bir Olgu Sunumu

Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu,
Özlem Altuntaş Aydın,
Özcan Nazlıcan 13

Güvenli Sevgi

Serap Selver Kipay 17

İnternet'te HIV/AIDS

Aygen Tümer 25

Türk HIV/AIDS dergisi, Hacettepe AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi'nin yılda 4 kez yayınlanan hakemli, yaygın süreli bilimsel yayın organıdır.

Türk HIV AIDS Dergisi'nde yayınlanan yazılar, resim, şekil ve tablolar yayıncının izni olmadan kısmen veya tamamen çoğaltılamaz. Bilimsel amaçlarla kaynak gösterilmek şartı ile özetleme ve alıntı yapılabilir.

Bu derginin yayımını destekleyen kuruluş derginin bilimsel içeriğine karışmamaktadır. İleri sürülen ve savunulan görüşler destekleyen kuruluşun görüşlerini yansıtmak zorunda değildir.





1. Türk HIV AIDS Dergisi Ocak, Nisan, Temmuz, Ekim olmak üzere HATAM tarafından 3 ayda bir hakemli olarak yayımlanmaktadır.
2. Derginin amacı dahili bilimler konularında yapılan deneysel çalışmalar, klinik çalışmalar, epidemiyolojik çalışmalar, derlemeler, olgu sunumları, kısa raporlar ve editöre mektup türünden yazılar ile okuyucular arası bilgi alışverişini sağlamak ve böylece ülkemizin bilimsel gelişimine katkı sağlamaktır.
3. Derginin dili Türkçe'dir ve Türkçe yazılmış makaleler kabul edilmektedir. Deneysel çalışmalar, klinik ve epidemiyolojik çalışmalar, olgu sunumları, derleme türü makaleler için Türkçe özet, Türkçe anahtar kelimeler, İngilizce özet, İngilizce anahtar kelimelerin bulunması zorunludur. Kısaltmalar uluslararası kabul edilen şekilde olmalı ve ilk kullanıldıkları yerde açık olarak yazılmalı ve parantez içinde kısaltılmış şekil gösterilmelidir.
4. Yazıda mikroorganizmaların Latince isimleri ilk geçtikleri yerde tam ve açık olarak yazılmalı, daha sonraki kullanımlarda cins isminin ilk harfi büyük harfle yazılarak, nokta konulmalı ve tür ismi küçük harflerle yazılarak kısaltılmış olarak kullanılmalıdır. Örneğin: "Streptococcus pneumoniae ... S. Pneumoniae" gibi. Mikroorganizmaların orijinal Latince isimleri ya italik olarak yazılmalı veya italik yazılmalarını sağlamak için altları çizilmelidir. Yazıda mikroorganizmaların sadece cins adı belirtiliyorsa Türkçe'ye kazandırılmış şekli ile yazılabilir. Örneğin: Stafilokok, streptokok gibi. Bu durumda italik yazılıma gerek yoktur.
5. Antibiyotik isimleri dil bütünlüğünü sağlamak açısından okunduğu gibi yazılmalı ve cümle başında değilse ilk harfi küçük olarak yazılmalıdır. Örneğin: "sefotaksim, streptomisin, penisilin" gibi.
6. Gönderilen yazılar, isimleri gizli tutulan konuyla ilgili üç danışma kurulu üyesinden en az iki olumlu görüş karşılığında yayımlanmaya hak kazanır.
7. Yazıların hemen işleme konulabilmesi için belirtilen yazım esaslarına tam olarak uygun olması gereklidir.
8. Yazılar yazıcı ile A4 kağıda, kağıdın sadece bir yüzüne ve çift aralıklı olarak yazılmalı 3.5" disket ile birlikte gönderilmelidir.
9. Araştırma şeklindeki makaleler mutlaka aşağıda belirtilen düzene uygun olmalıdır;
 - 1- Sayfa: Başlık (Türkçe), Yazarlar, Kurum, Yazışma Adresi
 - 2- Sayfa: Özet ve Anahtar Kelimeler (Türkçe ve İngilizce)
 - 3- Sayfa ve sonraki sayfalar sırasıyla Giriş, Materyal ve Metod, Sonuçlar, Tartışma ve Kaynaklar.
10. Olgu sunumu şeklindeki makalelerde de yukarıdaki ilk 2 sayfa için geçerli düzene uyulmalı, üçüncü sayfadan itibaren yazının türüne uygun şekilde kaleme alınmalıdır.
11. Derlemelerde 9. maddedeki ilk 2 sayfa için geçerli düzene uyulmalı, kaynak sayısı 40'ın üzerinde olmamalıdır. Dergide yayımlanacak derleme türündeki yazılar editörler kurulu tarafından önceden planlandığı için, planlananın dışındaki derleme türü makaleler ile ilgili olarak yazı gönderilmeden önce editörler kurulunun onayı alınmalıdır.
12. Tablo, Şekil ve Resimler (Numaraları ve/veya alt yazıları ile birlikte) gönderilecek olan üç ör-

nekten yalnızca birinde yazı içinde yer alması istenilen şekilde hazırlanmalı (eklenmeli, yapıştırılmalı vs.), diğer iki örnekte numara, başlık veya alt yazıları ile birlikte her biri bir A4 kağıda (çizilmiş, yazılmış veya yapıştırılmış olarak) hazırlanarak yazıya eklenmelidir. Bu son iki örnekte yazı danışma kurulu üyelerine isim saklı olarak gönderileceği için, yazar isimleri ve çalışmanın yapıldığı yer ile ilgili bilgiler bulunmamalıdır. Boş bırakılmalı veya okunamayacak şekilde silinmelidir.

13. Kaynak numaraları metinde parantez içinde ve cümle sonunda belirtilmeli, metin sonunda eser içindeki geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır. Kaynakların yazılımı aşağıdaki örneklerle uygun olmalıdır.

Kaynak bir dergi ise;

Yazar(lar)ın Soyadı Adının baş harf(ler)i, (6 ve daha az sayıda yazar için yazarların tümü, 6'nın üzerinde yazarı bulunan makaleler için ilk 3 yazar belirtilmeli Türkçe kaynaklar için "ve ark.", yabancı kaynaklar için "et al." ibaresi kullanılmalıdır). Makalenin başlığı Derginin Index Medicus'a uygun kısaltılmış ismi Yıl; Cilt: İlk ve son sayfa numarası.

Örnek: Sloan AE, Powers ME, A perspective on popular perceptions of adverse reactions to foods. J Allergy Clin Immunol 1986; 78:127.

Kaynak bir kitap ise;

Yazar(lar)ın Soyadı Adının baş harf(ler)i. Kitabın Adı, Kaçınıcı Baskı olduğu, Basım Yeri, Basımevi, Basım yılı.

Örnek: National Asthma Campaign. Asthma Management Handbook 1996. National Asthma Campaign Ltd., Melbourne 1996.

Kaynak kitaptan bir bölüm ise;

Bölüm yazar(lar)ının Soyadı Adının baş harf(ler)i. Bölüm başlığı In: Editörlerin soyadı adının baş harf(ler)i (ed) veya (eds). Kitabın adı, Kaçınıcı baskı olduğu, Basım yeri: Yayınevi, Baskı yılı: Bölümün ilk ve son sayfa numarası.

Örnek: Sheffer AL (Ed.) Global Initiative for Asthma. NHLBI/WHO Workshop Report. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Publication No. 95-3659 January 1995: 128-144.

14. Olgu sunumlarının giriş ve tartışma kısımları kısa-öz olmalı, kaynak sayısı kısıtlı olmalıdır.
15. Kısa raporlar özet içermemeli, kısa-öz olmalı, kaynakları sınırlı olmalı, sonuna sırasıyla yazar isimleri, unvanları ve yazışma adresleri eklenmelidir.
16. Editöre mektup bölümü, dergide daha önce yayımlanmış yazılara eleştiri getirmek, katkı sağlamak ya da orijinal bir çalışma olarak hazırlanmamış ve hazırlanamayacak bilgilerin iletilmesi amacıyla oluşturulduğundan kısa-öz olmalı, özet içermemeli, kaynakları sınırlı olmalıdır.
17. Yazılar, yazının daha önce bir dergide yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olduğunu bildiren, makaledeki isim sırasına uygun biçimde yazarlarca imzalanmış bir üst yazı ile gönderilmelidir.
18. Daha önce sunulmuş bildiriler yer ve tarih belirtmek koşuluyla yayımlanabilir.
19. Yayımlanan yazıların bilimsel ve hukuki sorumluluğu yazarlarına aittir.
20. Dergimizde yayınlanan yazıların yayın hakkı HATAM'a aittir. Yazarlara telif ücreti ödenmemektedir.
21. Yazılar yazışma adresine yukarıdaki kurallara uygun şekilde 3.5" disket (Word 6.0 veya gelişmiş bir program) ile birlikte ve mutlaka üç nüsha olarak gönderilmelidir.



Turkish HIV/AIDS Journal is published quarterly with peer reviewed by HATAM (Hacettepe AIDS Treatment and Research Center). Months of issue are January, April, July and October. Manuscripts are welcomed from all countries about HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases.

Papers are accepted for consideration on the understanding that their contents have not been published in whole elsewhere, that they are subject to editorial revision. Any material that has been published elsewhere must be accompanied by written consent to republication by the copyright holder and the authors.

Human subject experiments should be in accordance with the ethical standards of a responsible committee and with the Helsinki Declaration. Animal studies should also be carried out within recognised guidelines for the care of laboratory animals.

Manuscripts in the following categories are the features of the Journal:

Editorials-Should be initially discussed with the Editor. Brief, substantiated commentary on particular subjects.

Reviews-Should be initially discussed with the editor. A review of several clinical studies or a pattern appearing in several cases.

Clinical and Laboratory Research Articles: Original in depth clinical and investigative laboratory research studies.

Case reports: Brief individual case reports of unusual interest.

Brief communications: Case reports or clinical observations of unusual interest.

Letters to the Editor: Brief letters or notes to the Editor that comment on articles already published.

Papers should be typewritten in double spacing on A4 paper (21x29.7 cm) with a margin of at least 3 cm all round. Two copies of the manuscript and illustrations together with a diskette of the final version. Diskette should be labelled with the first author's last name and the type of word processing software used.

As a large number of authors and readers will have a first language other than English, it is important, therefore, that the authors write in a clear and concise manner.

Generic names must be used. If a trade name is included, it should follow the generic name in parentheses the first time mentioned. Thereafter, generic names only should be used throughout the remainder of the article.

Weights and measurements must be expressed in metric units. Temperatures must be expressed in degrees centigrade.

Original articles should be set out as follows, with each section beginning on a separate page: title page, abstract, text, references, tables, legends to illustrations.

The title page should give the following information: (1) title of the article; (2) authors' full names; (3) the department and institution to which the work should be attributed.

The abstract should consist of very brief statements about each of the main sections (abstract is only needed for clinical and laboratory studies, reviews and editorials).

A list of 3 to 6 key words should be provided.

The text should be arranged as follows: (1) Introduction; (2) Patients and Methods; (3) Results; (4) Discussion and Conclusions; (5) Acknowledgements.

References. The author is responsible for the accuracy of his/her references. References must be identified in the text by Arabic numerals in parenthesis, in order of their mention. Journal titles should conform to the abbreviations in Cumulated Index Medicus.

EXAMPLES OF REFERENCES (if six or fewer authors, list all; if seven or more, list first three and add et al.):

For journal articles:

Deeks SG, Smith M, Holodiny M, Kahn JO. HIV protease inhibitors: a review for clinicians. JAMA 1997; 277:145-53.

For books:

Sherlock S. Diseases of the Liver and Biliary System. Eighth edition, Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1989.

For chapter in books:

Wohl DA, Van der Horst CM. Acute HIV Infection. In: Powderly WG, ed. Manual of HIV therapeutics. 1st ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997: 7-13.

Illustrations and Tables. Tables, figures and legends should supplement, not duplicate, the information in the text. Each table should be typed on a separate sheet, numbered in Arabic numerals. Photographs and radiographs should be submitted in the form of halfplate prints (approximately 17x11cm). All figures should be unmounted. The number of illustration (in Arabic numerals), the first author's last name, figure number should be indicated lightly in pencil on the back.

Letters to editor which are subject to critical review, may be published in part or in full. Preference to the letters is given to letters related to articles published in the Journal, but letters on topics of current interest may also be accepted.

One set of proofs will be sent to the corresponding author as given on the title page of the manuscript. Corrected proofs should be sent to the publisher within seven days of receipt.



