

Kocaeli'nde Gebe Kadınların Prenatal HIV Testine İlişkin Bilgi, Tutum ve Tercihleri

PREGNANT WOMEN'S KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PREFERENCES ABOUT PRENATAL HIV TESTING IN KOCAELI, TURKEY

Dr. Aslıhan AKPINAR,^a Dr. Nermin ERSOY^a

^aTıp Tarihi ve Etik AD, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, KOCAELİ

Özet

Amaç: Gebe kadınların HIV/AIDS konusunda bilgileri ile tarama testleri ve pozitif test sonucunun açıklanması yöntemleri konusundaki tutumları hakkında bilgi edinmektir.

Gereç ve Yöntemler: Kocaeli'nin doğum hızı yüksek semtlerindeki sağlık ocaklarına kayıtlı 494 sağlıklı gebeyle anket yapılmış; bağımsız değişken olarak alınan demografik özellikler ve hastalık/test hakkında bilgi ile tarama testi ve açıklama yöntemi tercihleri arasındaki ilişki ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yarıdan fazlası multipara olan gebelerin %39.9'u HIV tarama testleri hakkında bilgi sahibidir ve %10.7'si gebeliği sırasında HIV testi yaptırmıştır. Büyük çoğunluğu tüm gebelere HIV/AIDS ve HIV testi hakkında bilgi verilmesini tercih etmekle birlikte; %43.9'u testin tüm gebelere zorunlu kılınmasını, %23.9'u tüm gebelere önerilmesini ve gönüllü olanlara yapılmasını, %21.1'i de sadece yüksek risk grubundaki gebelere önerilmesini tercih etmiştir. Gebelerin %74.1'i pozitif test sonucunun önce kendilerine bildirilmesini ve %40.9'u cinsel eşe açıklamayı doktoruyla beraber gebenin kendisinin yapmasını tercih etmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda gebelerin büyük çoğunluğu tüm gebelerin AIDS/HIV konusunda bilgilendirilmesini istemektedir. Ülkemizde test öncesi ve sonrası danışmanlık hizmetleri uygulamaya konmalı ve geç kalınmadan hastanın aydınlatılmış onamının elde edilmesi, gönüllülüğünün sağlanması ve mahremiyetinin korunması konusundaki etik kuralları gözetilen ulusal politikalar oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: AIDS/HIV, HIV tarama testleri, prenatal HIV testi, gebelerin tutumları, HIV tarama testi tercihleri

Abstract

Objective: To assess the pregnant women's attitudes and preferences toward prenatal human immunodeficiency virus (HIV) testing and disclosure, their knowledge about AIDS and HIV screening tests.

Material and Methods: A self-administered questionnaire was applied to 494 healthy pregnant women in five rural health centers in Kocaeli, Turkey. A demographic characteristics and AIDS/HIV testing knowledge of the participants were compared by using chi-square analysis their attitudes and preferences about prenatal HIV testing and disclosure.

Results: 39.9% of the women who more than half were multipara were aware of HIV test and 10.7% had HIV testing during pregnancy. Most of those stated that all women should be informed about AIDS and HIV screening tests. 43.9% believes in mandatory while 23.9% believes in voluntary of HIV test in pregnancy. 21.1% of them stated that tests should be recommended to only pregnant women at risk. 74.1% pregnant women preferred to be the first to know the positive result and 40.9% preferred that disclosure to the partner should be done by pregnant women accompanying their physician.

Conclusion: The majority of the participants expected that all women should be informed about AIDS/HIV and screening test in pregnancy. In Turkey, pre and post-test counselling should carry out and should make national policies about screening tests; ethical principles and rules such as informed consent, respect to privacy and confidentiality must be considered.

Key Words: AIDS/HIV, HIV screening tests, prenatal HIV testing, attitudes of pregnant women, preference of HIV screening

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2005, 15:187-199

Geliş Tarihi/Received: 18.01.2005 Kabul Tarihi/Accepted: 03.05.2005

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Aslıhan AKPINAR
Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik AD
41900 Sopalı Derince KOCAELİ
aslyakcay@yahoo.com

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

Antiretroviral tedaviye erken başlanması, anne sütü ile beslemenin kesilmesi halinde human immunodeficiency virus (HIV)'ın vertikal bulaş oranının %25'ten %8'e düşürülebilir olması, prenatal ve antenatal dönemde HIV tarama testinin rutin, gönüllü, hatta zorunlu

olarak yapılmasına ilişkin uygulamaların başlamasına neden olmuştur. Uygulamaların pratikte; 1) HIV pozitif olan kadınları belirlemek; 2) onların en iyi tıbbi ve psiko-sosyal yardım almasına olanak sağlamak; ve 3) cinsel eşe bulaşma riskini azaltmak, şeklindeki faydaları da HIV testinin rutin prenatal tanı testlerinin parçası olması yönündeki iddiaları güçlendirmektedir.^{1,2}

Ancak; HIV testini rutin prenatal testler kapsamına alan politikaların yaratacağı ciddi etik endişeler söz konusudur. Bu endişeler 2002 yılı UNAIDS Türkiye Araştırma Raporu'nda şu şekilde dile getirilmiştir:

“...HIV testine ilişkin sistem, HIV pozitif bireylerin yanı sıra risk grupları için de sosyal destek programları mevcut olmadığından bazı insan hakları ihlallerine neden olabilmektedir. Serosürveys sistemi içindeki gruplara ek olarak, ameliyat öncesinde HIV yönünden tarama, rutin olarak bütün hastanelerde yapılmaktadır ve hamile kadınlar, kan testi yaptıran hastalar, evlilik başvurusunda bulunanlar gibi çeşitli gruplar da son yıllarda serosürveys sistemine dahil edilmişlerdir. Sınırlı kaynaklara ve ortaya çıkan etik problemlere bağlı olarak, tarama programlarına eklenen yeni gruplar, daha ileri boyutta sorunlara yol açacak gibi görünmektedir. HIV antikör testi için başvuran bireylere test öncesi ve sonrası danışmanlık hizmetleri planlanmamıştır. Danışmanlık için yardımcı olabilecek eğitimli personel sayısı da oldukça sınırlıdır. Test ücretleri makul olmakla birlikte tedavi ücretleri yüksektir. Antiretroviral tedavi dünya standartlarına uygun olarak yapılabilmekte ve prensipte herkese devlet tarafından sağlanmaktadır. Ancak; sosyal güvenlik ve sağlık kurumları arasında çıkan bürokratik sorunlara bağlı olarak, tedavi yarıda kesilebilmektedir.”³

Her ülkenin HIV/AIDS hastalığına ilişkin prevalansına ve risk oranına göre gebelere HIV testi yapmakla ilgili politikalarını belirlemesi önerilmektedir.⁴ Çünkü; ülkemizde^a olduğu gibi enfekte anne sayısı ve HIV pozitif doğan bebek sayısı az olan⁵ ülkelerde, tüm gebe kadınlara HIV testi yaptırmanın getirebileceği ekonomik, sosyal

ve psikolojik yük, elde edilebilecek toplumsal ve bireysel yararı aşabilmektedir.

