



## **HIV/AIDS, HEPATİT VE MADDE KULLANIMI**

1. Madde kullanımı ile HIV veya hepatit birlikteliği
2. HIV ile madde bağımlılığında yaklaşım ve tedavi
3. Madde kullanıcılarında HIV önleme yöntemleri



1.

---

# MADDE KULLANIMI İLE HIV VEYA HEPATİT BİRLİKTELİĞİ

## Madde kullanımı ile HIV

Damar yoluyla madde kullananlarda ilk AIDS vakaları 1978'de New York'ta bildirilmiştir. Takip eden yıllarda damar yoluyla madde kullananlarda HIV/AIDS epidemisinin oldukça dramatik bir artış gösterdiği saptanmıştır. Damar yoluyla madde kullananlarda HIV enfeksiyonunun diğer risk gruplarına oranla daha hızlı yayılması ve yine bu grubun, AIDS'in heteroseksüel popülasyona (Damar yoluyla madde kullananların seksüel eşlerine ve çocuklarına) yayılımında oldukça önemli bir rol oynaması, sorunun ciddiyetini arttırmıştır. Friedmann ve des Jarlais,1988 yılında HIV'in bulaşımında iğne paylaşımının önemli etkisi olduğundan söz etmişlerdir.Yine yapılan araştırmalarda enfekte damar yoluyla madde kullanıcıları ile korunmasız vajinal veya anal seksin, HIV'in genel popülasyona yayılmasında giderek en ciddi nedenlerden birini oluşturduğu saptanmıştır (Gürkaynak, 1998).

### Dünyada madde kullanımı ve HIV

Madde kullanıcılarında HIV görülme riski oldukça yüksektir. HIV pozitif olanlarda madde kullanımı %20-35 bulunmuştur. Büyük kentlerde yaşayan madde kullanıcılarında ise HIV riskinin %50-65 oranında olduğu saptanmıştır. Küçük kentlerde yaşayan madde kullanıcılarında HIV riski %5'e düşmektedir.

NIDA (National Institute on Drug Abuse) 2002 verilerine göre, Amerika'daki AIDS vakalarının üçte birinden fazlası (%36) direkt veya dolaylı olarak damar içi madde kullanımı sonucu meydana gelmiştir. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) verilerine göre ise, Aralık 2002 tarihi itibarıyla bildirilen 859,000 AIDS vakasının 209,920'si (%25) damar içi madde kullanıcısıdır.

### Türkiye'de madde kullanımı ve HIV

2006 yılında 73 milyona ulaştığı tahmin edilen Türkiye nüfusunun yaklaşık yarısı 25 yaşın altındadır. Güvenli olmayan cinsel deneyimlere açık olan bu grup, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV/AIDS açısından savunmasızdır.

Ülkemizin de komşusu durumunda olan Doğu Avrupa bölgesi, dünyadaki en hızlı büyüyen HIV epidemisini yaşamaktadır. 2001 yılında bu bölgede 250,000 yeni enfeksiyonun ortaya çıktığı tahmin edilmekteydi. Türkiye'nin genç nüfus yapısı, düşük eğitim düzeyi, halkın bilinçli olmaması, yetersiz sağlık bakım sistemi, cinsel yolla



Bu bölüm Kültegin Ögel, Nazlı Erdoğan, Canan Devletkuşu ve Duygu Buğa tarafından yazılmıştır.

bulaşan hastalıklar ve HIV/AIDS karşısında savunmasızlığı oldukça artıran başlıca faktörlerdir.

Türkiye’de ilk AIDS vakası 1985 yılında teşhis edilmiştir. Rapor edilen HIV pozitif ve AIDS vakalarının toplam sayısı Ekim, 1985– Aralık, 2006 tarihleri arasındaki dönemde 2544’e ulaşmıştır. Bu rakam, 623 AIDS vakasını ve 1921 HIV taşıyıcısını içine almaktadır. Sürveyans sistemindeki ve sağlık bilgi ağındaki sorunlara bağlı olarak, resmi rakamlar vakaların gerçek sayısını yansıtmamaktadır.