Değerli dostlar,

HIV/AIDS hastalığı ile ilgili farkındalığı artırmak için tüm dünyada faaliyetler düzenlenen “1 Aralık Dünya AIDS Günü” yaklaşıyor. Her yıl olduğu gibi bu alanda çalışanlar yine bir araya gelerek hastalıkta yaşanan gelişmeleri tartışacağız. 25-27 Kasım 2011 tarihlerinde 2. düzenlenecek olan “Klinik HIV/AIDS Sempozyumu-2011” de beraber olmak ve katkılarınızla sempozyumu zenginleştirmek dileği ile,

Elinizde bulunan sayıda “HIV enfeksiyonunda tedaviye uyum sorunu ve uyumu artırma stratejileri” başlıklı yazıda önemli detaylar bulacaksınız. “Klinik HIV/AIDS 2010” Sempozyumunda ilgi gören vakalardan “Akut HIV Enfeksiyonu ve Sifiliz Menenjit/Kraniyel Sinir Tutulumu” ve “Avasküler Nekroz ve HIV/AIDS” sizlerle paylaşılmaktadır. “Güvenli Sevgi” başlıklı makale ve her sayımızda olduğu gibi güncel makalelerin yer aldığı “İnternet’te HIV/AIDS” sizlere sunulmaktadır.

Yararlı olması dileği ile,

Editörler Kurulu Adına
Dr. Serhat ÜNAL



HIV Enfeksiyonunda Tedaviye Uyum Sorunu ve Uyumunu Artırma Stratejileri

TÜRK
HIV AIDS
DERGİSİ
2007; 10(1)

Dr. Muzaffer Fincancı

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Uyumun Tedavi Başarısındaki Rolü

İlaçlarını düzenli ve gerektiği şekilde kullanmayan HIV enfeksiyonlu kişilerde en etkili tedavi rejimlerinin bile başarısız kalması kaçınılmazdır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, ilk seçenek tedavi rejimleri verilen hastaların tedavi sonuçları incelendiğinde (tedaviye niyetlenenlerin analizi), hastaların yalnızca %73'ünde uzun süreli viral baskılanma sağlanabildiği görülmüştür (1). Aynı hastalardan gerçekten tedavi alanlar incelendiğinde ise (tedavi alanların analizi), uzun süreli viral baskılanma oranı %90'ın üzerinde bulunmuştur. Bu bulgular bize günümüzdeki tedavi rejimleri ile hastaların neredeyse tamamını tedavi edebileceğimizi, fakat tedavi verilen hastaların dörtte biri ilaçlarını gerektiği gibi kullanmadıkları için tedaviden yararlanamadıklarını göstermektedir. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde en az 48 hafta çeşitli anti-retroviral tedavi alan 64 hasta incelendiğinde, 24. haftada 13 hastada (%20) virolojik yanıtızsızlık görülmüş, bu 13 hastanın tamamının tedaviye uyum göstermedikleri saptanmış, bu hastaların tedaviye uyum göstermelerinin sağlanmasının ardından 48. haftada virolojik yanıt oranı %97'ye yükselmiştir (Tablo 1) (yayınlanmamış veri).

TABLO 1 Çeşitli Antiretroviral Tedavi Rejimleri Alan Hastalarda Tedaviye Uyum ile Virolojik Yanıt Arasındaki İlişki. (LPV/r: Lopinavir/Ritonavir, ZDV/3TC: Zidovudin/Lamivudine, EFV: Efavirenz, TDF/FTC: Tenofovir/Emtricitabin, IDV: Indinavir, NVP: Nevirapin)

Tedavi Rejimi	Hasta Sayısı	24. haftada Virolojik Başarısızlık Görülen Hasta Sayısı	İlk 24 Hafta Uyum Göstermeyen Hasta Sayısı	24. Haftadan Sonra Uyum Sağlanmasına Bağlı Olarak 48. Haftada virolojik Yanıt Gösteren Hasta Sayısı	48. haftada virolojik başarısızlık görülen toplam hasta sayısı
LPV/r + ZDV/3TC	29	4	4	4	0
EFV + TDF/FTC	18	4	4	4	0
EFV + ZDV/3TC	8	4	4	3	1
IDV + ZDV/3TC	5	1	1	0	1
NVP + ZDV/3TC	3	0	0	0	0
LPV/R + TDF/FTC	1	0	0	0	0
TOPLAM	64	13 (%20)	13 (%20)	11 (%85)	2 (%3)

Tedavinin başarısını belirleyen en önemli faktörlerden biri uyumun derecesidir. Gerçek bir uyum için tedaviye %95 üstü uyum gösterilmesi gerekir.



Tedavi Başarısı İçin Ne Kadar Uyum Gerekli?

Tedavinin başarısını belirleyen en önemli faktörlerden biri uyumun derecesidir. Gerçek bir uyumdan bahsedebilmek için tedaviye %95'in üzerinde uyum gösterilmesi gerekir. Daha düşük düzeylerde tedavi uyumları daha düşük düzeyde tedavi başarılarına yol açacaktır. Bu durum hastaların 6 ay boyunca tedaviye uyumlarının ölçüldüğü ve tedavi sonu virolojik ve immünolojik yanıtlarının değerlendirildiği prospektif bir çalışmada açıkça gösterilmiştir (2). Bu çalışmada, tedaviye %95'in üzerinde uyum gösteren hastaların %20'sinde virolojik başarısızlık gözlenirken, %70'in altında uyum gösterenlerde %82, %70-80 arasında uyum gösterenlerde %71 oranlarında başarısızlıkla karşılaşılmıştır. Benzer şekilde CD4 sayılarındaki artış da tedavi uyumu ile paralellik göstermiştir.

Antiretroviral Tedavi ile Direnç Gelişmesi Arasındaki İlişki

Antiretroviral tedaviye yeterli uyum gösterilmesi ile antiretroviral ilaçlara direnç gelişmesi arasında ilişki vardır. Fakat bu ilişki oldukça karmaşıktır ve uyumun derecesi ile yakından ilişkilidir. Proteaz inhibitörlerine (PI) uyumun derecesi ile direnç gelişmesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir prospektif çalışmada "tedaviye uyumu oldukça iyi" hastalarda direnç gelişme olasılığının tamamen uyumsuz hastalara oranla daha fazla olduğu gözlenmiştir (3). Bu çalışmada ritonavir ile güçlendirilmemiş proteaz inhibitörlerine en fazla direnç tedaviye %70-80 uyum sağlayan hastalarda saptanmış, bundan daha az uyum gösteren hastalarda, örneğin %30-40 uyum gösterenlerde daha düşük bulunmuştur. Tamamen uyumsuz veya çok az uyum gösteren hastalarda dolaşımdaki ve hücre içindeki ilaç düzeyi çok düşük veya sıfır olacağı için virüs üzerinde mutasyon seçimi baskısı olmamakta, dolayısı ile dirençli mutanlar ortaya çıkmamaktadır. Bu nedenle direnç gelişimi en sık %50-80 oranında uyum gösterenlerde gözlenmektedir. Efavirenz, nevirapin gibi non-nükleozid analoglarında (NNRTI) ise bu ilaçların yarılanma ömürleri daha uzun olduğu için, bir doz atlanması veya ilacın geç alınması sonucu direnç gelişmesi Pİ'lere göre daha az görülmektedir.

Uyumun Ölçülmesi

Uyumun derecesi hem tedavi başarısını, hem de direnç gelişme sıklığını belirlediği için uyumun doğru olarak ölçülmesi gerekir, fakat bu oldukça güçtür. Hastaların bildirimleri oldukça güvenilirmez bulunmuştur çünkü hastaların yaklaşık üçte birinin uyumlarını abarttıkları anlaşılmıştır (4). Hastaların doktorlarını memnun etmek amacıyla böyle bir abartı yaptıkları düşünüldüğü için uyum ile ilgili sorgulamanın doktor dışı sağlık personeli tarafından yapılması önerilmiştir. Uyumsuzluk en sık hafta sonları ve tatillerde olduğu için, sorgulamanın bugünlerin ardından yapılması gerçeğe daha yakın sonuçlar vermektedir. Doktorlar ve hemşireler de uyumu tahmin etmekte pek başarılı bulunmamışlardır. Doktorlar %41, hemşireler ise %30 oranında yanlış tahminde bulunmuşlardır (5). İlaç sayımı objektif ve göreceli olarak ucuz bir yöntem olmasına rağmen oldukça zahmetlidir; özellikle tüm ilaçlarını aynı şişeye koyanlarda yanlışlama olasılığı vardır. Ayrıca bazı hastaların uyumsuzlukları anlaşılmasın diye şişedeki ilaçlarını azalttıkları görülmektedir (5). Fakat habersiz sayımlarda başarılı sonuçlar alındığı da bildirilmektedir (6). İlaç düzeyi ölçümleri ise pratik olmamasının yanı sıra göreceli pahalıdır. Zidovudin kullanan hastalarda makrositoz görülmesi (ortalama eritrosit hacminin 100fL'nin üzerinde olması) bu ilacın uygun kullanıldığını gösteren bir biyolojik göstergedir, fakat yalnız bu ilaç ile sınırlıdır. Uyum hatasız ölçebilmek için elektronik monitörler geliştirilmiştir. Bu monitörlere "Medication Event Monitoring System" (MEMS) adı verilmektedir. Bu sistemlerde, ilaçlar sistemin içine yerleştirilmekte, hasta her ilaç aldığı anda sistem kaç ilaç alındığını ve alınma zamanını kaydetmekte, daha sonra bu veriler bir bilgisayar programı ile yorumlanmaktadır. Bu yöntem her ne kadar altın standart kabul edilip çalışmalarda kullanılmışsa da, pratikte kullanımı oldukça zor ve pahalıdır.

Tedavi başarısızlığı ile uyum arasında yakın bir ilişki olduğu için, tedavi sonrası beklenen sürede virolojik ve/veya immünolojik yanıt alınamaması, veya, yanıt alınmış bir hastada viral yükün yeniden yükselmesi veya CD4 lenfosit sayısının düşmesi başka bir neden bulunamazsa tedavi uyumsuzluğunu kuvvetle düşündürmeli, uyumsuzluğun varlığı ve derecesini ortaya çıkarmak için yukarıdaki yöntemlerden koşullara en uygun olanı uygulanmalıdır.

Hasta Bildirimlerine Göre Uyumsuzluk Nedenleri

Tedavi uyumsuzluğunun nedenlerini araştıran çalışmalarda hastaların birden fazla ve değişik nedenler bildirdikleri anlaşılmıştır (7). Bunların yarısından fazlası yaşam düzeni ile ilgilidir. Başka şeylerle meşgul olma veya unutma %52, evden uzak olma %46, günlük rutinde değişiklik %45 oranında hastalar tarafından tedavi uyumsuzluğu nedeni olarak gösterilmiştir.

Duygusal nedenler de tedavi uyumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastaların %27'si depresyon veya enfekte olduklarını ilk öğrendiklerinde yaşadıkları duygusal alt üst oluş nedeni ile tedaviye gerekli uyumu gösterememektedirler. Çok uzun süre ilaç kullanma sonucu bıkkınlık ve "ilaç tatili" yapma isteği %20, ilaçların çok fazla sayıda olması ve zaman içinde bu ilaçlara "bağırsıklık kazanılacağı" endişesi %19, bu kadar ilacın mutlaka toksik etkilerinin olacağına düşünülmesi %18, hasta tarafından ilaçların yan etkilerinin olduğunun düşünülmesi %17, ilaç almanın HIV enfeksiyonunu hatırlatması %16 oranında tedavi uyumsuzluğuna yol açmaktadır (7).

Uyumu Etkileyen Demografik, Sosyal ve Davranışsal Nedenler

Tedaviye uyumun yaş ile birlikte arttığı, 50 yaş üstü hastaların tedaviye daha gençlere göre daha iyi uyum sağladıkları görülmüştür (8). Kadınların tedavi uyumu erkeklere göre daha kötü bulunmuştur (%49'a karşı %60). Kadınlarda ikiden fazla çocuk sahibi olmanın ve yasadışı ilaç kullanmanın da uyumu olumsuz etkilediği anlaşılmıştır. Etnik kökenin ve hastanın bağlı olduğu sigorta kurumunun uyumda belirgin bir etkisi saptanmamıştır (8).