Özellikle ülkemizde test danışmanlığı ve destek programlarının yetersizliği nedeniyle gebe kadınların yaşayabileceği; damgalanma, eşi veya ailesi tarafından terk edilme, doğum yapacak bir hastane bulamama, çocuğundan koparılmama, hatta çocuğunu göndereceği bir okul bulamama⁶ gibi ciddi sosyal ve psikolojik zararlar mutlaka tartışılmalı ve mevcut test politikaları gözden geçirilmelidir. UNAIDS Türkiye Raporunda önerildiği gibi öncelikle “AIDS ile yaşayan bireylere sağlanan test, tedavi, bakım, takip ve destek gibi bazı uygulamalara ilişkin etik ilkeler belirlenmeli ve bu etik ilkelerin yaşama geçirilmesi her zaman ve zeminde garanti altına alınmalıdır.”³

Konuya ilişkin etik ilkelerin yeterince açık olmaması nedeniyle insan hakları ihlallerine zemin hazırlayan bu tür uygulamaları önleyebilmek için HIV testine özgü etik kurallar belirlenmelidir. Ancak; rutin HIV testi politikalarının hastalık prevalansına olduğu gibi risk gruplarına göre de bazı farklılıklar göstermesi doğaldır. Bu nedenle HIV testine ait politikalar biçimlendirilmeden önce hekimlerin ve politika yapıcıların gebelerin HIV testine özgü endişe ve korkularını bilmesi, görevbilecekleri olası zararları öngörmeleri beklenmektedir.⁷

Ülkemizde prenatal HIV testi uygulamaları yayılmaya başlamakla birlikte ne yazık ki etik hak ihlallerini önleyebilecek prenatal HIV testine özgü politikalar bulunmamaktadır. Bu politikalara rehberlik edebilmesi umuduyla yaptığımız bu ön çalışmayla; gebe kadınların HIV testine ait görüşleri, tercihleri ve tutumları hakkında bilgi edinmeyi amaçladık.

^a1.10.1985 – 30.6.2003 tarihleri arasında ait resmi kayıtlara göre ülkemizde 1097'si erkek, 503'ü kadın olmak üzere 1600 AIDS vaka ve taşıyıcısı bulunmaktadır.⁵ UNAIDS Raporuna göre; anneden bebeğe geçiş etkeni payı %1,36³ ve enfekte anne bebeği sayısı ise 23'tür.⁵

Gereç ve Yöntem

Çalışma, 1 Eylül-31 Aralık 2003 tarihleri arasında Kocaeli'nin, doğurma hızı en yüksek beş semtinde^b yer alan sağlık ocaklarında yürütülmüştür.⁸ Kayıtlı olduğu sağlık ocağına rutin gebelik kontrolleri için gelmiş ve kontrolleri tamamlanmış olan sağlıklı gebeler; sağlık çalışanları tarafından çalışma hakkında bilgilendirilerek çalışmaya davet edilmiştir. Katılmak isteyen gebelere çalışma formu sunulmuş, yaklaşık 6-8 dakikada tamamlanabilen formu doldurması için gebe yalnız bırakılmış ve formu tamamladıktan sonra kayıt masasında bulunan kutuya koyması istenmiştir. Çalışmaya katılmak isteyen, ancak; okuma-yazma bilmeyen gebe kadınlara çalışma formu sağlık çalışanları tarafından okunmuştur. Toplam 501 gebe çalışmaya gönüllülükle katılmayı kabul etmiş, ancak 7 kadının doldurmuş olduğu form, hatalı işaretlemeler nedeniyle dahil edilmemiştir.

Çalışma formu: Daha önceki benzer çalışmalarda^{c,9} kullanılmış olan formun soruları gebe kadınlara özgü hale getirilmiş ve 12 gebeye pilot çalışma yapılmıştır. 3 bölüm ve 15 sorudan oluşan çalışma formunun ilk bölümünde; gebe kadının demografik özelliklerine; AIDS/HIV ve HIV testi hakkında bilgi ve deneyimlerine ait 8 soru yer almaktaydı. İkinci bölümdeki 4 soru; gebelere HIV testi yapılmasına, üçüncü bölümde yer alan 3 soru ise; pozitif HIV testi sonucunun açıklanmasına ilişkin tutum ve tercihlerle ilgiliydi.

Gebe kadınların yaşı, eğitim düzeyi, gebelik sayısı, AIDS/HIV ve HIV testi hakkında bilgisi bağımsız değişken olarak ele alınmış ve bu değişkenlerle HIV testinin yapılması ve sonuçlarının açıklanması yöntemlerine ilişkin tercih ve tutumları arasındaki farkların anlamlılığını gözleyebilmek için χ^2 anlamlılık testi kullanılmıştır.

^b2003 yılı Kocaeli kaba doğum hızı: %13,1; Bekirdere'de %17,05; 28 Haziran'da %15,33; Mehmet Ali Paşa'da %14,74; Alikahya'da %11,59; Santral'da %9,5⁸.

^cGüven T, Ersoy N, Şehiraltı M. The opinions of the 5th Turkish AIDS Congress Participants in regard to the use of HIV/AIDS screening tests and disclosure of HIV status (basılmamış yayın).

Çalışma, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Onay tarihi: 29.03.2002; karar no: AEK186/15; proje no:14). Çalışma formunun başlangıç sayfasının üst kısmında çalışma hakkında bilginin verilmiş olması ve form sunulmadan önce gebelerin sağlık çalışanları tarafından sözlü olarak aydınlatılmış olması nedeniyle katılmayı kabul eden gebe kadınların gönüllülükle aydınlatılmış onam verdikleri varsayılmıştır.

Bulgular

Çalışmamıza; çalışma tarihleri arasında bölgelerde kayıtlı tüm gebelerin (n= 799), %61.8'i katılmıştır. Toplam 494 sağlıklı gebenin katıldığı çalışma sonuçları şöyledir:

Gebe kadınların demografik özellikleri

Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 26.5±5.3 idi. En genci 16, en yaşlısı 44 yaşında olan gebelerin çoğunluğu (%77.1; n= 381) 30 yaş ve altı yaş grubundaydı. Gebelerin %4.7 (n= 23)'si hiç okula gitmemiş, yarısı (%50.2; n= 248) beş yıllık bir eğitim görmüştü. Tamama yakını (%99.6; n= 492) evli olan kadınların yarıdan fazlası (%63.6; n= 314) en az ikinci gebeliğini sürdürmekteydi (Tablo 1).

Gebe kadınların hastalık ve test hakkında bilgi ve tutumları

Gebelerin yarıdan fazlası (%62.8; n= 310) AIDS'in bulaşıcı bir hastalık olduğunu bilmekle

Tablo 1. Gebelerin demografik özellikleri (n= 494).

	n	%
Yaş		
30 yaş ve altı	381	77.1
31 yaş ve üstü	113	22.9
Eğitim düzeyi		
Eğitimsiz+İlkokul	271	77.1
Orta öğretim	175	35.4
Üniversite	48	9.7
Medeni durumu		
Evli	492	99.6
Bekar	2	0.4
Gebelik sayısı		
Primipara	180	36.4
Multipara	314	63.6

Tablo 2. Bilgiye yönelik tutumların demografik özelliklerle ilişkisi (n= 494).