Resmi olarak rapor edilen HIV/AIDS vakalarının büyük bir çoğunluğu 15–39 yaş grubunda kümelenmektedir. Bu, vakalardaki bireylerin üçte ikisinin virüsle 20’li yaşlarında temas ettikleri anlamına gelmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın istatistiklerine göre Ekim, 1985 – Haziran, 2006 tarihleri arasındaki dönemde 15 yaşın altındaki HIV pozitif çocukların toplam sayısı 51; 15–19 yaş arasındaki HIV pozitif çocukların toplam sayısı 59; 20-24 yaş grubunda toplam sayı 305’dir. HIV enfeksiyonunun anneden çocuğa bulaştığı vakaların toplamı ise 41 olmuştur. HIV/AIDS vakalarının büyük bir çoğunluğu, İstanbul, Ankara, İzmir, Antalya ve Bursa gibi Batı illerinin kent merkezlerinden resmi olarak rapor edilmiştir ve vakaların kırsal-kentsel ayırımını bildirecek şekilde veri yoktur.

Türkiye’de tüm vakaların, olası bulaşma yollarına göre dağılımına bakıldığında; en sık rastlanılan bulaşma yolunun cinsel ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre; Ekim, 1985 – Haziran, 2006 tarihleri arasındaki dönemde heteroseksüel cinsel ilişki yoluyla bulaşma 1279 kişi ile ilk sırayı almaktadır. 709 vakada bulaşma yolu belirlenememiş olup; 197 vakada bulaşmanın homo/biseksüel ilişki yoluyla olduğu tahmin edilmektedir. Damar yoluyla madde kullanımı yoluyla bulaşma, 117 vaka ile 4.sırayı almıştır. Sağlık Bakanlığı istatistikleri, yaş grupları itibariyle HIV enfeksiyonunun bulaşma yollarına dair bilgi içermediği için, çocukların virüse yakalanmalarının gerçek nedenlerini belirlemek mümkün değildir.

OLASI BULAŞMA YOLU	ERKEK	KADIN	TOPLAM
heteroseksüel cinsel i.	725	554	1279
homo /biseksüel cinsel ilişki	197	0	197
IV madde bağımlılığı	108	9	117
homo/biseksüel c. i. + IV mad.	5	0	5
hemofili hastalığı	10	0	10
transfüzyon yapılması	26	17	43
enfekte anne bebeği	21	20	41
Nozokomial bulaşma	8	3	11
Bilinmeyenler	562	147	709
TOPLAM	1662	750	2412

Genel madde kullanım oranı göz önüne alındığında ülkemizde madde bağımlılığının AIDS enfeksiyonunun yayılımında önemli bir etken olmayacağı düşünülebilir. Ancak, ülkemizde madde kullanım oranı hızlı biçimde artış göstermektedir. Öte yandan, bugünkü durumda bile ülkemizde AIDS bulaşma nedenleri arasında madde kullanımı ön sıraları almaktadır.

Avrupa kentleri ile karşılaştırıldığında damar yolu ile herhangi bir madde kullanımı oranı Türkiye’de daha düşüktür. Oslo, Barcelona, Gdansk gibi kentlerde bu

oran %60 civarında iken Türkiye’de %30-40 oranındadır. Ancak Türkiye’de damar yoluyla eroin kullanımı oldukça yaygındır. Türkiye’de eroin bağımlıları arasında damar yolu ile kullanma oranı %60 civarındadır.

Ülkemizde enjektör paylaşımının düşük olması, madde kullanıcılarında grup halinde yaşama ve grup içinde madde kullanma oranının çok fazla olmaması, madde kullanıcılarında HIV yayılımını engelleyici bir etken olarak görülebilir. Ülkemizde enjektörü başkaları ile paylaşma oranı %10 civarındadır. Bu oran tüm Avrupa kentlerinden daha düşüktür. Bunun en önemli nedenlerinden birisi, enjektörün eczanelerden rahatça, ucuza alınabilmesidir.

TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı ve Salgın Hastalıkların Kontrolü Daire Başkanlığı, Zührevi Hastalıklar Şubesi’nin hazırladığı HIV/AIDS veri tablosuna göre 1985-2005 yılları arasında 588 vaka, 1666 taşıyıcı toplam 2254 kişinin bildirişi yapılmıştır (Bakım ve ark, 2006). Sadece 2005 yılında 37 vaka ve 295 taşıyıcı olmak üzere toplam 332 kişi bildirilmiştir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkekler 1547, kadınlar 707 kişi olarak tespit edilmiştir. Yaş grupları açısından değerlendirildiğinde erkeklerde hastalığın en sık görüldüğü yaş grubunu 30-34 yaş (277 kişi), kadınlarda 20-24 yaş (158 kişi) oluşturmaktadır. Olası bulaşma yolu erkeklerde ve kadınlarda en çok heteroseksüel cinsel ilişkiler olarak belirlenmiştir. Damar içi madde bağımlılığı yolu ile bulaşma 105 erkek ve 9 kadında belirlenmiştir. Homo/biseksüel cinsel ilişki + damar içi madde kullanımı yolu ile bulaşma 5 erkek hastada belirlenmiştir.

Ülkemizde AIDS olguları daha çok Türkiye dışında yaşayan ve çalışan vatandaşlarımızda saptanmaktadır. Aynı şekilde yurt dışında yaşayan vatandaşlarımızda madde kullanım oranı da yüksektir. Öte yandan damar yoluyla madde kullananlarda yapılan bir araştırmada hepatit C’nin %40 oranında saptanması, madde kullanıcıları arasında bulaşıcı hastalıkların yaygınlığı konusunda bize bir fikir vermektedir. Bu nedenle, HIV yaygınlığı arttıkça madde kullanıcılarının bu enfeksiyonunun bulaşmasında önemli bir rol üstlenmeleri de beklenebilir.

Genel olarak madde kullananlar arasında damar yoluyla kullanım oranı %39.7, eroin kullananlarda damar yolu ile kullanım oranı ise %60 olarak bildirilmiştir (Ergil, 1993). 100 opioid bağımlısıyla yapılan bir çalışmada damar yoluyla madde kullanım oranı %41 olarak bulunmuştur (Kuru, 1997). Adı geçen çalışmada bağımlıların %18’i opioidi ilk olarak damar yoluyla kullanmaya başladıklarını belirtmişlerdir. Madde kullanmaya başladıktan sonra üç yıl içinde tüm vakaların damar yoluyla kullanıma geçtikleri saptanmıştır.

Maddeyi damar yolu ile kullananlar arasında enjektör paylaşım oranı Alpay ve arkadaşlarının AMATEM’e yatan hastalar arasında yaptığı çalışmada %11 (Alpay, 1994), opioid bağımlısı 100 hastada yapılan çalışmada %22 (Kuru, 1997), sadece damar yoluyla madde kullananlar arasında yapılan bir araştırmada ise başkaları tarafından kullanılan araçların tekrar kullanımı %70, kendi araçlarının başkaları tarafından kullanımı ise %72 (Gürkaynak, 1998) olarak belirtilmektedir. Enjektörü paylaşma riskini artıran en önemli nedenler arasında eczanenin kapalı olması, madde yoksunluğu içinde bulunma ve cezaevinde yaşama saptanmıştır (Karamustafalıoğlu ve ark, 1991).

Enjektörü paylaşanların bu araçları nasıl temizledikleri incelenecek olursa, çamaşır suyu kullananların %2, alkol kullananların %6, sıcak su kullananların %24, soğuk su kullananların %32 ve temizlemeyenlerin ise yine %32 oranında olduğu görülmüştür (Gürkaynak, 1998). Yine aynı araştırmada enjektör paylaşanların %70'inin ikiden fazla kişiyle paylaştıkları saptanmıştır. Öte yandan damar yoluyla madde kullananların %98'i enjektör paylaşımı ile AIDS bulaşabileceğini bildikleri, %82'sinin ise alkolle silmek ya da ateşten geçirmenin AIDS'i önlemek için yeterli olmadığını belirttikleri gözlenmiştir (Gürkaynak, 1998). Damar yolu ile madde kullanan 183 bağımlıda %4 oranında HIV pozitifliği saptanmıştır (Beyazyürek ve ark, 1988). Damar yolu ile madde kullanımı ve enjektör paylaşma oranı, ülkemizde Avrupa ve ABD'ye göre daha düşüktür (Pompidou Group, 1994).