Enfekte kişilerin sosyo-ekonomik koşulları da uyumu etkilemektedir. Sosyal destek eksikliği gibi olumsuz sosyo-ekonomik koşulların yol açtığı umutsuzluğa eşlik eden depresyon uyumu %86 oranında azaltmaktadır (9). Depresyon ile yorgunluk arasında ilişki olduğu anlaşıldığı için sürekli yorgunluktan yakınan bir kişide depresyondan şüphelenilmeli ve varlığı saptanırsa ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır. Kişilerin uyum sağlayabileceklerine inandırılmaları ve kendi kendilerine "evet yapabilirim" demelerinin de uyumu beş kat artırdığı gözlenmiştir (9).

Düşük eğitim düzeyi, diyabet vb. başka kronik bir hastalığın varlığı, tedavi başlandığında hastalığın ileri evrede olması, aşırı alkol ve diğer maddelerin kullanımı da uyumu olumsuz yönde önemli ölçüde etkileyen nedenler olarak bildirilmiştir.

Uyumu Etkileyen Reçete Kaynaklı Faktörler

HIV ile enfekte kişiye tedavi verme kararı alındıktan sonra tedavi rejiminin hastanın özelliklerine ve günlük alışkanlıklarına göre seçilmesi, rejimin karmaşıklığı, tedavi hastaya ilk önerildiğinde hastanın tedavinin önemini ve devamlılığını kavraması ve kabul etmesi, verilen ilaçların sayısı ve doz sıklığı, ilaçların erken ve geç istenmeyen etkileri hakkında bilgilendirme de tedaviye uyumu etkilemektedir.

HIV ile enfekte kişinin hastalığı ile ilgili yeterli bilgi verilmesi, anlatılanları anlama düzeyi, verilen tedavinin önemini kavraması tedaviye uyumu etkilemektedir (10). Verilen tedavi rejiminin hastanın günlük yaşam temposuna uygun olmasının tedaviye uyumu dokuz kat artırdığı bildirilmiştir (7). Tedavi rejiminin karmaşık olması, örneğin bazı ilaçların yemekten önce, bazılarının sonra alınması, ilaçların buz dolabında saklanma zorunluluğu tedaviye uyumu güçleştirmektedir (11). Günlük ilaç sayısının çok olması, özellikle bir yerine üç ilaç alınması ve doz sıklığı da olumsuz faktörler olarak bildirilmiştir (12).

Pek çok hasta ilaçların erken ve geç dönemdeki yan etkileri hakkında yeterince bilgilendirilmediklerinden dolayı, ya yan etki ortaya çıkmasından korktukları için, ya da basit istenmeyen etkiler nedeniyle tedaviyi kendiliklerinden kesmektedirler. Pİ'lerin ilk kullanılmaya başlandığı yıllarda, hastaların %36'sı tedavi almayı kendiliğinden bırakmış, bunun en önemli nedeni olarak da (%58) ciddi olmayan bulantı, karın ağrısı gibi geçici yan etkileri göstermişlerdir (13). Vücut şeklinin bozulması ile ilgili kaygılar da ilaç kullanma isteğini önemli ölçüde azaltmaktadır (14).

Uyumu Artırma İçin Öneriler

Her şeyden önce hastanın tedavi için hazır olduğundan emin olunmalıdır. Yukarıda anlatıldığı şekilde hastalığını yeni öğrendiği için duygusal olarak alt üst olmuş, kontrol altına alınmamış depres-

**Tedaviye
başlarken HIV
enfekte kişi
sadece CD4
hücre sayısı ve
viral yük ile
değil, sosyal,
kültürel,
ekonomik ve
psikolojik
yönleri ile de
değerlendiril-
melidir.**



yonu bulunan, kendini suçlayan ve cezalandırmaya çalışan, bu hastalıkla asla başa çıkamayacağını düşünen, günlük yaşam düzeni kaotik, sosyal desteği zayıf, aşırı alkol ya da madde kullanan, hastalığın süreci ve tedavinin önemi hakkında yeterli bilgi sahibi olmayan veya algılama güçlüğü çeken, her hangi bir sosyal güvencesi olmayan, ilaçları sürekli temin edebileceği şüpheli kişilerde bu olumsuzlukları düzeltmeden veya kontrol altına almadan başlanan herhangi bir antiretroviral tedaviye uyum sağlanmasını beklemek akılcı değildir.

Bu nedenle, tedaviye başlarken enfekte kişi yalnızca CD4 hücre sayısı ve viral yük ile değil, sosyal, kültürel, ekonomik ve psikolojik yönleri ile de değerlendirilmelidir. Bunu başarmak için de, enfekte kişinin hep aynı merkez tarafından takip edilmesi, o merkezdeki doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarına güveninin kazanılması, tedavi öncesi sık görüşmeler yapılması, bu görüşmelerde kişinin enfeksiyonunun evresi, süreci ve gelecekteki beklentilerin objektif olarak anlatılıp hastanın bunları kavramasının sağlanması, bu süreçte uyumu olumsuz etkileyebilecek yukarıda sayılan faktörlerin açığı kapatılıp çözüm yolları aranması, bu konuda konuyla ilgili resmi ve sivil toplum kuruluşlarından ve psikiyatri kliniklerinden destek alınması gerekir.

Enfekte kişi için en uygun tedavi rejimini seçerken hastanın yaşam düzeni ve diğer özellikleri göz önünde tutularak kullanılması en kolay tedavi rejimi seçilmeye çalışılmalıdır. Seçilen rejim verilirken enfekte kişiye o anda hastalığı için en önemli şansını kullandığı iyice kavratılmalı, uyum sorunu nedeni ile başarısızlığın sonuçları iyice anlatılmalıdır. Verilen ilaçların kısa ve uzun dönemdeki istenmeyen etkileri, bunların önem derecesi, bu tür etkiler görüldüğünde ne yapması gerektiği belirtilmeli, doktoruna danışmadan yan etki nedeni ile herhangi bir ilacı kendiliğinden kesmemesi gerektiği konusunda uyarılmalıdır.

Tedavi verildikten sonra etkinliği ve istenmeyen etkiler yakından ve sık olarak izlenmeli, bu nedenle özellikle başlangıçtaki vizitler sık tutulmalı, her vizitte hastanın tedaviye uyumu da değerlendirilmeye çalışılmalı, kuşkulu durumlarda yukarıda belirtilen uyum ölçme yöntemlerinden uygun olanlar seçilerek uyumun derecesi ölçülmeye çalışılmalıdır.

Tedavi başarısızlığının en önde gelen nedeni tedavi uyumsuzluğu olduğu için, tedaviden beklenen yanıt alınamadığı durumlarda uyumsuzluğu

ve derecesini belirlemek için çaba sarfedilmeli, uyumsuzluk saptanırsa nedenleri ortaya çıkarılmaya çalışılıp gerekli önlemler alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Gallant JE, Staszewski S, Pozniak AL, *et al.* Efficacy and safety of tenofovir DF vs stavudine in combination therapy in antiretroviral-naïve patients: A 3-year randomized trial. *JAMA* 2004;292:191-201.
2. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, *et al.* Adherence to Protease Inhibitor Therapy and Outcomes in Patients with HIV Infection. *Ann Intern Med.* 2000;133:21-30.
3. Bangsberg DR, Charlebois ED, Grant RM, Holodniy M, *et al.* High levels of adherence do not prevent accumulation of HIV drug resistance mutations. *AIDS* 2003;17:1925-32.
4. Arnsten JH, Demas PA, Farzadegan H, *et al.* Antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users: compari. *Clin Infect Dis* (2001) 33: 1417-23.
5. Paterson, DL., Potoski B., Capitano B. Measurement of Adherence to Antiretroviral Medications. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*: 2002;31: S103-S106.
6. Parienti JJ, Verdon R, Bazin C, *et al.* The pills identification test: a tool to assess adherence to antiretroviral therapy. *JAMA* 2001; 285:412
7. Gifford AL, Bormann JE, Shively MJ, *et al.* Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens. *J Acquir Immune Def Syndr* 2000, 23:386-395.
8. Wenger N, Gifford A, Liu H, *et al.* Patient Characteristics and Attitudes associated with Antiretroviral (AR) Adherence. Presented at the 6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, Illinois, 1999, February, Abstract 98.
9. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. Gordillo V, del Amo J, Soriano V, González-Lahoz J. *AIDS* 1999;13(13):1763-9.
10. Miller LG, Liu H, Hays RD, Golin CE, Ye Z, Beck CK, *et al.* Knowledge of antiretroviral regimen dosing and adherence: a longitudinal study. *Clin Infect Dis* 2003;36:514-8.
11. Stone VE, Hogan JW, Schuman P, Rompalo AM, Howard AA, Korkontzelou C, *et al.* Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence and HIV patients' understanding of their regimens: Survey of women in the HER study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;28:124-31.
12. Stone VE, Jordan J, Tolson J, Pilon T. Potential impact of once-daily regimens on adherence to HA-ART. Program and abstract of the 40th Annual

- Meeting of the Infectious Diseases Society of America: Chicago, Illinois; 2002.
13. d'Arminio Monforte A, Lepri AC, Rezza G, Pezzotti P, Antinori A, Phillips AN, *et al.* Insights into the reasons for discontinuation of the first highly active antiretroviral therapy (HAART) regimen in a cohort of antiretroviral naive patients: ICONA Study Group. AIDS 2000;14:499-507
14. Kasper TB, Arboleda CH, Halpern M. The impact of patient perceptions of body shape changes and metabolic abnormalities on antiretroviral therapy. Program and abstracts of the 13th International AIDS Conference: Durban, South Africa; 2000 Abstract WePpB1380.

***HATAM web sayfamızı
ziyaret ettiniz mi?***

• YENİLENDİ •

<http://www.hatam.hacettepe.edu.tr>



Akut HIV İnfeksiyonu ve Sifiliz Menenjitisi/Kraniyel Sinir Tutulumu

TÜRK
HIV AIDS
DERGİSİ
2007; 10(1)

■ ¹Dr. Figen Kaptan
¹Dr. Serap Ural
¹Dr. Nesrin Türker
¹Dr. Sibel El
¹Dr. Bahar Örmən
¹Dr. İlknur Vardar
²Dr. Emel Düzgünsıvacı
¹Dr. Fatih Kaya
³Dr. Yeşim Yetimaller
¹Dr. Nejat Ali Coşkun

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

²Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü, İzmir

³Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Nöroloji Kliniği, İzmir

Cinsel yolla bulaşan bir hastalık saptandığında aynı yolla bulaşan diğer hastalıkların da araştırılmasını ve ülkemizde de akut HIV enfeksiyonunun ayırıcı tanıları arasında akla getirilmesini vurgulamak amacı ile sifiliz ve akut HIV enfeksiyonu saptanan bu olgu 10 – 12 Aralık 2010 tarihleri arasında yapılan Klinik HIV/AIDS Sempozyumu'nda sunulmaya değer bulunmuştur.

Kırksekiz yaşındaki, evli erkek olguda 20 gündür halsizlik, ateş ve eklem ağrısı; son 1-2 gündür bu yakınmalara eklenen baş ağrısı mevcuttu. Başvurusundan yaklaşık 1.5 ay önce şüpheli heteroseksüel ilişki tanımlayan olguda fizik bakıda aksiller ateş 37.3°C idi. Sağ servikal bölgede çok sayıda mikro lenfadenomegali ve nörolojik bakısında sol nazolabial olukta hafif siliklik ve solda göz kapağını kapatmanın zayıf olması dışında patolojik bir bulgu saptanmadı.

Rutin laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı 10,100/mm³ (%45 polimorf nüveli lökosit, %45 lenfosit, %9 monosit) ve hafif ALT yüksekliği (52 Ü/l) dışında patolojik bir bulgu saptanmadı. Sero-lojik testlerinde VDRL 1/2 titrede pozitif ve TPHA testi pozitif saptanan olguda fasiyal parali-

zi bulgularında artma olması üzerine lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısında 30 lökosit/ml (mononükleer), Pandy (++) , protein 113 mg/dl, glukoz 58 mg/dl (AKŞ 104 mg/dl), klorür 122 mEq ve VDRL pozitif saptandı. Bu bulgularla sifiliz menenjitisi ve kraniyel sinir tutulumu tanısı konulan olguya kristalize penisilin 6*4 MÜ/gün başlandı ve 14 gün süreyle verildi. Tedavi başladıktan sonra hastanın nörolojik bulguları düzeldi.