	Katılıyorrum		Katılmıyorum		Fikrim Yok		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Eğitim Düzeyi							
Eğitimsiz –İlkokul	213	78.6	6	2.2	52	19.2	p= 0.000
Orta öğretim	160	91.4	5	2.9	10	5.7	
Üniversite ve üstü	47	97.9	1	2.1	-	-	
Hastalık bilgisi							
Var	282	91.0	6	1.9	22	7.1	p= 0.000
Yok	138	75.0	6	3.3	40	21.7	
Test bilgisi							
Var	184	93.4	6	3.0	7	3.6	p= 0.000
Yok	236	79.5	6	2.0	55	18.5	

birlikte; çok daha azının (%39.9; n= 197) HIV tarama testi hakkında bilgisi bulunmaktaydı. Ancak; hastalık ya da test hakkında bilgisi olsun olmasın kadınların büyük çoğunluğu (%85; n= 420), gebelikleri döneminde tüm kadınlara HIV/AIDS ve HIV testi hakkında bilgi verilmesinden yanaydı. Gebelerin %12.6 (n= 62)'sı bu konuda her hangi bir fikri olmadığını bildirmektedirken, çok azı (%2.4; n= 12) gebelere bu tür bir bilginin verilmesinden yana değildi.

HIV/AIDS ve test hakkında bilgi ile demografik özelliklerin ilişkisi

Gebe kadınların AIDS enfeksiyonu ve HIV tarama testi hakkında bilgi sahibi olması ile yaşı ve gebelik sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmezken; eğitim düzeyi ile arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (sırasıyla; $\chi^2= 95.118$; $df= 2$; $p= 0.000$; $\chi^2= 159.917$; $df= 2$; $p= 0.000$). En fazla beş yıllık eğitim almış olan kadınların yarısından fazlası (%56.1; n= 152) hastalık hakkında; büyük çoğunluğu (%84.1; n= 228) test hakkında bilgisi olmadığını bildirmişken; 12 yıl ve üstü eğitim almış olan kadınların neredeyse tamamı hastalık (%97.9; n= 47) ve test (%93.8; n= 45) hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu bildirmiştir.

Tüm gebelere hastalık hakkında bilgi verilmesine yönelik tercihler ile kadının yaşı ve gebelik sayısı arasında ilişki gözlenmezken eğitim düzeyi ile anlamlı ilişki görülmektedir ($\chi^2= 25.360$; $df= 4$; $p= 0.000$). En fazla beş yıllık eğitim almış kadınla-

rın çoğu (%78.6; n= 213) gebelere bilgi verilmesini istemektedirken, bu yöndeki talebin eğitimle doğru orantılı olarak arttığı gözlenmiştir. Kadınların tüm gebelere AIDS/HIV ve HIV testi hakkında bilgi verilmesini tercih etmesi ile hastalık ve test hakkında bilgi sahibi olması arasındaki ilişki de anlamlıdır (sırasıyla: $\chi^2= 24.022$; $df= 2$; $p= 0.000$; $\chi^2= 24.354$; $df= 2$; $p= 0.000$). Burada da; yeterli hastalık ve test bilgisine sahip kadınların daha fazlası gebelere bu konuda bilgi verilmesini istemektedir (Tablo 2).

Gebe kadınların HIV testine ilişkin tutumları

Çalışmamıza katılan gebe kadınların %10.7 (53)'si gebeliği sırasında olmak üzere, kadınların toplam %16.4 (81)'ü HIV tarama testi yaptırmıştır. HIV tarama testi yaptırmak ile yaş ve gebelik sayısı arasında anlamlı ilişki gözlenmezken; eğitim seviyesi ve hastalık-test hakkında bilgi düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (sırasıyla: $\chi^2= 60.605$; $df= 2$; $p= 0.000$; $\chi^2= 43.269$; $df= 1$; $p= 0.000$; $\chi^2= 102.018$; $df= 1$; $p= 0.000$). Kadının eğitim düzeyi yükseldikçe test yaptırmış olma oranı artmaktaydı ve test yaptırmış olan kadınların önemli bir kısmı da AIDS ve HIV testi hakkında bilgi sahibiydi. Test yaptırmış olmak ile eğitim seviyesi, hastalık ve test hakkında bilgi sahibi olma arasında görülen bu anlamlı farklılık, testi gebelik döneminde yaptırmış olmak ile de görülmektedir (sırasıyla; $\chi^2= 25.240$; $df= 2$; $p= 0.000$; $\chi^2=$

Tablo 3. HIV testine ilişkin tutumların demografik özelliklerle ilişkisi (n= 494).

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
GÖNÜLLÜ TEST							
Eğitim Düzeyi							
Eğitimsiz –İlkokul	60	22.1	130	48.0	81	29.9	p= 0.000
Orta öğretim	49	28.0	98	56.0	28	16.0	
Üniversite ve üstü	9	18.8	36	75.0	3	6.3	
Hastalık Bilgisi							
Var	74	23.9	189	61.0	47	15.2	p= 0.000
Yok	44	23.9	75	40.8	65	35.3	
Test Bilgisi							
Var	47	23.9	131	66.5	19	9.6	p= 0.000
Yok	71	23.9	133	44.8	93	31.3	
ZORUNLU TEST							
Gebelik Sayısı							
Primipara	87	48.3	44	24.4	49	27.2	p= 0.042
Multipara	130	41.4	111	35.4	73	23.2	
Eğitim Düzeyi							
Eğitimsiz –İlkokul	105	38.7	76	28.0	90	33.2	p= 0.000
Orta öğretim	83	47.4	62	35.4	30	17.1	
Üniversite ve üstü	29	60.4	17	35.4	2	4.2	
Hastalık Bilgisi							
Var	155	50.0	112	36.1	43	13.9	p= 0.000
Yok	62	33.7	43	23.4	79	42.9	
Test Bilgisi							
Var	110	55.8	70	35.5	17	8.6	p= 0.000
Yok	107	36.0	85	28.6	105	35.4	
YÜKSEK RİSK GRUBU							
Eğitim Düzeyi							
Eğitimsiz –İlkokul	62	22.9	145	53.5	64	23.6	p= 0.001
Orta öğretim	33	18.9	120	68.6	22	12.6	
Üniversite ve üstü	9	18.8	37	77.1	2	4.2	
Hastalık Bilgisi							
Var	62	20.0	210	67.7	38	12.3	p= 0.000
Yok	42	22.8	92	50.0	50	27.2	
Test Bilgisi							
Var	34	17.3	144	73.1	19	9.6	p= 0.000
Yok	70	23.6	158	53.2	69	23.2	

25.342; df= 1; p= 0.000; $\chi^2= 63.621$; df= 1; p= 0.000).

HIV tarama testi yöntemi tercihleri

Gebe kadınların HIV testine ilişkin yöntem tercihleri sorgulandığında; kadınların yaklaşık dörtte biri (%23.9; n= 118) tüm gebelere gönüllü HIV tarama testinin önerilmesini, yarıya yakını (%43.9; n= 217) testin tüm gebeler için zorunlu olmasını; beşte biri de (%21.1; n= 104) sadece yüksek risk grubunda olan gebelere önerilmesini tercih etmekteydi (Tablo 3).

HIV tarama testi yöntemi tercihleri ile demografik özelliklerin ilişkisi

Gebelerin HIV testi yöntemi tercihleri ile demografik özellikleri ve test hakkında bilgileri arasındaki ilişkiye baktığımızda; her üç yöntem tercihi için de eğitim seviyesi, hastalık ve test hakkında bilgi düzeyi anlamlı farklılık yaratmaktadır. Örneğin; bu yöntemler konusunda tercih bildiremeyen kadınların büyük çoğunluğu en fazla 5 yıllık eğitim almış olan ya da hastalık ve test hakkında bilgisi bulunmayan kadınlardır (Tablo 3).

Gönüllü Tarama Testi: Gebelerin yaklaşık dörtte biri tüm gebelere gönüllü HIV testinin önerilmesini tercih etmiştir. Gebelerin bu tercihleri ile yaşı ve gebelik sayısı arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Gönüllü teste yönelik tercihler ile eğitim seviyeleri arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, bu yöntemin en fazla (%28.0; n= 49) orta öğretim düzeyindeki kadınlar tarafından tercih edildiği, 12 yıl ve üstü eğitim yapmış olan kadınların bu yöntemi (%18.8; n= 9) en az tercih ettiği görülmüştür ($\chi^2= 23.394$;df= 4; p= 0.000). Bunun dışında hiç eğitim almamış ya da beş yıllık eğitim almış olan, hastalık ($\chi^2= 29.531$;df= 2;p= 0.000) ve test hakkında ($\chi^2= 34.980$;df= 2;p= 0.000) bilgisi bulunmayan kadınların büyük oranda fikir ileri sürmedikleri gözlenmiştir (Tablo 3).

Zorunlu Tarama Testi: Gebelerin yarıya yakını tüm gebelere zorunlu HIV testi yapılmasını tercih etmiştir. Gebe kadınların zorunlu teste yönelik tercihleri ile yaşları arasında herhangi bir fark gözlenmezken, bu tercihlerde gebelik sayısı anlamlı fark yaratmaktadır. İki ya da daha fazla gebelik deneyimi olan kadınların daha azı (%41.4; n= 130) HIV testinin tüm gebe kadınlar için zorunlu olmasından yana bir tutum sergilemekteydi ($\chi^2= 6.320$;df= 2;p= 0.042). Bu sonuç bize deneyimin tercih üzerinde etkisi olduğunu düşündürmektedir. Çünkü ilk gebeliğini sürdüren kadınların yarıya yakını (%48.3; n= 87) testin tüm gebe kadınlar için zorunlu olmasını istemektedir (Tablo 3).

Kadınların testin zorunlu olmasına ilişkin tercihleri ile eğitim düzeyi; hastalık ve test hakkında bilgisi arasında da anlamlı farklılıklar gözlenmektedir (sırasıyla: $\chi^2= 27.430$; df= 4; p= 0.000; $\chi^2= 52.472$; df= 2; p= 0.000; $\chi^2= 46.637$; df= 2; p= 0.000). 12 yıl ve daha üstü eğitim yapmış olan, hastalık ve test hakkında bilgisi bulunan gebe kadınların daha fazlası HIV tarama testinin zorunlu olmasından yanaydı. Yani eğitim seviyesi ile hastalık ve test hakkında bilgi düzeyi arttıkça tüm gebe kadınlara zorunlu HIV testi yapılmasına yönelik tercihler de artmaktaydı (Tablo 3).

Yüksek Risk Grubuna Tarama Testi: Gebe kadınların beşte biri, HIV testinin sadece yüksek risk grubunda olduğu bilinen ya da sezilen gebe

kadınlara yapılması gerektiğine inanmaktaydı. Bu tür bir tercihin seçiminde yaş ve gebelik sayısı anlamlı fark yaratmamaktayken, eğitim düzeyi, hastalık ve test hakkında bilgi yine anlamlı farklılıklar yaratmaktadır (sırasıyla: $\chi^2= 19.951$; df= 4; p= 0.001; $\chi^2= 20.804$; df= 2; p= 0.000; $\chi^2= 22.186$; df= 2; p= 0.000). Zorunlu teste yönelik tercihlerin aksine bu fikre katılma ile eğitim seviyesi, hastalık ve test bilgisi arasında ters orantı bulunmaktadır. Eğitim seviyesi arttıkça sadece yüksek risk grubundaki gebelere test önerilmesini tercih etme oranı azalmaktaydı; hastalık ve test hakkında bilgisi yeterli olmayan kadınların daha fazlası sadece yüksek risk grubundaki gebelere önerilmesini tercih etmekteydi (Tablo 3).

Test sonucunun açıklanmasına ilişkin tercihler

Çalışmamıza katılmış olan gebe kadınların %74.1 (n= 366)'i HIV tarama testinin pozitif çıkması durumunda sonucun önce gebe kadının kendisine açıklanması gerektiğini bildirmekte; benzer oranda gebe kadın (%74.7; n= 369) bu sonucun gebenin eşine de açıklanması gerektiği fikrine katılmaktaydı. Açıklamanın nasıl yapılması gerektiğine ilişkin tercihleri ise şöyledir; en fazla tercih edilen yöntem (%40.9; n= 202) eşe açıklamanın doktoruyla beraber gebe tarafından yapılması iken; gebelerin yaklaşık dörtte biri (%22.7; n= 112) eğer gebe kadın isterse sadece doktorunun, benzer oranda gebe de (%21.9; n= 108) gebenin kendisinin cinsel eşine açıklama yapmasını tercih etmekteydi. Çok az gebe kadın (%7.7; n= 38) eşe açıklama yapılmasına gerek olmadığını bildirmekte, diğer bir azınlık da (%6.9; n= 34) öncelikle eşin bilgilendirilmesini ve kendisine doğumdan sonra bilgi verilmesini ya da hiç öğrenmemeyi tercih etmekteydi.

Test sonucunu açıklanmasına ilişkin tercihler ile demografik özelliklerin ilişkisi

HIV test sonucunun pozitif çıkması durumunda sonucun önce kadına açıklanması gerektiği yönünde tercihler ile gebe kadının yaşı ve gebelik sayısı arasında anlamlı ilişki gözlenmezken; HIV testine ilişkin tutumlarda görüldüğü gibi,

Tablo 4. Pozitif sonucun açıklanmasına ilişkin tutumların demografik özelliklerle ilişkisi (n= 494).

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
ÖNCE GEBEYE AÇIKLANMALIDIR							
Eğitim Düzeyi							
Eğitimsiz –İlkokul	186	68.6	53	19.6	32	11.8	p= 0.009
Orta öğretim	137	78.3	28	16.0	10	5.7	
Üniversite ve üstü	43	89.6	4	8.3	1	2.1	
Hastalık bilgisi							
Var	244	78.7	48	15.5	18	5.8	p= 0.003
Yok	122	66.3	37	20.1	25	13.6	
Test bilgisi							
Var	160	81.2	28	14.2	9	4.6	p= 0.006
Yok	206	69.4	57	19.2	34	11.4	
GEBENİN EŞİNE DE BİLGİ VERİLMELİDİR							
Eğitim Düzeyi							
Eğitimsiz –İlkokul	186	68.6	39	14.4	46	17.0	p= 0.003
Orta öğretim	140	80.0	22	12.6	13	7.4	
Üniversite ve üstü	43	89.6	3	6.3	2	4.2	
Hastalık bilgisi							
Var	248	80.0	36	11.6	26	8.4	p= 0.001
Yok	121	65.8	28	15.2	35	19.0	
Test bilgisi							
Var	167	84.8	20	10.2	10	5.1	p= 0.000
Yok	202	68.0	44	14.8	51	17.2	

kadının eğitim düzeyi, hastalık bilgisi ve test bilgisi arasında anlamlı ilişki gözlenmektedir (sırasıyla $\chi^2= 13.488$; $df= 4$; $p= 0.009$; $\chi^2= 11.864$; $df= 2$; $p= 0.003$; $\chi^2= 10.393$; $df= 2$; $p= 0.006$). Her eğitim düzeyinden kadınların çoğu test sonuçlarının önce kadına açıklanması gerektiğine inanmakla birlikte, eğitim düzeyi yükseldikçe açıklamanın kadına yapılması yönünde tercihler de artmaktadır. Benzer bir şekilde hastalık ve test hakkında bilgisi olan gebe kadınların daha fazlası açıklamanın önce kadına yapılmasını tercih etmekteydi (Tablo 4).