Bu arada Anti-HIV III Ag/Ak ELISA testi negatif, HIV Duo Ultra (Vidas) testi pozitif ve Line Immuno Blot Anti-HIV I/II "indeterminate" olarak saptanması üzerine bu tetkiklerin tekrarlanmasına karar verildi. On gün ara ile bakılan ikinci tetkikte her üç test de pozitif olarak bulundu. Plazma HIV-RNA (RT-PCR) düzeyinin de yüksek olduğu saptandı (1,650,000 kopya/ml). Bu bulgularla akut HIV enfeksiyonu tanısı konulan olguya antiretroviral tedavi olarak zidovudin (2 x 300 mg/gün), lamivudin (2 x 150 mg/gün) ve lopinavir/ritonavir (200 mg tb 2 x 2) başlandı. Antiretroviral tedavinin birinci ayında HIV-RNA düzeyinin 1.5 log₁₀ azalmış olduğu görüldü. Hastanın izlemi devam etmektedir.



Avasküler Nekroz ve HIV/AIDS: Bir Olgu Sunumu

TÜRK
HIV AIDS
DERGİSİ
2007; 10(1)

Dr. Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu
Dr. Özlem Altuntaş Aydın
Dr. Özcan Nazlıcan

S.B Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Özet

Avasküler nekroz (AVN, osteonekroz) HIV enfekte kişilerde karşımıza çıkabilen bir komplikasyondur. Bu hastalarda çok sayıda predispozan faktör AVN ile ilişkili olabilmektedir. Bu çalışmada yüksek etkinlikli antiretroviral tedavinin (HAART) birinci yılında femur başı AVN gelişen ve hiperlipidemisi olan bir HIV/AIDS olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Avasküler nekroz, HIV/AIDS, HAART, hiperlipidemi.

Summary

Avascular Necrosis and HIV/AIDS: A Case Report

Avascular necrosis (AVN, osteonecrosis) is an emerging complication in HIV infected patients. Many predisposing factors has been associated with AVN in these patients. In this report; A HIV/AIDS case with hyperlipidemia who developed AVN of the femoral head in the first year of HAART is presented.

Keywords: Avascular necrosis, HIV/AIDS, HAART, hyperlipidemia.

Giriş

Avasküler nekroz, kemiğin kanlanmasının bozulmasına bağlı olarak kemik dokusunun ölümüyle sonuçlanan patolojik bir süreçtir. Patogenezi tam olarak bilinmemekle beraber HIV/AIDS hastalarında bir komplikasyon olarak karşımıza çıkabilmektedir (1,2). Yapılan çalışmalarda HIV enfekte kişilerde birçok predispozan faktörün AVN gelişiminde etkili olabildiği bildirilmektedir (3-5). Bu çalışmada, yüksek etkinlikli antiretroviral tedavinin (HAART) birinci yılında femur başı avasküler nekrozu gelişen bir HIV/AIDS olgusu sunulmuştur.

Olgu

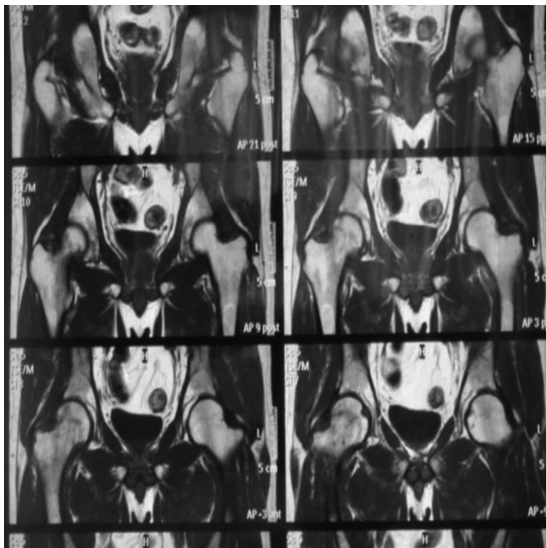
Kan bağıışı sırasında anti-HIV pozitifliği saptanan 44 yaşında erkek hasta, tanı Western-Blot ile doğrulandıktan sonra polikliniğimize yönlendirilmiştir. İlk başvuruda yakınması olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı.

Hemogram ve rutin kan biyokimyasal değerleri normal sınırlardaydı. CD4 T-lenfosit sayısı $265/\text{mm}^3$ (%13) ve HIV-RNA düzeyi 160.000 kopya/ml saptanan hastaya Tenofovir+emtrisitabin ve efavirenz tedavisi başlandı. Tedavi öncesi total kolesterol: 234 mg/dL, LDL-kolesterol: 177 mg/dL, HDL-kolesterol: 34 mg/dL, Trigliserid: 116 mg/dL saptandı.

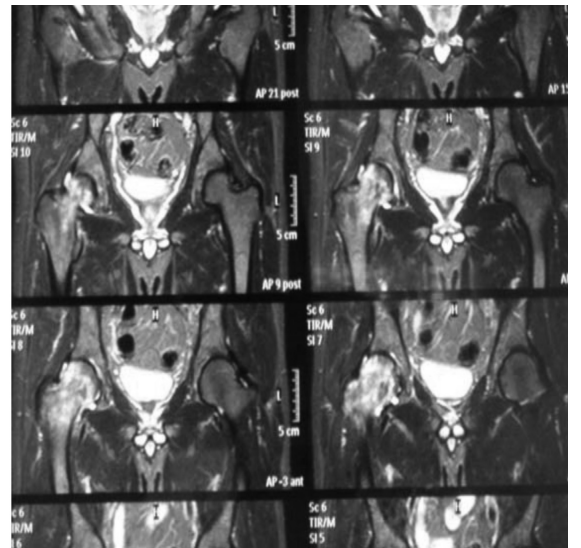
Hasta sigara ve alkol kullanmamakta, ailesinde kardiyovasküler hastalık (KVH) hikayesi bulunmamaktaydı. NCEP ATP III¹ rehberi (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines) önerilerine göre KVH risk hesaplaması yapıldı. 10 yıllık KVH riskinin <%10 saptanması üzerine antihiperlipidemik tedavi uygun görülme-yen olguya yaşam biçimi değişikliği (diyet ve egzersiz) önerildi. Antiretroviral tedavinin 6. ayında hastanın şikayeti olmayıp, fizik muayenesi doğal idi. CD4 T-lenfosit sayısı $282/\text{mm}^3$ ve HIV-RNA negatif olarak saptandı. Total kolesterol: 234 mg/dL, LDL-kolesterol 185 mg/dL idi. Tedavide ve önerilerde bir değişiklik yapılmadı. Tedavinin 12. ayında hastanın sağ kalçasında ani başlangıçlı, şiddetli ağrı ve hareket kısıtlılığı oluştu. Fizik muayenesinde kalçada şişlik, kızarıklık ve ısı artışı saptanmadı. Kalça grafisinde bir özellik tespit edilmedi. Kemik dansitometrisi doğaldı. Çekilen kalça MR'ında sağ femur başı-boyun seviyesinde yaygın medulla trabeküler ödem lehine sinyal artımı saptandı (Şekil 1, 2). Sağ femur başında anterolateralde yaklaşık 2 cm. çapında stabil evre avasküler nekroz ile uyumlu alan saptanması üzerine Ortopedi konsültasyonu istendi.

Tedavinin 12. ayında CD4 T-lenfosit sayısı $344/\text{mm}^3$, HIV-RNA ise halen negatif idi. LDL-kolesterolü 205 mg/dL'ye yükselen hastanın tedavisine atorvastatin 20 mg/gün eklendi. Ortopedi

HIV enfekte hastalarda avasküler nekroz gelişme riski normal popülasyona oranla 100 kat fazladır.



Şekil 1



Şekil 2

konsültasyonu sonucu hastaya nonsteroidal antiinflamatuvar tedavi, koltuk değneği ile mobilizasyon ve kalça egzersizi önerildi. Cerrahi tedavi bu aşamada uygun görülmedi. Ortopedinin önerileri ile kalça ağrısı 3 hafta sonra tamamen geriledi. 4. haftada koltuk değneklerini bırakan hasta halen kalça egzersizlerine devam ediyor.

Tartışma

HIV enfekte hastalarda avasküler nekroz gelişme riskinin normal popülasyona nazaran 100 kat fazla olduğu bildirilmektedir (6). Yapılan çalışmalar genel popülasyonda semptomatik osteonekroz insidansının her yıl 100 kişide ortalama %0.003-0.006 olduğunu göstermektedir (7,8). HIV pozitif kişilerde ise bu oran %0.03-0.37 arasında değişmektedir (5,9-12) Asemptomatik 339 HIV/AIDS hastasının değerlendirildiği kesitsel bir çalışmada, MR ile %4.4 oranında osteonekroz varlığı tespit edilmiştir (13). MR ile asemptomatik HIV enfekte hastalarda osteonekroz insidansı, semptomatik hastalarla kıyaslandığında daha fazladır (6).

Osteonekrozun HIV enfekte kişilerde daha sık olmasının nedeni tam olarak bilinmemekle beraber birçok farklı predispozan faktörün varlığından söz edilmektedir. Retrospektif çalışmalarda alkol, sigara, HAART, steroid, testosteron kullanımı, dislipidemi, osteoporoz, antifosfolipid antikorların artışı, antihiperlipidemik ajanlar risk faktörleri olarak gösterilmektedir (13,14,15). Osteonekrozun HAART kullanımında en sık proteaz inhibitörleri ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (18,19) HAART ile ilişkili hiperlipidemi aterosklerotik süreci hızlandırarak kemiği besleyen damarlarda oklüzyona sebep olabilmekte bu da avasküler nekrozun oluşumuna katkıda bulunabilmektedir (12,14,16,17). HIV enfekte kişilerde AVN gelişiminde HIV enfeksiyonunun kendisi ve tedavisi başta olmak üzere hiperlipidemi, osteoporoz gibi birçok risk faktöründen hangisinin ne kadar katkısı olduğunu belirlemek zordur.

HIV/AIDS tanısı ile takip edilen olgumuzda, tedavi öncesi hiçbir yakınma bulunmazken HAART'ın birinci yılında kalça ağrısı ve hareket kısıtlılığı meydana gelmişti. Hastada sigara, alkol, ve intravenöz ilaç kullanımı yoktu.

Hastanın almakta olduğu antiretroviral tedavi proteaz inhibitörü içermemekteydi. Tedavi ile giderek artmakta olan hiperkolesterolemisi mevcuttu

ancak antihiperlipidemik tedavi kullanılmamaktaydı.

Olgumuz değerlendirildiğinde, avasküler nekroz için HIV enfeksiyonun kendisinin, HAART ve hiperlipidemi varlığının risk faktörleri olabileceği düşünüldü.

Sonuç olarak; Bu olgu ile, birçok predispozan faktörün bir arada bulunabildiği HIV/AIDS hastalarının AVN yönünden riskli olduğunun bilinmesi ve özellikle şüphe edilen vakalarda erken tanı ve tedavi için MR görüntülemesinin gerekliliği vurgulanmak istenmiştir.

Kaynaklar

1. Allison G, Bastrom M, Glesby M. Osteonecrosis in HIV disease: epidemiology, etiologies and clinical management. *AIDS*. 2003;17:1-9.
2. Matos AM, Alencar RW, Matos SS. Avascular necrosis of the femoral head in HIV infected patients. *Braz J Infect Dis*. 2007;11:31-4.
3. Mary-Krause M, Billaud E, Poizot-Martin I, et al. Risk factors for osteonecrosis in HIV-infected patients: impact of treatment with combination antiretroviral therapy. *AIDS* 2006;20:1627-35.
4. Keruly JC, Chaisson RE, Moore RD. Increasing incidence of avascular necrosis of the hip in HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001;28:101-2.
5. Gutierrez F, Padilla S, Ortega E, et al. Avascular necrosis of the bone in HIV-infected patients: incidence and associated factors. *AIDS* 2002;16:481-83.
6. Morse CG, Mican JM, Jones EC, et al. The incidence and natural history osteonecrosis in HIV-infected adults. *Clin Infect Dis* 2007;44:739-48.
7. Mont MA, Hungerford DS. Nontraumatic avascular necrosis of the femoral head. *J Bone Joint Surg AM* 1995;77:459-74.
8. Bauer M, Thabault P, Estok D, Christiansen C, Platt R. Low dose corticosteroids and avascular necrosis of the hip and knee. *Pharmacoeidemiology and Drug Safety* 2000;9:187-91.
9. Hasse B, Ledergerber B, Egger M, et al. Antiretroviral treatment and osteonecrosis in patients of the Swiss HIV Cohort Study: a nested case-control study. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2004;20:909-15.
10. Martin K, Lawson -Ayayi S, Miremont-Salame G, et al. Symptomatic bone disorders in HIV-infected patients: incidence in Aquitaine cohort. 2004;5: 421-6.
11. Scribner AN, Troia- Cancio PV, Cox BA, et al. Osteonecrosis in HIV: a case control study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;25:19-25.
12. Brown P, Crane L. Avascular necrosis of bone in human immunodeficiency virus infection: report 6 cases and review of the literature. *Clin Infect Dis* 2001;32:1121-6.

13. Miller K, Masur H, Jones E, et al. High prevalence of osteonecrosis of the femoral head in HIV-infected adults. *Ann Intern Med* 2002;137:17-25.
14. Molia AC, Strady C, Rouger C, et al. Osteonecrosis in six HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral therapy. *Ann Pharmacother* 2004;38:2050-54.
15. Lawson-Ayayi S, Bonnet F, Bernardin E, et al. Avascular necrosis in HIV-infected patients: a case-control study from the Aquitaine Cohort, 1997-2002. *Clin Infect Dis* 2005;40:1188-93.
16. Belmonte MA, Garcia-Portales R, Domenech I, et al. Avascular necrosis of bone in human immunodeficiency virus infection and antiphospholipid antibodies. *J Rheumatol*. 1993;20:1425-28.
17. Ho YC, Shih TT, Lin YT, et al. Osteonecrosis in patients with human immunodeficiency virus type 1 infection in Taiwan. *Jpn J Infect Dis* 2007;60:382-6
18. Monier P, McKown K, Bronze MS. Osteonecrosis complicating highly active antiretroviral therapy in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 2000;31:1488-92.
19. Bongiovanni M, Chiesa E, Agostino R, et al. Avascular necrosis of the femoral head in a HIV-1 infected patient receiving lopinavir/ritonavir. *Int J Antimicrob Agent* 2003;22:630-1.

Duyuru

Klinik HIV/AIDS Sempozyumu-2011

Antakya

25-27 Kasım 2011

Daha fazla bilgi için:

Buse Ertan

buse.ertan@serenas.com.tr



Güvenli Sevgi

TÜRK
HIV AIDS
DERGİSİ
2007; 10(1)

Yrd. Doç. Dr. Serap Selver Kipay

Muğla Üniversitesi Fethiye Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Özet

Tarihteki ilk yazılı metinler milattan önce beş bin yıllarına dayanmaktadır. Eski yazılı metinler incelendiğinde, cinsel davranışlara ilişkin yazılı bilgilerin son derece sınırlı olduğu görülmüştür. Cinsel gelişim kişilik gelişiminin bir parçasıdır. Toplumsal değişim ve gelişmeler, yaşamımızın her alanında etkisini göstermektedir. Ancak, 21.yy'ın insanının halen direnç gösterdiği ve geleneksel yapısını koruduğu değerler, tutumlar da bulunmaktadır. Örneğin "cinsellik" toplumsal gelişmelerle aynı paralellikte bilinç ve bilgi düzeyinde değişimlerin yaşanmadığı hatta toplumumuzda tabu olarak düşünüldüğü için, sürekli üstü kapatılan bir konu olmaya devam etmektedir. Sağlıklı bir toplum için gençlerin cinsel sağlığını korumak ve geliştirmek özellikle önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel sağlık, gençler, güvenli cinsel eylem.

Summary

The first written texts concerning human sexuality date back to 5000 years B.C. in history. In those texts the coverage of human sexual behaviors is extremely restricted. Sexual development is a part of personality development. Effects of social changes and developments are seen of our life. However, people of 21. century still have resistancy and traditionally conservative attitudes towards some values. For example, in our society because "sexuality" is still a taboo, it is a hidden subject for which there is no change in consciousness and level of information parallel with social development. Youth's sexual health prevention and promotion is especially important for healthy communities.

Keywords: Sexual health, youths, safe sexual activity.

*Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu'nun 12-14 Mayıs 2010 tarihleri arasında düzenlenmiş olduğu "Sağlıkta Güvenlik Sempozyumu"nda 13.05.2010 tarihinde sunulmuştur.

“Sevgi Gönülden Gönüle Akıştır”.

Yaşam döngüsünde bireylerin aşk temalarına baktığımızda henüz bebekken aşkı annesidir. Birey biraz büyüyüp yaşamına arkadaşlarını dâhil ettiğinde, komşunun çocuğu aşk teması tahtına oturur. Birey kadın erkek ayrımını yapmaya başladığında artık gerçek erkek/kadın aşk temalarını gözleri arar (1).

Kadın ve erkek arasındaki ilişkinin temeline baktığımızda, güdüsel bir eylem olan cinselliği görürüz. Cinsellik, bir yandan biyolojik bir dürtü-yken diğer yandan insanın ölümsüzlüğü arayış serüveninde dört elle sarıldığı, kendini ve genetik kodlarını devam ettirme, böylece de ölümsüz olma yolunda, elindeki en işlevsel içgüdüdür. Varlığının devamını sağlamak ve haz arasında gidip gelen buluşmasında kadın ve erkek, daha sonraları bu eyleme duyguyu da eklemiş ve aşkı keşfetmiştir (1,2,3,4,5).

Cinsellik ve Cinsel Sağlık

Bütün insanlar yaşama ve çoğalma gibi iki biyolojik gücün etkisi altındadırlar. Ancak hem yaşamın pek çok yönünü etkileyen, hem de üremeyi sağlayan cinsel olaylar önemsenmekle birlikte algılanışları nedeniyle dokunulmayan konular olmakta ve bireyler kulaktan dolma bilgilerle yetinmek zorunda kalmaktadırlar. Özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda cinsellik ve cinsel yaşam konuları büyük bir sessizliğin egemenliğindedir. İnsan gelişimini kanıtlayan yazılı tarih milattan beş bin yıl önceye uzanmasına rağmen, cinsel davranışları ile ilgili yazılı bilgilerin son derece sınırlı olduğu dikkati çekmektedir. Bu konuda ilk yazılı metinlere ancak milattan bin yıl kadar önce rastlanmıştır (6,7). Benzer bir biçimde cinsellik ve cinsel işleve ilişkin konular sağlık profesyonelleri tarafından da gündeme getirilmesi ve üzerinde konuşulması çekince yaratan ve sıkıntı duyulan bir durumdur (8). Ancak hem insan yaşamının pek çok yönünü etkileyen hem de üremeyi sağlayan cinsel olayları yok kabul etmek doğaya aykırıdır (9). Dolayısıyla cinsellik, bireyin yalnızca üreme organlarını değil, insan olarak sahip olduğu tüm özelliklerini yansıtmaktadır. Bu nedenle cinsellik, tüm bireylerin doğumundan ölümüne kadar yaşamlarını bütünleyen önemli bir parça olarak ele alınmalıdır (10,11).

Tutumlarımız, davranışlarımız, fiziksel görünümümüz, inanışlarımız, duygularımız, kişiliğimiz, sevdiğimiz ve sevmediğimiz şeyler bizi biz yapan değerlerdir ve kişiliğimiz ve sosyalleşme alanlarımızla şekillenir. Bu doğrultuda **Cinsellik** insan olarak ne olduğumuzun ifadesidir. Cinsellik doğum öncesi başlayan, ömür boyu devam eden, **etik, kültürel ve ahlaki faktörlerden etkilenen, üremeyi, cinsel zevk almayı ve vermeyi içeren, tamamen duyuya dayalı bir deneyim olan, yalnızca cinsel organları değil tüm bedeni ve aklı içeren önemli bir işlemdir** (12,13,14).

Cinsel Sağlık (CS)

Cinsel sağlık, öncelikle bireyin bir kavram olarak cinselliği anlaması ve cinselliğe yönelik kendi tutumları hakkında bir farkındalık geliştirmesidir. Bir başka ifade ile Cinsel Sağlık bireyin; cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), istenmeyen gebelikler, zorlama, şiddet ve ayrımcılık riskinden bağımsız olarak cinselliğini ifade etmesi yeteneğidir (12,13).

Tüm Dünyada olduğu gibi Ülkemizde de bilgi yetersizliği ve yanlış bilgilendirme, uygun olmayan ya da niteliksiz üreme sağlığı hizmetleri, cinselliğin tabu olarak görülmesi, baskı ve ayrımcı toplumsal uygulamalar özellikle üniversite çağında yeni çevre ve kimlik kazanma çabaları içerisindeki bireylerin, kendi bedenlerine yabancı büyümelerine ve farkındalıkları olmadığı için de çok kolay risk almalarına neden olmaktadır (15,16). Artık günümüzde Ülkemizde de ergen ve gençlerde cinsel eylem yaşama oranlarının geçmişe göre artmakta olduğu yapılan pek çok çalışma ile bildirilmektedir (15,17,18). Erken cinsel eylemin doğal sonucu olarak ergen gebelikler, doğumlar, sağlıksız koşullarda yapılan gebelik sonlandırmaları, HIV/AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar gibi sağlığı olumsuz etkileyen sonuçlarının olması da kaçınılmazdır (8,17,18,19,20,21).

Ayrıca yapılan araştırma sonuçları göstermiştir ki gençler, Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık (ÜS/CS) konularında, yetersiz ve yanlış bilgilendirilme, kulaktan dolma duyular olmakta ve kendilerini aldıkları bilgiler doğrultusunda yeterli görmektedirler. Böylece yanlış bilgilendirilmiş gençler bilgi düzeylerini yeterli olduğunu düşünmekte ve herhangi bir eğitime ihtiyaç duymamaktadır (8,19,21,22,23).

Cinsel sağlık, bireyin bir kavram olarak cinselliği anlaması ve cinselliğe yönelik kendi tutumları hakkında farkındalık geliştirmesidir.



CS ve ÜS ile ilgili olarak, halen dünyada sadece bir gün içinde olan gelişmeler incelendiğinde; her gün 100 milyon üzerinde cinsel birleşmenin olduğu, bunların 910 bininin gebelik, 356 bininin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile sonuçlandığı, meydana gelen gebeliklerin yarısının planlanmamış gebelikler olduğu görülmektedir (19). CYBH ve HIV/AIDS gençler arasında giderek yaygınlaşmaktadır. DSÖ'nün tahminlerine göre her yıl her 20 gençten biri CYBH'lara yakalanmaktadır (19,24,25,26,27).

Görüldüğü gibi cinsel eylem her zaman hazla sonlanmamaktadır. Bu nedenle ergen gebelikler, doğumlar, sağlıksız koşullarda yapılan gebelik sonlandırmaları, HIV/AIDS ve CYBH gibi istenmeyen ve sağlığı olumsuz yönde etkileyen durumları önlemenin tek yolu güvenli cinsel davranış modellerini geliştirmek ve uygulamaktır (19,28,29,30,31,32).

Riskli Cinsel Eylem

Kişisel (19,20,28,29,30,31,33)

- Son bir yılda çok sayıda cinsel eş
- Son 3 ayda yeni/farklı cinsel eş
- Son bir yılda başka bir CYBH geçirmiş olma
- Para/eşya/uyuşturucu madde karşılığı cinsel ilişkide bulunma

Diğer Kişisel Riskli Davranışlar (19,20,28,29, 30,31,33)

- Piercing (vücuda küpe takılması), dövme
- Kan nakli
- Damar içi uyuşturucu kullanılması
- Alkollü içecek kullanılması

Eş(ler)in Cinsel ve Diğer Riskli Davranışları (19,20,28,29,30,31,33)

- Sık cinsel eş değiştirmek
- Birden fazla cinsel eşe sahip olmak
- Cinsel eşin birden fazla cinsel eşinin olması
- Son bir yıl içinde geçirilmiş cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü
- Seks işçileri ile onların müşterileri ile ya da kimlerle ilişkisi olduğu bilinmeyenlerle cinsel ilişkide bulunma
- Cinsel yolla bulaşan hastalık belirtisi olanlarla cinsel ilişkiyi sürdürmek

- Para, mal, yiyecek ya da ilaç karşılığı cinsel ilişkiye girmek
- Vajinayı kurutucu maddeler kullanmak

Bulaşı Artıran Cinsiyete Özel Faktörler (19,20,28, 29,30,31)

Kadınlar

- Vajinayı (hazneyi) döşeyen doku yüzeyinin geniş olması: Cinsel organların penetre olduğu (birleştiği) bir cinsel eylemde daha geniş yüzey ile temas söz konusu olduğundan, hastalık taşıyan erkekten kadına geçme olasılığı, hastalık taşıyan bir kadından erkeğe bulaşma olasılığından daha fazladır.
- Genç kadınlarda daha duyarlı olan rahim içindeki zar dokusunun rahim ucundan dışarı taşması (ektopi).
- Toplumsal cinsiyet rolü/ayrımcılıkla sağlık hizmetlerinden daha az yararlanması, bu sorunları için sağlık kurumlarına başvuramaması.