Test sonucunun pozitif çıkması durumunda sonucun eşe açıklanıp açıklanmaması gerektiğine ilişkin tercihlerin de gebe kadının yaşıyla ve gebelik sayısı ile anlamlı bir ilişkisi gözlenmemiştir. Ancak diğerlerinde olduğu gibi eğitim, hastalık ve test bilgisi anlamlı farklılıklar yaratmaktadır. Şöyle ki; eğitim düzeyi yükseldiğinde ($\chi^2= 16.262$; $df= 4$; $p= 0.003$), hastalık ($\chi^2= 14.867$; $df= 2$; $p= 0.001$) ve test ($\chi^2= 20.473$; $df= 2$; $p= 0.000$) hakkında

yeterli bilgisi olduğunda gebe kadınların daha fazlası test sonucunun pozitif çıkması durumunda sonucun eşe de açıklanması gerektiği yönünde bir tutum sergilemekteydi (Tablo 4).

Cinsel eşe açıklama yöntemi: Test sonucunun pozitif çıkması durumunda cinsel eşe açıklamanın “yalnız gebe kadın” ya da “yalnız doktor tarafından” yapılmasına ilişkin tercihler ile demografik özellikler ve hastalık bilgisi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gözlenmemiş, sadece eşe açıklamanın yalnızca doktor tarafından yapılmasına ilişkin tercihler ile test bilgisi arasında ilişki gözlenmiştir ($\chi^2= 6.552$; $df= 1$; $p= 0.010$). Bununla beraber cinsel eşe açıklamanın doktoruyla beraber gebe tarafından yapılmasına ilişkin tercihlerde; eğitim seviyesi yüksek ($\chi^2= 6.988$; $df= 2$; $p= 0.030$), hastalık ($\chi^2= 10.648$; $df= 1$; $p= 0.001$) ve HIV testi ($\chi^2= 22.617$; $df= 1$; $p= 0.000$) hakkında bilgisi olan gebe kadınların daha fazlasının açıklamanın doktor ile birlikte yapılmasını tercih ettiği gözlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Pozitif sonucun eşe açıklanma yöntemine ilişkin tercihlerin demografik özelliklerle ilişkisi (n=494).

Demografik özellikler ve diğer bağımsız değişkenler	Pozitif HIV testi sonucu eşe;											
	Yalnızca gebe tarafından açıklanmalıdır				Yalnızca doktor tarafından açıklanmalıdır				Doktoruyla beraber gebe tarafından açıklanmalıdır			
	Katılıyor		Katılmıyor		Katılıyor		Katılmıyor		Katılıyor		Katılmıyor	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eğitim Düzeyi												
Eğitimsiz –İlkokul	59	21.8	212	78.2	72	26.6	199	73.4	98	36.2	173	63.8
Orta öğretim	37	21.1	138	78.9	32	18.3	143	81.7	78	44.6	97	55.4
Üniversite ve üstü	12	25.0	36	75.0	8	16.7	40	83.3	26	54.2	22	45.8
p değeri	p= 0.847 (NS)				p= 0.072 (NS)				p= 0.030			
Hastalık bilgisi												
Var	68	21.9	242	78.1	62	20.0	248	80.0	144	46.5	166	53.5
Yok	40	21.7	144	78.3	50	27.2	134	72.8	58	31.5	126	68.5
p değeri	p= 0.959 (NS)				p= 0.066 (NS)				p= 0.001			
Test bilgisi												
Var	39	19.8	158	80.2	33	16.8	164	83.2	106	53.8	91	46.2
Yok	69	23.2	228	76.8	79	26.6	218	73.4	96	32.3	201	67.7
p değeri	p= 0.366 (NS)				p= 0.010				p= 0.000			

Tartışma

Evrensel rutin prenatal HIV testine ilişkin uygulamalar ciddi etik sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Gelecek kuşakların esenliğini korumak adına kadının özerkliğinin göz ardı edilmesi olasılığı; gebe kadının katlanmak durumunda kalabileceği zarar ve külfetin, elde edilebilecek toplumsal yarardan büyük olabileceği endişesi rutin ya da zorunlu HIV testi politikalarının etik açıdan haklı çıkartılmasını engellemektedir.⁴ Bireyin özerkliğinin ve mahremiyetinin korunmasına yardımcı olabilecek, zarar görmesini önleyebilecek ve adalet ilkesinin etik gereklerine uygun olabilecek prenatal HIV tarama testlerine ilişkin politikalara yol gösterici olması amacıyla; gebe kadınların prenatal HIV testine özgü konularda bilgi, görüş ve beklentileri hakkında fikir edinmek için bu çalışmayı yaptık.

Hastalık ve test bilgisi: 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasından (TNSA-2003) elde edilen bulgulara göre evlenmiş kadınların %88'i AIDS'i duymuştur ve araştırmamızı gerçekleştirdiğimiz Kocaeli ilinin bulunduğu Doğu Marmara bölgesinde bu oran %92.3'e yükselmektedir.¹⁰ Bununla birlikte; çalışmamıza katılan gebe kadın-

ların yarısından fazlası (%62.8) AIDS hastalığı hakkında, üçte biri de (%39.9) HIV testi hakkında bilgi sahibi olduğunu bildirmekteydi. Walter EB. ve arkadaşlarının çalışmasında ise gebe kadınların %95'i hastalığın bulaşıcı bir hastalık olduğunu bilmekte;¹¹ Kvam BMN ve arkadaşlarının çalışmasında da yeni doğum yapmış kadınların yarısı HIV testi hakkında bilgi sahibi olduğu bildirilmekteydi.¹² Bu çalışmalarda hastalık veya test hakkında bilgi sahibi olmak ile kişisel özellikler arasında bir ilişki bulunmamasına karşın, bizim çalışmamızda ve TNSA-2003'te¹⁰ eğitim düzeyi ile önemli fark gözlenmekte ve çalışmamızda tüm gebe kadınlara hastalık ve test hakkında bilgi verilmeli şeklinde önermeye 11 yıl ve üstü eğitim almış olan kadınlar daha fazla katılmaktaydı.

HIV testine ilişkin tutumlar: Walter EB. ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada her eğitim düzeyinden kadınların %68'i gebelikleri döneminde test yaptırmışken,¹¹ çalışmamızda kadınların sadece onda biri (%10.7) gebeliği sırasında test yaptırmıştı. Gebe kadının eğitim düzeyi ve hastalık - test hakkında bilgisiyle ilişkili olan bu sonuç, Carusi D. ve arkadaşlarının çalışmasında da gözlenmekte; hastalık ve test hakkında bilgisi olan

kadınların daha fazlasının rutin test yaptırdığı belirtilmektedir.¹³ Kowalczyk J. ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınların üçte biri (%36.2),¹⁴ Royce ve arkadaşlarının çalışmasında yarıdan fazlası (%57.6) gebeliği öncesinde test yaptırmışken;¹⁵ çalışmamızda, gebe kadınların çok azı (%5.7) gebeliği öncesinde test yaptırmıştı.

Rutin HIV tarama testi: Evrensel HIV testinin prenatal bakımın rutin bir ögesi olarak ve hastayı bilgilendirerek yapılmasından yana olan politikalar; kadının mutlaka HIV testi hakkında bilgilendirilmesini; test sonucunun pozitif çıkması durumunda da kadınlara post-test danışmanlığının sağlanmasını gerektirmektedir.¹⁶ Jayaraman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Alberta'da rutin prenatal test politikasının uygulanmaya başlamasından hemen sonra prenatal HIV testi yaptırma oranlarında dikkate değer bir artış gözlenmiş ve rutin prenatal HIV testi uygulamasından sonraki yıllarda test yaptırmayı reddeden kadın sayısı giderek azalmıştır.¹⁷ İngiltere ve ABD'de yapılan çalışmalar da, aydınlatılmış onam alınarak uygulanan (opt-in) tarama testlerinde %33 - %74 olan test yaptırma oranlarının rutin politikalarıyla (opt-out) beraber %81 - %88'e yükseldiğini göstermiştir.¹⁷ Bununla beraber; enfekte anneyi yakalama şansını artıran rutin prenatal HIV testi uygulamalarının, kadının özerkliğini tehdit edebildiği de açıktır.² Bu nedenle HIV testini onayacak gebe kadınların sayısının artırılmasına yönelik çabalar şiddetle önerilmektedir. Bu da ancak test öncesinde ve sonrasında HIV test danışmanlığının sunulabilmesi ile mümkün olabilmektedir.¹⁸ Test öncesi ve/veya testin pozitif çıkması durumunda test sonrası danışmanlık hizmetlerinin yetersiz olduğu ülkemizde; gebe kadınların yaklaşık dörtte birinin (%23.9) HIV tarama testinin tüm gebe kadınlara önerilmesinden yana olması, endişeleri haklı çıkartmaktadır.

Oysa benzer çalışmalarda kadınların çoğu, testin tüm gebe kadınlara yapılmasından yanadır. Örneğin; Kowalczyk J. ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların önemli bir kısmının (%73.5) test yaptırmayı istediği, %74.2'sinin de HIV testini kabul ettiği; gönüllü HIV testini kabul etmeleri ile demografik özellikleri arasında da bir ilişki olma-

dığı bildirilmektedir.¹⁴ Benzer bir şekilde Walter EB. ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %84'ü tüm gebelere HIV testinin yapılmasını tercih etmekte,¹¹ Jha S. ve arkadaşlarının çalışmasında da %80'i test yaptırmayı kabul etmekteydi.¹⁹ Kendilerinin ve bebeklerinin sağlığı için ya da kendilerine rutin önerildiği için test yaptırdığını açıklayan kadınların tercihleri, çalışmamız sonuçlarının aksine eğitim düzeyi ile farklılık göstermektedir. Ancak; Carusi D. ve arkadaşlarının çalışmasında kadının gönüllü test tercihi ile hastalık ve test bilgisine sahip olması arasında ilişki gözlenmiştir.¹³ Fernandez MI. ve arkadaşlarının çalışmasında da demografik özelliklere göre değişiklik göstermeden katılımcıların çoğu (%86) kendilerinin ve bebeklerinin sağlığı için, bakım vericilerin desteğini alacaklarını bildikleri için HIV testini kabul etmektedir. Hastalık ve test hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan kadınların kendilerini risk altında görmediği için testi reddettikleri bulunmuştur.²⁰ Parra EO. ve arkadaşlarının çalışmasında da kadınların dörtte biri HIV testinin rutin prenatal bakımın bir parçası olmasını reddetmekte ve gerekçe olarak damgalanma; seks işçisi veya ilaç bağımlısı olduğunun anlaşılması ya da sanılması, duygusal ve ekonomik desteği kaybetme korkusunu göstermektedir. Bu nedenle test önerme sürecinde hekim ya da hemşirenin kadınların korkularını sezmesi, dikkatli ve nazik davranması beklenmektedir.⁷

Zorunlu HIV tarama testi: HIV enfeksiyonlu gebelerin yakalanma şansını artıracak olması, gönüllü test politikalarıyla enfekte kadının testi reddedebilme olasılığının bulunması, prenatal bakım almak için gelen her kadına diğer testlerle birlikte yapılabileceği için uygulamasının kolay olması gibi gerekçeler, prenatal HIV testinin zorunlu yapılmasına ilişkin görüşlerin artmasına neden olmaktadır. Ancak; zorunlu HIV testi yaptırmaktan çekinen kadınların, prenatal bakımdan yoksun kalma riski göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle; HIV test politikalarında mutlaka kadının endişeleri hesaba katılmalı ve özerkliğine saygı korunmalıdır.²¹

Oysa mevcut politikalarla gebe kadınların beklentilerinin dikkate alındığını, özerkliğinin korundu-

ğunu söylemek çok güç görünmektedir. Buna karşın; çalışmamızda kadınların yarıya yakını (%43.9); Walter EB. ve arkadaşlarının çalışmasında¹¹ ve Moatti JP. ve arkadaşlarının çalışmasında²² kadınların yarıdan fazlası (sırasıyla: %60, %68.8) prenatal HIV testinin zorunlu olmasını tercih etmektedir. Ho CF. ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadınların yarıdan azı (%40.8) testin zorunlu yapılmasından yana olmakla birlikte, bu çalışmada gebelerin %39.3'ü²³ Moatti JP. ve arkadaşlarının çalışmasında²² %31.2'si testlerin gönüllü yapılmasını ve aydınlatılmış onamın alınmasını tercih etmektedir.

Yüksek riskli gruba tarama testi: Yüksek risk grubuna testin zorunlu olması yönünde uygulamaların, enfekte kadınların %20–30'unun dışarıda kalmasına ve risk grubundaki kadınların ayrımcılığa uğramasına neden olduğu iddia edilmektedir. Özellikle hekimlerin risk değerlendirme kurallarını düzenli kullanmadıkları düşünüldüğünde enfekte anne kaçaklarının daha fazla olabileceği ileri sürülmektedir. Ayrıca sadece yüksek risk grubu gözetildiği için risk altında olmayan kadınların hastalık ve test hakkında bilgilenmeleri engellenebilmektedir. Bu nedenle prenatal bakımda HIV testi-ne özgü aydınlatılmış onam standartlaştırılmalı ve her kadının yararlanmasına olanak sağlanmalıdır.²⁴