Erkekler (19,20,28,29,30,31)

- Sünnetsiz erkekler, sünnetli erkeklere göre daha fazla risk altındadır
- Sünnet derisinin penis üzerinde kıvrılması cinsel yolla bulaşan hastalıklar için bir depo durumu yaratmaktadır
- Ancak sünnetin etkisi yorumlanırken, sünnetli olanların din, etnik grup ve ekonomik yönden de diğerlerinden farklı olabilecekleri ve cinsel davranışların sosyo-ekonomik durumla ilişkili olması gibi faktörler de göz önünde tutulmalıdır.

Güvenli Cinsel Eylem (19,20,28,29,30,31,33)

Tek Eşlilik

- Pek çok birey için ideal olan tek bir cinsel eş ile yaşamın sürdürülmesidir.

Eğer;

- Eşlerden ikisi de başka bir partner ile korunmasız cinsel ilişkiye girmiyorsa,
- Eşlerden ikisi de kan yoluyla bir enfeksiyon almamışsa, steril olmayan enjektör kullanmıyorsa,
- Eşlerden ikisinin de hâlihazırda bir enfeksiyonu yoksa erkek ya da kadının bu ilişkide enfeksiyona yakalanmaktan korkmasına gerek yoktur.



Kondom Kullanımı (19,20,28,29,30,31,33)

- Pek çok birey yaşamı boyunca birden fazla cinsel partner ile cinsel eylem yaşamaktadır.

Sadakat (19,20,28,29,30,31,337)

- İki tarafın partnerin de enfeksiyon taşımadığından emin olunmalıdır. Örneğin, HIV enfeksiyonu gibi bazı enfeksiyonların belirti vermeleri için uzun yıllara ihtiyaç vardır.
- Eşlerin gizli bir enfeksiyonun taşıyıcısı olup olmadıklarını anlamaları için bir sağlık kuruluşunda muayene olmaları ve laboratuvar tetkiki yaptırmaları gereklidir.

Güvenli cinsel eylem davranışlarını uygulama yönünde cinsel eşlerden yalnızca biri tek eşli cinsel yaşamı sürdüremiyorsa ya da konuya ilişkin herhangi bir şüphe varlığında; cinsel

eylem esnasında kadın/erkek kondomu kullanılması bulaşı önleyen önemli yaklaşımdır (19, 20,28,29,30,31,33).

Kondom Kullanımı ve Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar (19,20,28,29,30,31)

Erkek Kondomu

Cinsel eylem sırasında kullanılacak olan kondom, mutlaka lateksden yapılmış olmalıdır. Lateks dışında özellikle doğal zarlardan yapılmış olanlarda gözle görünmeyecek kadar küçük gözenekler bulunur ve bunlardan virüs geçebilir.

- Her zaman kondomun son kullanım tarihi kontrol edilmelidir. Kullanım süresi geçmiş kondomlar kullanılmamalıdır.
- Her tür cinsel ilişkide kondom ve her ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır.
- Kondom dar pantolon ceplerinde ya da uzun süre cüzdanda taşınmamalıdır. Çünkü bu alanlar kondom için sıcak ortamdır ve kondomun koruyucu özelliğini azaltabilir.
- Kuru, kirli, esnekliğini kaybetmiş, sararmış, yapışkan ve zedelenmiş kondomlar kullanılmamalıdır.
- Kondom sadece su bazlı kayganlaştırıcılarla kullanılmalıdır. Vazelin, bebek yağı, el kremi gibi kremlerle, petrol bazlı ürünlerle kullanılmamalıdır. Bu maddeler kondomun zedelenmesine ve koruyuculuğunun bozulmasına neden olur.
- Kondom paketini açmak için diş ya da kesici bir alet, makas vb.. kullanılmamalıdır, kondom yırtılabilir. Tırnakların kondoma zarar vermemesine dikkat edilmelidir.
- İlişkinin en başında cinsel sıvılar birbirine değmeden, penis tam olarak sertleştiğinde kondom takılmalıdır. Kondomun ucunda spermin toplanması için özel kısmı yoksa uçta küçük bir boşluk bırakılmalıdır. Hava kabarcıkları varsa çıkması sağlanmalıdır.
- İlişki bittiğinde penis sertliğini tam kaybetmeden, kondom penisle beraber dışarı alınmalıdır.
- Kondom, penisin üzerinden kâğıt bir mendil ile tutularak çıkarılmalıdır.
- Cinsel eylemin herhangi bir yerinde kondomun zarar gördüğü fark edilirse kondom hemen yenisi ile değiştirilmelidir.

Kadın kondomu silikon bazlı kayganlaştırıcılarla kullanılabilir.





sorunu olan erkekler kondom kullanımından yarar görebilirler.

- Güvenli, ekonomik bir yöntemdir. Hemen her yerde, büyük marketlerde ve eczanelerde kolaylıkla bulunur.
- Ucuzdur ve reçete gerektirmez.
- Cinsel ilişkinin uzamasını sağlar.
- Çok değişik şekil ve boyları vardır.
- Hemen hemen hiç yan etkisi yoktur.
- Ülkemizde sağlık ocaklarından, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinden ve hastanelerin aile planlaması kliniklerinden temin edilebilir.

Kadın Kondomu (19,20,28,29,30,31,33)

- Kondomun son kullanım tarihi kontrol edilmelidir. Kullanım süresi geçmiş kondomlar kullanılmamalıdır.
- Her cinsel eylemde yeni bir kondom kullanılmalıdır.
- Kondom dar cepte ya da uzun süre cüzdanda taşınmamalıdır. Çünkü bu alanlar kondom için sıcak ortamdır ve kondomun koruyucu özelliğini azaltabilir.
- Kuru, kirli, esnekliğini kaybetmiş, sararmış, yapışkan ve zedelenmiş kondomlar kullanılmamalıdır.
- Kadın Kondomu silikon bazlı kayganlaştırıcılarla kullanılabilir. Poliüretan maddesi özelliğinden dolayı vazelin, bebek yağı, el kremi gibi kremlerden, petrol bazlı ürünlerden etkilenmez. Kadın kondomu herhangi bir cinsel temas olmadan önce yerleştirilmelidir.
- İlk uygulamada kadın kondomunu yerleştirmekte zorlanabilir ama bir iki uygulamadan sonra kolay hale gelir.
- Kondom paketini açmak için diş ya da kesici bir alet, makas vb.. kullanılmamalıdır, kondom yırtılabilir. Uzun tırnaklar kadın kondomunda yırtıklar oluşturabilir.
- Eğer ilişkinin herhangi bir yerinde kondomun zarar gördüğü fark edilirse kondom hemen yenisi ile değiştirilmelidir.
- Kadın kondomu, erkek kondomu ile birlikte kullanılmamalıdır.

Kondom Kullanmanın Olumlu Yönleri (19,20,28,29,30,31)

Erkek Kondomu

- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (sifilis, HIV vb.) için engelleyici bir araçtır. Erken boşalma

Kadın Kondomu

- En önemli olumlu yönü cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmada kontrolün kadında olmasıdır.
- Erkekten var olan HIV'in virüsünün cinsel eylem sırasında kadına bulaşma olasılığının, kadından erkeğe bulaşma olasılığına göre 15 kat daha yüksek olduğu ve kadınlarda HIV/AIDS'in arttığı göz önünde bulundurulduğunda bunun ne kadar önemli bir avantaj olduğu daha iyi anlaşılmaktadır.
- Poliüretandan yapılmış olması, erkek prezervatiflerinde bulunan lateks maddesine karşı alerjik olan kadınlar (ve erkekler) için önemli bir avantajdır.
- Kadının adetli olduğu dönemlerde de kullanılabilir. Kadın kondomu "ilişki kalitesini" çok az etkilemektedir.
- Kadın kondomunu kadın cinsel eylemden saatlerce önce takabilmektedir.
- Kondomu takmak için cinsel eylemi bölmeye gerek kalmamaktadır. Bu özellikle ileri yaşlar-



daki erkekler için önemli bir avantajdır. Zira yaş ilerledikçe ereksiyon (penisin sertleşmesi) için gerekli olan süre uzayabilmekte ve ereksiyon sağlandıktan sonra “dikkatin başka bir noktaya odaklanması” ereksiyonu olumsuz etkileyebilmektedir.

Kaynaklar

1. Kipay E. Cumhuriyetten Günümüze Aşkın ve Kadının Kimliğinin Dönüşümü “5 Kadın Romancının Gözüyle Aşk ve Kadın”. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Halk Bilim Bölümü Yayınlanmamış Lisans Tezi, 2009 Ankara.
2. Ünsal, A. “Aşka Dair”. Cogito Aşk. 1995, Sayı 4.
3. Arslan H. İbni Sina ve Mevlana'nın Aşk Felsefelerinin Karşılaştırılması. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı İslâm Felsefesi Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, 2009.
4. Alper ÖM. “İbn Sînâ”, TDVİA, İst. 1999.
5. Çelik Z. Mevlânâ'da Akıl-Aşk İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2006.
6. Babacan SS. İnsan Seksüalitesinin Kültürel ve Psikososyal Yönleri. Mart 2003 Cilt:11 No:1 Kastamonu Eğitim Dergisi 131-136.
7. Sevil Ü, Ertem KG ve ark. Hemşirelik Yüksek Okulu Birinci ve Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Cinselliğe Bakış Açıları ve Cinsel Eğitim Konusundaki Görüşlerinin Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 20 (1) : 11-22, 2004.
8. Sungur MZ. Cinsel Eğitim. Klinik Psikiyatri 1998;2:103-108.
9. Acer D. Okulda Cinsel Eğitim. Türk HIV/AIDS Dergisi, 2005; 8(4) 130.
10. Tuğrul B, Artan İ. Çocukların Cinsel Eğitimi İle İlgili Anne Görüşlerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2001; 20: 141 – 149.
11. Gülün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik Açından Evlilik ve Cinsellik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry 2009; 1:68-79.
12. Akın A ve ark. Üreme Sağlığına Giriş Hizmet-İçi Eğitim Modülü, Eğitici Rehberi. Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Ankara 2005. http://www.gopagroup.com/prod/fileadmin/templates/GOPA_Project_1/gopa_upload/documents/07_ProgressReport3_March2005/PR3_Annex1a_InTraining_Intro_FullVersion_t.pdf#page=24 Erişim Tarihi: 07.05.2010.
13. 2007 Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması. Nüfusbilim Derneği ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Raporu Hazırlayanlar: Özcebe H, Ünal T ve ark. Ankara, 2007.
14. Gölbaşı Z. Sağlıklı Gençlik ve Toplum için Bir Adım: Cinsel Sağlık Eğitimi. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, Yıl:5, Cilt:2, Sayı:6, Ekim-Aralık 2003.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Üreme Sağlığı Programı. Üniversite Öğrencileri Arasında Üreme Hakları/CS-ÜS Konularında Farkındalık Yaratma Projesi, Aralık 2004.
16. Akın A. Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), 2003 Özel Eki.
17. Özcan S ve Ark. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranış Özellikleri. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt:18 Sayı:1, (Nisan) 2004: S 27-39.
18. Özer B. Lise ve Yüksek Öğrenime Devam Eden Öğrencilerin Cinselliğe İlişkin Bilgi Düzeylerinin Araştırılması. Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi İstanbul, 1999.
19. Pınar ve ark. Özel bir Üniversitede Okuyan Öğrencilerin Cinsel Sağlıkla İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. Tıp Araştırmaları Dergisi: 2009 : 7 (2) :105 -113.
20. Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneği. “Güvenli Cinsellik Bilgilendirme Dosyası” 23.01.2007, İstanbul.
21. Aras Ş ve ark. Lise Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranış Özellikleri. Türk Pediatri Arşivi 2005; 40: 72- 82.
22. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015. http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/01_USEP.pdf Erişim Tarihi: 07.05.2010.
23. Gölbaşı Z, Kutlu Ö. Lise öğrencisi (15-17 yaş arası) adolesan kızlar için hazırlanan üreme sağlığı eğitim programına dayalı üreme sağlığı bilgi testinin geliştirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2002; 4(2):21-30.
24. Arnett JJ. Adolescence and Emerging Adulthood a Cultural Approach, Gender, Prentice –Hal 2001; 5: 129-157.
25. Polat D. Güvenli cinsel yaşam. <http://www.hacettepe.edu.tr> Erişim Tarihi: 05.05. 2010.
26. Kanar Ş, Kipay SS. 15-49 Yaş Evli Kadınların AIDS Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. Sözel bildiri, Uluslararası Multidisipliner Kadın Kongresi “Değişim ve Güçlenme”, 13-16 Ekim 2009, DEÜ Fen-

- Edebiyat Fakültesi Tınaztepe Kampusu Kaynaklar - Buca / İzmir /TÜRKİYE.
27. Ocak S ve ark. Hatay Polis Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Bilgilerinin Değerlendirilmesi. Türk HIV/AIDS Dergisi, 2005; 8(4) 135.
28. Kaplan S. Türkiye ve Avrupa Birliğinde HIV/AIDS Politikaları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:3, Sayı:7 (2008).
29. Zarakolu IP. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar. Hacettepe Tıp Dergisi 2006; 37:21-34.
30. Özhan N. HIV/AIDS'den Korunma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;5(2):41-47.
31. Tümer A, Ünal S. HIV/AIDS Epidemiyolojisinde Gelişmeler ve Korunma. Sted, 2003; 12 (1): 15-18.
32. Ay P, Karabey S. Is there a "Hidden HIV/AIDS epidemic" in Turkey?: the gap between the numbers and the facts Marmara Medical Journal 2006;19(2);90-97.
33. Evren H. Trakya Üniversitesi Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları ve Sağlık Hizmeti Kullanımları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2008.