Çalışmamızda kadınların beşte biri HIV tarama testinin sadece yüksek risk grubunda olduğu düşünülen gebe kadınlara yapılması gerektiğini bildirmektedir. Eğitim düzeyi düşük ve hastalık ve test hakkında yeterli bilgisi olmadığını bildiren gebe kadınların daha fazlası tarafından bu yöntemin tercih edilmesinin nedeninin düşük risk algısı olabileceğini düşünüyoruz. Çünkü; benzer gerekçeler diğer çalışmalarda da ileri sürülmektedir. Örneğin; Royce RA. ve ark.nın,¹⁵ Jha S. ve ark.larının,¹⁹ Tse HY. ve ark.nın,²⁵ çalışmalarında kadınların test önerilmesini reddetmelerine sebep olarak “kendilerini risk altında görmemeleri” gösterilmektedir. Ayrıca TNSA-2003'e göre Türkiye'de evlenmiş kadınların %39.2'si, Doğu Marmara bölgesindeki kadınların da yaklaşık üçte biri (%27.4) sağlıklı görünen bir kişide HIV/AIDS virüsünün olmayacağını düşünmektedir.¹⁰

Açıklamaya ilişkin tutumlar: Gebe kadınların önemi bir kısmı test sonucunun pozitif çıkması durumunda açıklamanın önce kendisine yapılmasını tercih etmekle birlikte, yaklaşık beşte biri kendilerine herhangi bir açıklama yapılmasını istememekteydi. Eğitim düzeyi yüksek ve/veya hastalık - test hakkında bilgisi yeterli olan kadınların daha fazlası test sonucu hakkında önce kendilerinin bilgilendirilmesini istemekteydi. Eğitim düzeyinin bireyin kendine güvenini yükselttiğini düşündüren bu durum, yüksek eğitilmiş ve yeterli hastalık/test bilgisi bulunan kadınların daha fazlasının cinsel eşe açıklama yapılmalı şeklindeki tutumuyla desteklenmektedir. Çünkü eğitim düzeyi düşük ve yeterli hastalık bilgisi bulunmayan gebe kadınların daha azı eşe bilgi verilmesinden yanaydı (Tablo 4).

Gebe kadınların yarıya yakını test sonucunun eşe, gebe kadın ile doktorunun birlikte açıklamasını tercih etmekteyken, kadınların yaklaşık dörtte biri açıklamayı sadece gebenin kendisinin yapmasını; benzer oranda kadın da sadece doktorun yapmasını tercih etmekteydi. Hastalık ve test hakkında yeterli bilgisi olduğunu bildiren gebe kadınların çoğu eşe doktoruyla beraber açıklama yapmayı tercih ederken; eğitim düzeyi düşük kadınlar açıklamaya katılmamayı tercih etmekteydi (Tablo 5).

Sonuç

Haziran 2003 tarihine kadar olan resmi kayıtlara göre ülkemizde kadın hasta/taşıyıcı oranı erkek oranının yaklaşık yarısıdır. Anneden bebeğe geçiş etkeni payı %1.36, enfekte anne bebeği sayısı ise 23'tür.^{3,5} Enfekte bebek sayısı henüz korkutucu boyutta olmasa da 2000 nüfus sayımına göre ülkemizde kadın nüfusun çoğunluğunun en fazla beş yıllık eğitim aldığı göz önünde tutulduğunda kadınların HIV/AIDS dahil üreme sağlığı ve aile planlamasıyla ilgili bilgiyi okul eğitiminden almadığı söylenebilir.^{3,26} TNSA-2003'e göre de hamile kadınların yaklaşık beşte birinin doğum öncesi bakım görmediği ve doğumlarını sağlık kurumları dışında yaptığı hesaba katıldığında ülkemizde kadınların incinebilir grupta olduğu düşünülebilir.¹⁰

Bu bilgiler ışığında bulgularımızı değerlendirdiğimizde; gebe kadınların eğitim seviyeleri arttıkça hastalık ve test bilgisine sahip olma oranının arttığı ve eğitim seviyesi yüksek olan, hastalık ve test hakkında bilgisi bulunan kadınların daha fazlasının HIV tarama testi yaptırdığı gözlenmiştir. Diğer çalışmalarla^{11,13-15} kıyaslandığında ülkemizde gebeliği döneminde test yaptırma oranının çok düşük olması; eğitimin test yaptırmaya etkisini göstermekte ve gebe kadınlara yönelik bilgilendirme programlarının acilen başlatılmasının gereğini ortaya koymaktadır. Zaten çalışmamıza katılan gebe kadınların önemli bir kısmının tüm gebelere hastalık ve test hakkında bilgi verilmesini tercih etmesi, yukarıdaki önerimizi desteklemektedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi daha yüksek gebe kadınların HIV testinin tüm gebe kadınlar için zorunlu olması yönündeki tercihleri ile daha az eğitilmiş ya da hiç eğitim görmemiş gebe kadınların sadece yüksek risk grubunda olanlara test yapılması yönünde tercihlerinin eğitimle anlamlı fark yaratması savımızı kuvvetlendirmektedir. Eğitim düzeyi ve hastalık/test bilgisi ile yapılan bu tercihlerin ilişkisi göz önüne alındığında gebelik döneminde kadınların AIDS/HIV konusunda bilgilendirilmesinin gereği ve önemi daha da netlik kazanmaktadır.

Gebe kadının isteği ve bilgisi dışında HIV test sonucunun üçüncü kişilere açıklanması, bireyin özerkliğinin, mahremiyetinin ihlaline neden olabilmektedir. Bu konudaki etik endişenin giderilebilmesi için açıklamaya özgü tercihlerin belirlenmesi ve olası hatalı açıklamaları önleyebilecek düzenlemelerin, politikaların yapılması gerekmektedir.⁴ Çalışmamızda her eğitim düzeyinden gebelerin çoğunun test sonucunun önce gebeye açıklanmasını, daha sonra eşin bilgilendirilmesini ve eşe açıklamanın doktoruyla beraber gebe kadın tarafından yapılmasını tercih etmesi, etik endişeleri haklı çıkartmaktadır. Bunlardan başka hastalık ve test konusunda eğitimin kadının damgalanma, dışlanma ya da ayrımcılığa uğrama gibi endişelerini azaltması da mümkün görünmektedir.

Gebe kadınların AIDS/HIV konusunda bilgisinin, test yaptırmaya ve açıklamaya ilişkin tercihlerinde önemli rol oynaması; prenatal bakım verenlerin gebe kadınlara hastalık ve test konusunda bilgi verme ödevini yerine getirmesi ve test danışmanlığına ilişkin düzenlemelerin ivedilikle yapılmasının gereğini ortaya koymaktadır.

Bununla beraber; ülkemizde hamile kadınların beşte birinin doğum öncesi bakım görmediği¹⁰ göz önüne alındığında, bu konuda bilgilendirmede kitle iletişim araçlarına da önemli bir görev düşüğü açıktır. Nitekim, TNSA-2003'den elde edilen bulgulara göre AIDS hakkında bilgisi olan kadınların %96'sı bilgi kaynağının televizyon olduğunu belirtmiştir.¹⁰ Ayrıca; insan sağlığıyla ilgili programların izleyicileri etkileme oranı %58.6 ve bu programlar sonucu izleyicilerde oluşan davranış değişikliği yüzdesi 18.6'dır.²⁷ Bu bulgular, özellikle gebelik döneminde HIV testi yaptırmanın önemi ve HIV virüsünden korunma yolları konusundaki programlarla gebelerin bilgilendirilmesinin, dolayısıyla HIV testi yaptıran gebe sayısının artmasının mümkün olabileceğini düşündürmektedir.