***HATAM web sayfamızı
ziyaret ettiniz mi?***

• YENİLENDİ •

<http://www.hatam.hacettepe.edu.tr>



İnternet'te HIV/AIDS

TÜRK
HIV AIDS
DERGİSİ
2007; 10(1)

Çeviri:

Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı Türkiye Yöneticisi tarafından yapılmıştır.

Düzenleyen:

Dr. Aygen Tümer

Hacettepe Üniversitesi AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi

Homoseksüel Erkeklerin %20'si HIV Pozitif, Ancak Yarı Bunu Bilmiyor

TIME

26/09/2010

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nden (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) gelen son veriler, Amerika Birleşik Devletleri'nde cinsel olarak aktif homoseksüel ve biseksüel erkeklerin 5'te birinin HIV pozitif olduğunu ancak bunların %44'ünün bu durumdan haberdar olmadığını gösteriyor.

Amerika Birleşik Devletleri'nde HIV enfeksiyon oranlarının en yüksek olduğu 21 şehirde 8.000'i aşkın homoseksüel ve biseksüel erkeğe (ya da araştırmacıların tabiriyle MSM, yani "erkeklerle cinsel ilişkiye giren erkek"), CDC çalışanları tarafından HIV testi yapıldı. Baltimore'daki MSM popülasyonu %38'le en yüksek HIV enfeksiyonu oranına sahipken, Atlanta %6 ile en düşük enfeksiyon oranının görüldüğü şehir oldu.

En yüksek mutlak enfeksiyon sayısı, çoğunluğu 30-39 yaş aralığında olan beyaz MSM'lerde ortaya çıktı. Ancak genç siyah gey ve biseksüel erkekler (13-29 yaş arası) kişi başına en yüksek HIV enfeksiyon oranlarını verirken, genç hispanik MSM'lerde de enfeksiyon oranları orantısız bir şekilde yüksek çıktı.

HIV enfeksiyonu diğer gruplar içinde de giderek büyüyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. CDC'nin yaptığı çalışma aynı zamanda heteroseksüel siyah kadınlarda HIV enfeksiyon oranının beyaz veya hispanik heteroseksüel kadınlardan da

ha yüksek, hatta hispanik gey erkeklerden bile daha yüksek olduğunu buldu. CDC tarafından yapılan başka bir araştırmaya göre, 25-34 yaş arası siyah kadınlar arasında HIV enfeksiyonu en önde gelen ölüm sebebi oldu. HIV ile yaşayan Amerikalı kadınların %81'i beyaz değil.

Toplamda, CDC ABD'de 1 milyondan fazla insanın HIV ile yaşadığını ve bunların %21'inin enfekte olduklarının farkında olmadığını tahmin ediyor. Her yıl 18.000'den fazla insan hala HIV/AIDS hastalığından ölüyor. ABD'de HIV ile yaşayanların toplam sayısı son yıllarda artmış olsa da, CDC'ye göre, yeni HIV enfeksiyonlarının yıllık sayısı nispeten istikrarlı kaldı - öyle ki, her yıl 56,300 Amerikalının HIV enfekte olduğu tahmin ediliyor.

En yüksek enfeksiyon oranlarının gey ve biseksüel erkekler arasında meydana geldiği yadsınamaz bir gerçek. Amerika Birleşik Devletleri'nde bu grup toplam erkek nüfusunun sadece %4'ünü oluştursa da, bu grupta görülen HIV enfeksiyon oranı heteroseksüel erkeklere göre 44 kat daha fazla. Afrika kökenli Amerikalı erkekler ve 30 yaşın altındaki erkekler, durumlarının farkında olma olasılığı en düşük olan iki grup olarak ortaya çıktı.

Ancak, American Journal of Public Health adlı dergide yayınlanan bir çalışmaya göre, bu iki gruba ait veriler incelendiğinde, biseksüel erkeklerdeki HIV enfeksiyon oranları gey erkeklerdeki oranla daha düşük. Çalışmanın yazarı olan ve Beyaz Saray'ın Ulusal AIDS Politikası Ofisi'nde üst düzey politika danışmanı olarak çalışan Grego-

rio Millett, yaptığı basın açıklamasında bunun nedenini siyah nüfusa odaklanarak açıkladı:

CDC'nin HIV bulaşmasını azaltmaya yönelik tavsiyeleri testlere vurgu yapıyor:

CDC, cinsel yolla bulaşan yeni enfeksiyonların çoğunluğunun HIV enfekte olduklarını bilmeyen bireylerce bulaştırıldığını tahmin ediyor ve araştırmalar HIV ile enfekte olduklarını öğrendikten sonra birçok insanın partnerlerini korumak için adımlar attığını gösteriyor. Bu nedenle, teşhis edilmemiş enfeksiyon büyük ihtimalle HIV bulaşmasında büyük bir rol oynadığından, düzenli HIV testleriyle genç MSM'lere ulaşmak çok önemli diye vurgulanıyor.

Yeni UNAIDS OUTLOOK 2010 Raporu Yayınlandı

UNAIDS
13/07/2010

18-23 Temmuz tarihleri arasında Viyana'da gerçekleştirilecek olan XVIII. Uluslararası AIDS Konferansının arifesinde, UNAIDS 2010 OUTLOOK Raporunu Cenevre'de açıkladı.

Kilit Bulgular

Yeni UNAIDS Outlook raporu "Tedavi 2.0" olarak adlandırılan, radikal bir şekilde basitleştirilmiş HIV enfeksiyon tedavisinin ana hatlarını veriyor; bu tedavi HIV/AIDS ile ilişkili ölümlerin sayısını dramatik bir şekilde azaltabilir ve yeni HIV enfeksiyonlarının sayısını da büyük oranda düşürebilir. Kanıtlar, HIV enfeksiyonundan en çok etkilenen 15 ülkede gençler arasındaki yeni HIV enfeksiyonlarının, gençlerin daha güvenli cinsel davranışları benimsemesiyle birlikte önemli ölçüde azaldığını gösteriyor.

Raporda ayrıca, yapılan yeni bir UNAIDS ve Zogby International anketinin HIV enfeksiyon salgınının ortaya çıkmasının üstünden neredeyse 30 yıl geçmişken, her bölgede, ülkelerin HIV/AIDS hastalığını dünyanın karşı karşıya olduğu en önemli sorunlar listesinin üst kısımlarında tutmaya devam ettiğini gösterdiği belirtiliyor.

Yapılan bir ekonomik analiz ise sağlığın bir lüks değil bir ihtiyaç olduğunu kanıtıyor ve HIV/AIDS yatırımlarının sürdürülmesi için bağışçı ülkelere duyulan ihtiyacı özetlerken gelişmiş zengin ülkeleri HIV/AIDS ve sağlık alanına daha fazla yatırım yapmaya çağırıyor.

Basın Açıklaması

Ülkeler HIV enfeksiyonu tedavi hedeflerini tutturabilirse, 10 milyon ölümden ve 1 milyon yeni HIV enfeksiyonundan kurtulmak mümkün olabilir.

Yeni UNAIDS raporu, HIV enfeksiyonunu önleme devriminde bayrağı gençlerin taşıdığını gösteriyor; HIV/AIDS hastalığından en ağır etkilenen 15 ülke, kilit popülasyonlardaki HIV prevelansında %25'lik bir azalma bildiriyor. Yapılan yeni küresel anket çalışmasına göre, HIV enfeksiyonu tüm dünyada halkın başlıca önem verdiği konulardan biri olmayı sürdürüyor.

Söz konusu rapor Viyana'da gerçekleştirilecek XVIII. Uluslararası AIDS Konferansına günler kala Cenevre'de açıklandı. UNAIDS İcra Direktörü Sayın Michel Sidibé, HIV/AIDS hastalığı ile müdahalede yenilikçiliğin çok daha fazla can kurtarabileceğini vurguladı. "Ülkelerin evrensel erişim hedeflerini ve taahhütlerini yerine getirebilmeleri için, HIV/AIDS hastalığına verdiğimiz yanıtı yeniden şekillendirmeliyiz. İnovasyon yoluyla, maliyetleri azaltabilir ve böylece yatırımların çok daha fazla sayıda insana ulaşmasını sağlayabiliriz."

UNAIDS'in tahminlerine göre, 2009 yılı sonu itibarıyla dünyada HIV ile yaşayan 33.2 milyon insan var. Aynı yıl yeni HIV enfekte kişilerin sayısı 2.7 milyonu bulurken, HIV/AIDS ile ilişkili ölümlerin sayısı 2 milyon oldu.

"Tedavi 2.0" hayat kurtarıyor.

"Tedavi 2.0", HIV enfeksiyon tedavisinin verilme şeklini kolaylaştırmak ve hayat kurtaran ilaçlara erişimi arttırmak için yeni bir yöntemdir. Pek çok çabaların bir araya getirilmesiyle, bu yöntem tedavi maliyetlerini azaltma, tedavi rejimlerini daha akıllı ve daha kolay hale getirme, sağlık sistemleri üzerindeki yükü hafifletme ve HIV ile yaşayan insanlar ve aileleri için yaşam kalitesini iyileştirme potansiyeline sahip. Yapılan modelleme çalışması, mevcut tedavi yaklaşımlarıyla kıyaslandığında "Tedavi 2.0"nin 2025 yılına kadar 10 milyon ilave ölümü önleyebileceğini gösteriyor. Ek olarak, bu yeni yaklaşım aynı zamanda ülkelerin Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) revize edilen tedavi rehber ilkelerini izleyerek tüm ihtiyaç sahiplerine antiretroviral tedavi sağlaması durumunda yeni HIV enfeksiyonlarının sayısını yıllık 1 milyona kadar düşürebilir. Bugün, tedavi ihtiyacı olan 15 milyon insanın 5 milyonu bu hayat kurtaran ilaçlara erişebiliyor.

“Tedavi 2.0”nin tüm faydalarından yararlanabilmek için, beş alanda ilerlemeye ihtiyaç vardır:

1. Daha iyi ilaçlar ve daha iyi tanı koyma: UNAIDS toksisitesi daha az olan daha iyi ilaçlar geliştirilmesi ve tanı koymanın daha kolay hale getirilmesi çağrısı yapıyor. Tedavinin izlenmesi uzmanlaşmış laboratuvar tekniklerini gerektiriyor. Basit bir tanı koyma aracı, sağlık sistemlerinin üstündeki yükün hafifletilmesine yardımcı olabilir. Bu şekilde basitleştirilmiş bir tedavi platformu maliyetleri azaltarak insanların tedaviye erişimini arttırabilir.
2. Önleme için tedavi: Antiretroviral tedavi vücut içindeki virüs düzeyini azaltmaktadır. Kanıtlar, HIV ile yaşayan insanların viral yükleri azaldığında HIV bulaştırma olasılıklarının daha düşük olduğunu göstermektedir. İhtiyaç duyan herkesin mevcut tedavi rehber ilkelerine uygun tedaviye erişiminin sağlanmasının, yeni HIV enfeksiyonu vakalarında yıllık üçte bire kadar bir azalmayla sonuçlanabileceği tahmin edilmektedir.
HIV tedavisinin kapsamının optimize edilmesi ayrıca başka sağlık faydaları da getirecektir; bunlar arasında HIV ile yaşayanlar arasında görülen sıtma ve tüberküloz vakalarının düşmesi sayılabilir.
3. Maliyeti engel olmaktan çıkarmak: Son on yılda ilaç fiyatlarında büyük düşüşler olmuşsa da, antiretroviral tedavinin maliyetleri artmaya devam etmektedir. İlaçlar çok daha uygun maliyetli hale getirilebilir - ancak potansiyel kazançların en yüksek olduğu alan hastaneye yatırma, tedavinin izlenmesi ve cepten çıkan masraflar gibi ilaçla ilişkili olmayan tedavi maliyetleridir. Hâlihazırda, bu maliyetler ilaç maliyetlerinin iki katı düzeyindedir. “Tedavi 2.0”nin önlenen her bir HIV enfeksiyonu ilişkili ölüm için maliyeti yarıya kadar azaltması bekleniyor.
4. Gönüllü HIV testi yaptıрма, danışmanlık alma ve sağlık-bakım hizmetleriyle bağlantı kurma oranlarının arttırılması: Kişiler HIV enfeksiyonu durumlarından haberdar olduklarında, kendilerini hasta hissedene kadar beklemek yerine CD4 sayımları 350 civarına geldiğinde tedaviye başlayabilir. Tedaviye doğru zamanda başlamak, mevcut tedavi rejimlerinin etkililiğini ve ömür beklentisini arttırıyor.