Ülkemizde olduğu gibi; enfekte anne sayısı ve HIV pozitif doğan bebek sayısı az olan ülkelerde,⁵ tüm gebe kadınlara HIV testi yaptırmanın getirebileceği ekonomik, sosyal ve psikolojik yükün, elde edilebilecek toplumsal ve bireysel yararı aşabileceği; ülkemizde test danışmanlığı ve destek programlarının yetersizliği nedeniyle gebe kadınların damgalanma, eşi ve/veya ailesi tarafından terk edilme, doğum yapacak bir hastane bulamama, çocuğundan koparılma, hatta çocuğunu göndereceği bir okul bulamama⁶ gibi ciddi sosyal ve psikolojik zararlar görebileceği göz ardı edilmemelidir.

Son olarak; tüm gebelere prenatal dönemde hastalık ve test hakkında bilgi verilmesi, test öncesi ve sonrası danışmanlık hizmetleri geliştirilerek gebe kadının özerk seçimine saygı duyulması, gönüllülüğüne özen gösterilmesi, testin yararları ve riskleri konusunda aydınlatılması ve mahremiyetinin korunması sağlanmalı ve tüm gebe kadınlara

rutin prenatal HIV testi yapmanın adalet ve yararlılık ilkeleriyle haklı çıkarılmış olmasının, uygulamaların etiğe uygunluğu için esas olduğu unutulmamalıdır.

Teşekkür

Gebe kadınlara ve çalışmanın yapıldığı sağlık ocaklarında çalışan hekim, hemşire ve ebelere; çalışma formlarının dağıtımı ve toplanması sırasında yaptığı katkıdan dolayı Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr. İnsaf Altun'a, istatistik değerlendirmesindeki katkılarından ötürü Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr. Sarper Erdoğan'a ve İngilizce özetlere katkılarından ötürü Kocaeli Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü okutmanı Özkan Yücel'e çok teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

- ALP Resource Center-Pregnancy and HIV Recommended Code of Best Practice Draft: October 1997. (Erişim: Ocak.2003) <http://www.hri.ca/partners/alp/resource/preg.shtml>
- Lo B, Wolf L, Sengupta S. Ethical issues in early detection of HIV infection to reduce vertical transmission. *JAIDS* 2000; 25:136-43.
- Türkiye'de HIV/AIDS: 2002 yılı UNAIDS Araştırma Raporu. (Erişim: Şubat 2004) <http://www.aids.hacettepe.edu.tr/turkiyede-HIV.htm>
- Ersoy N. AIDS ve Etik. Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş, editörler. Çağdaş Tıp Etiği. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2003. s.506-40.
- Olası Bulaşma Yoluna Göre AIDS Vaka ve Taşıyıcılarının Dağılımı, Türkiye, 01 Ekim 1985-30 Haziran 2003. (Erişim: Şubat 2004) http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ger_bil_2003_1/25.htm
- Hürriyet Gazetesi, ana sayfa 25 Eylül 2003. (Erişim: Şubat 2004) <http://www.hurriyetim.com.tr/haber/0,,sid~1@w~2@tarikh~2003-09-25-m@nvid~316570,00.asp>
- Parra EO, Doran TI, Ivy L, Aranda JMR, Hernandez C. Concerns of pregnant women about being tested for HIV: A study in a predominately Mexican-American population. *AIDS Patient Care & Stds* 2001;15:83-93.
- 2003 Kocaeli doğum istatistikleri. Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Grup Başkanlığı İstatistik Dairesi, Ocak 2004, Kocaeli.
- Ersoy N, Güven T, Bağdaççık S, Aktan N. Tıp ve Diş Hekimliği Fakültesi, Hemşirelik ve Turizm Yüksekokulu Öğrencilerinin HIV Testinin yapılması ve açıklanması ile ilgili görüşleri. Uluslararası katılımlı 3.Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kongre Kitabı Cilt 2. Bursa, 2003:1165-74.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
- Walter EB, Royce RA, Fernandez MI, DeHovitz J, Ickovics JR, Lampe MA, for the Perinatal Guidelines Evaluation Project Group. New mother's knowledge and attitudes about perinatal human immunodeficiency virus infection. *Obstetrics & Gynecology* 2001;97:70-6.
- Kvam BMN, Aavitsland P, Nilsen Ø, Lystad A. Women's experience and opinions regarding routine voluntary antenatal HIV testing. (Erişim: Şubat 2004) http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visSummary?vp_seks_id=189013
- Carusi D, Learman LA, Posner SP. Human Immunodeficiency Virus test refusal in pregnancy: A challenge to voluntary testing. *Obstetrics & Gynecology* 1998;91:540-5.
- Kowalczyk J, Jolly P, Karita E, Nibarere JA, Vyankandondera J, Salihu H. Voluntary counseling and testing for HIV among pregnant women presenting in Labor in Kigali, Rwanda. *JAIDS* 2002;31:408-15.
- Royce RA, Walter EB, Fernandez MI, Wilson TE, Ickovics JR, Simonds RJ, for the Perinatal Guidelines Evaluation Project. Barriers to Universal Prenatal HIV Testing in 4 US Locations in 1997. *American Journal of Public Health* 2001;91:727-33.
- Institute of Medicine. Report Summary: Reducing the Odds: Preventing perinatal transmission of HIV in the United States. October 1998. (Erişim: Şubat 2004) <http://www.nap.edu/readingroom/books/rto/index.html>
- Jayaraman GC, Preiksaitis JK, Larke B. Mandatory reporting of HIV infection and opt-out prenatal screening for HIV infection: effect on testing rates. *CMAJ* 2003;168:679-86.
- McCloud M. Opt-Out Prenatal HIV Testing (Pilot Program). (Erişim: Şubat 2004) <http://www.cdc.gov/hiv/projects/perinatal/materials/Promising%20Practice%20Georgia.pdf>
- Jha S, Gee H, Coomarasamy A. Women's attitudes to HIV screening in pregnancy in an area of low prevalence. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2003;110:145-8.
- Fernandez MI, Wilson TE, Ethier KA, Walter EB, Gay CL, Moore J. Acceptance of HIV Testing During Prenatal Care. *Public Health Reports* 2000 September-October; volume 115.
- Nakchbandi IA, Longenecker JC, Ricksecker MA, Latta RA, Heaton C, Smith DG. A decision analysis of mandatory compared with voluntary HIV testing in pregnant women. *Annals of Internal Medicine* 1998;128:760-7.
- Moatti JP, Le Gales C. Social Acceptability of HIV Screening Among pregnant Women. *AIDS Care*

- 1990;2(3).
23. Ho CF, Loke AY. HIV/AIDS knowledge and risk behavior in Hong Kong Chinese pregnant women. *Journal of Advanced Nursing* 2003;43:238-245.
24. Remis RS, Patrick DM. Access to prenatal HIV testing. *CMAJ* 1998;158:1469-70.
25. Tse HY, Lai FK, Wong J, Chan ASM, Tang LCH. Universal screening of human immunodeficiency virus infection in pregnant women in Hong Kong: prospective study. *HKMJ* 2001;7:246-250.
26. Okur-yazarlık ve bitirilen son öğrenim kurumuna göre nüfus, 1970-2000. (Erişim: Şubat 2004) www.die.gov.tr/tkba/t099.xls
27. Mete M. Televizyon Yayınlarının Türk Toplumunu Üzerindeki Etkisi. Ankara, Atatürk Kültür Merkezi Başkanlığı Yayınları (Yayın no: 189), 1999.