5. Toplumsal seferberliğin güçlendirilmesi: Tedavi programlarının yönetimine toplumu da dahil ederek, tedaviye erişim ve uygunluk düzeyleri arttırılabilir. Talep yaratımı aynı zamanda kapsamlı erişim çabalarının maliyetlerinin aşağı çekilmesine ve sağlık sistemleri üzerindeki yükün azaltılmasına yardımcı olacaktır.

“Tedavi 2.0” sadece hayat kurtarmakla kalmıyor, bize önleme alanında önemli bir kazanç sağlama potansiyeli de sunuyor,” diyor raporun açıklandığı basın toplantısında konuşan Sayın Sidibé.

Önleme alanındaki devrimde bayrağı gençler taşıyor.

Yeni bir UNAIDS araştırması HIV enfeksiyonunu önleme devriminde bayrağı gençlerin taşıdığını gösteriyor. HIV/AIDS hastalığından en çok etkilenen 25 ülkenin 15’inde, gençler arasında HIV prevalansında %25’ten fazla azalma yaşandı. Bu azalmalar büyük oranda gençler arasındaki yeni HIV enfeksiyonlarında görülen azalmadan kaynaklanıyor.

Sekiz ülkede - Fildişi Sahili, Etiyopya, Kenya, Malawi, Namibya, Tanzanya Birleşik Cumhuriyeti, Zambiya ve Zimbabwe - HIV prevalansında görülen önemli düşüşlere gençler arasında cinsel davranışlardaki olumlu değişimler eşlik etti.

Örneğin, Kenya’da 2000 ve 2005 yılları arasında HIV prevalansında %60’lık bir düşüş gözlemlendi. Aynı dönemde HIV prevalansı kentsel alanlarda %14,2’den %5,4’e, kırsal alanlarda ise %9,2’den %3,6’ya düştü. Benzer şekilde, Etiyopya’da hamile genç kadınlar arasında HIV prevalansında kentsel alanlarda %47 ve kırsal alanlarda %29’luk bir azalma görüldü.

Kamerun, Etiyopya ve Malawi’nin de dahil olduğu 13 ülkede, gençler cinsel olarak aktif hale gelmeden önce daha uzun süre bekliyor. 13 ülkede birden fazla partnerle ilişkiye giren gençlerin sayısında da azalma görüldü. Gençler arasında son cinsel ilişkileri sırasında kondom kullanımı bu 13 ülkede artış gösterdi.

Dünya çapında HIV ile yaşayan 5 milyon genç bulunuyor ve bunlar yeni enfeksiyonların %40’ını oluşturuyor.

Karşılaştırmalı Araştırma

UNAIDS tarafından ilk kez yaptırılan bir uluslararası HIV anketi, HIV/AIDS salgınının üzerinden geçen yaklaşık 30 yılın ardından, tüm bölgelerde, ülkelerin HIV enfeksiyonunu dünyanın karşı karşı-

ya olduğu en önemli sorunlar listesinin tepesinde tutmaya devam ettiğini gösteriyor. Örneğin, Hindistan'da ankete katılanların üçte ikisi, HIV/AIDS salgınının dünyanın hâlihazırda karşı karşıya olduğu diğer sorunlardan daha önemli olduğunu belirtti.

HIV/AIDS hastalığına verilen yanıt çerçevesinde HIV enfeksiyonu hakkındaki kamu farkındalığını arttırmaya yönelik çabalar da katılımcılarca fark ediliyor; her üç katılımcıdan biri, bu çabaların şimdiye kadar AIDS ile mücadelede elde edilen en büyük başarı olduğunu düşünüyor. Bunu HIV önleme programlarının uygulanması ve yeni antiretroviral ilaçların geliştirilmesi izliyor.

Ülkelerinin bu salgın karşısında nasıl performans gösterdiği sorulduğunda, katılımcıların yaklaşık %41'i ülkelerinin sorunla etkili bir şekilde ilgilendiğini söylüyor. Üç katılımcıdan sadece biri dünyanın AIDS'e etkili bir yanıt verdiğini düşünüyor.

İşveç'te ankete tabi tutulan katılımcıların %62'si için, finansman/kaynakların veya uygun maliyetli sağlık hizmetlerinin mevcut olmaması dünyanın HIV enfeksiyonu ile etkili bir şekilde mücadele etmesine olanak bırakmıyor. İngiltere'de ankete katılanların yaklaşık %60'ı da finansman olmamasının başlıca engel olduğunu düşünüyor. Katılımcıların belirttiği diğer zorluklar uygulama deneyimlerine atıfta bulunuyor, öyle ki, katılımcıların yarıdan fazlası önleme hizmetlerinin olmamasının en önemli engel olduğunu söylüyor - damgalama ve ayrımcılık ise belirtilen diğer bir engel.

HIV tedavisine gince; 10 kişiden neredeyse altısı, HIV ile yaşayan kişilere ücretsiz veya devlet destekli tedavi sağlamanın devletin görevi olduğunu düşünüyor.

Yaklaşık 12.000 katılımcının yanıtladığı ankette, tüm bölgeleri temsil eden 25 ülkeden yetişkinler yer aldı.

HIV/AIDS hastalığına yapılan yatırımlar sürdürülmeli, etkili ve öngörülebilir olmalıdır diye belirtildi. Yapılan yatırımlar hem akıllıcadır hem de kanıtlanmıştır. Bu dönüm noktasında, yatırımların azaltılması veya düz bir çizgide seyretmesi AIDS mücadelesine zarar verecektir. 2010 yılında, HIV enfeksiyonunun önlenmesi, tedavisi ve HIV ile ilişkili sağlık bakım ve destek hizmetlerine evrensel erişim yönünde ülkelerin belirlediği hedeflere ulaşılabilmesi için tahminen 26,8 milyar Amerikan Dolarına ihtiyaç var.

UNAIDS, HIV/AIDS hastalığı ile mücadele çerçevesinde hükümetlerin gelirlerinin %0,5 ila %3'ünü ulusal HIV programlarına yatırmalarını tavsiye ediyor. Son yıllarda birçok ülke HIV/AIDS ile mücadeleye yaptığı iç yatırımı arttırmıştır. Örneğin, Güney Afrika Hükümeti AIDS bütçesini 2010 yılında %30 arttırarak 1 milyar Amerikan Dolarına çıkarmıştır. Ancak, HIV enfeksiyonundan ciddi derecede etkilenen ülkelerin çoğunluğu için, optimal düzeylere çıkartılsa bile sadece yerli yatırımlar tüm kaynak ihtiyaçlarını karşılamaya yetmeyecektir.

UNAIDS daha zengin olan gelişmiş ülkeleri kaynak ihtiyaçlarının esaslı bir kısmını iç kaynaklardan karşılamaya çağırılmaktadır. Hâlihazırda, düşük ve orta gelirli ülkeler için küresel kaynak ihtiyacının %50'si, ulusal ihtiyacın gayrisafı milli hâsılının %0,5'inden daha az olduğu 68 ülkede toplanmaktadır. Bu ülkeler HIV ile yaşayan nüfusun %26'sına sahipken AIDS için verilen uluslararası yardımın %17'sini almaktadır.

Rapora göre, HIV/AIDS hastalığına yapılan mevcut yatırımlar daha etkili, daha verimli ve daha öngörülebilir hale getirilebilir. "Maliyetleri azaltarak yatırımların çok daha fazla kişiye ulaşmasını sağlayabiliriz," diyor Sn. Sidibé. "Bu, yaptığımız işi daha iyi yapmak, ne yapacağımızı bilmek, kaynakları israf etmeden doğru yöne kanaliz etmek, fiyatları düşürmek ve maliyetleri azaltmak anlamına geliyor. Daha az kaynakla daha fazla şey yapmalıyız."

Kök Hücre Çalışmaları AIDS Virüsüne Kapıyı Kapatıyor

AFP

03/07/2010

Paris - Yayınlanan bir rapora göre, fareler üzerinde yapılan bir laboratuvar çalışması, HIV'ı davet eden geçitlerden birini kapatmak için yepyeni bir yol sunuyor. Söz konusu geçide CCR5 adı veriliyor; CCR5 insan immün yetmezlik virüsünün (HIV) hücre mekanizmasını ele geçirerek çoğalmaya başlamadan önce ilk adım olarak hücreye penetre etmesine yardımcı olan bir proteindir. 10 yıl kadar önce, bilim adamları genetik kodlarında CCR5 üretmek için küçük bir boşluk olan insanların HIV enfeksiyonuna karşı şaşırtıcı derecede dirençli olduğunu ve enfeksiyonun AIDS basamağına ilerlemesinin bu insanlarda daha uzun zaman aldığını

keşfetmişti. CCR5 delta 32 olarak bilinen bu gen varyantı daha küçük CCR5 proteinlerine yol açıyor ve çoğu HIV türünün hücreyi enfekte etmesini ön-lüyor. ABD'de bir teoriyi test eden bilim adamları farelerden immün ve kırmızı kan hücreleri yapan immatür kan hücreleri aldı.

Bilimadamları ünlü CCR delta 32 sekiyonunu ortadan kaldırmak için yepyeni bir enzim "kesici" kullanarak hücrelerin bazılarını modifiye etti. So-nuç olarak, bu hücreler olgunlaşıp bölündüğünde, normal CCR5 yapmak için gereken anahtar koda sahip değillerdi.

Modifiye edilen hücreler HIV'a maruz bırakıl-mış olan farelere yeniden enjekte edildi. Oniki haf-ta sonra, hayvanlar immün T hücresi stoklarını ye-niden üretmişti ve HIV düzeyleri çok düşüktü. Ancak "kontrol" grubunda olan ve modifiye hücre-lerin enjekte edilmediği farelerde yüksek enfeksi-yon gözlemlendi ve bu farelerin immün sistemlerinin zayıf olduğu görüldü. Bu yaklaşım insanlar üzerin-

de etkili ve güvenli bulunursa, vücutta uzun süreli bir HIV dirençli T-hücreleri jenerasyonu yaratma-nın yolu açılmış olacak – başka bir deyişle, hastalar güçlü antiretroviral ilaçlar almadan HIV'ı baskıla-yabilir hale gelecek.

Los Angeles Southern California Üniversite-si'nden Paula Cannon başkanlığında yapılan ve Nature Biotechnology dergisinde yayınlanan de-ney, CCR5 üzerinde araştırma yapan bilim adam-ları için açılan üçüncü yol. CCR5'i inhibe eden ilaçlar şimdiden immün sistemleri HIV'dan zarar görmüş olan hastalar için "kurtarma" terapisi ola-rak lisanslanıyor. Doktorlar ayrıca gönüllüler üs-tünde yapılan denemelerde bir CCR delta 32 tek-niğini test ediyor; bu teknikte kök hücreler yerine T-hücreleri kullanılıyor. Kasım 2010 yılında ya-yınlanan UNAIDS rakamlarına göre, 2008 yılında yaklaşık 2 milyon kişi HIV enfeksiyonundan haya-tını kaybetti ve HIV ile yaşayanların sayısı 33,4 milyon oldu.

Türk HIV/AIDS Dergisi
Cilt 9/Sayı 4 Basım Tarihi 14.02.2011
olan sayıda; sayfa 116-125 arası yayınlanan

“Öğrenci Yurdunda Kalan Üniversite Öğrencilerinin AIDS Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi” konulu makalenin isim sıralamasında sehven hata yapılmıştır. Yeni isim sıralaması Birsen ALTAY, Güler AYGUT, Asuman KILIÇ, Demet GÖNENER şeklindedir.