1998 yılında yapılan madde kullanıcılarının özellikleri araştırmasında AIDS ve HIV'a karşı madde kullanıcılarının tutumları araştırılmıştır (Ögel ve ark, 1999). AIDS ve bulaşma yolları ile ilişkili bilgileri araştırıldığında, çalışmaya katılanların %91.6'sının AIDS hastalığını daha önce duymuş oldukları belirlenmiştir. %15.3'ü AIDS'in bulaşma yolları ile ilişkili bilgi sahibi değildir. AIDS hastalığının yayılımında damar yolu ile madde kullanımı ve enjektör paylaşımının rol oynadığı özellikle damar yolu ile madde kullananlar tarafından bilindiği saptanmıştır. Damar içi madde kullananların %91.2'sinin enjektör paylaşımının bulaşma yollarından birisi olduğunu bilmeleri başka önemli bir sonuçtur. Enjektörünü bir başkasına verme oranının %39.2 olduğu hatırlanacak olursa, bu yolla yayılımın bilinmesine karşın enjektör paylaşımının devam ettiği sonucuna varılabilir. Özellikle damar içi madde kullanımı, enjektör paylaşımının AIDS yayılımında rolü olduğunu bilmelerine rağmen kendi enjektör paylaşma ve temizleme davranışlarında çok özenli olmadıkları düşünülmüştür.

Damar yolu ile madde kullanımı ve enjektör paylaşımının yayılımda rolü olduğu bilinmesine karşın çalışmaya katılan damar içi madde kullananların yalnız %37.8'inin HIV testi yaptırmış olduğu saptanmıştır. Yalnızca bir tanesinde HIV pozitif çıkmıştır. Damar yolu ile madde kullanmayanlardan ise 3 tanesi HIV pozitif olduğunu bildirmiştir. Damar yolu ile madde kullananların %91.2'sinin enjektör paylaşımının AIDS bulaşma yollarından biri olduğunu bilmeleri önemli bir bulgu olmakla birlikte, enjektör paylaşımının yüksek olduğu da unutulmamalıdır. Bu bilindiği halde enjektör paylaşımının olması madde kullananların kendileri çevrelerine zarar verme konusunda duyarsız olduklarının bir göstergesi olabilir.

1998 yılında yapılan madde kullanıcılarının özellikleri araştırmasında tercih maddelerine göre baktığımızda uçucu madde ve esrar kullananların %1.4'ünün, hap kullananların ise %5.9'unun damar yolu ile madde kullanım deneyimleri olduğu saptanmıştır. Bu oran eroin kullananlarda %29.9'a çıkmaktadır. Enjeksiyon yapma sıklığına bakıldığında en sık eroin kullananların enjeksiyon yaptıkları anlaşılmaktadır. Damar yolu ile eroin kullananların %30.2'si her gün enjeksiyon yaptıklarını bildirmişlerdir. Hatta %28'i günde 2-3 kez enjeksiyon yapmaktadır.

Damar yolu ile kokain kullanan beş kişi ise sürekli olarak enjeksiyon yapmamaktadır. Bunlardan ikisi yalnızca bir kez damar yolu ile kokain kullandıklarını bildirmişlerdir. İki kişi ise her hafta damar yolu ile kokain kullanmaktadır. Çalışmaya katılan ve eroin ve kokaini birlikte ve damar yolu ile kullanan 7 kişi de benzer bir şekilde sık enjeksiyon yapmamaktadır. Bunlardan 3 tanesi yalnızca bir kez damar

yolu ile bu maddeleri kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Bir kişi ise haftada 2-3 kez eroin ve kokaini damar yolu ile kullanmaktadır. Sedatif hipnotik kullananların 7 tanesi bu maddeyi damar yolu ile almaktadır. İki kişi yalnız bir kez damar yolu ile kullandığını bildirmiştir. Diğerleri ise düzenli sayılabilecek bir şekilde damar yolu ile kullanmaktadır.

Damar yolu ile madde kullananların %65.8'i son bir yıl içinde hiç başkasının enjektörünü kullanmadıklarını bildirmişlerdir. Kendileri başkasının enjektörünü kullanmadıklarını bildirmelerine karşı kendi enjektörünü başkasına verme oranı daha yüksek bulunmuştur. Damar yolu ile madde kullanımında kendi enjektörünü başkasına verme oranı %39.2 olarak bildirilmiştir. Çalışmaya katılanların yalnız %31.6'sının çoğunlukla enjektörlerini temizledikleri görülmektedir. Temizleme yolu olarak soğuk su, sıcak su veya kaynatma yolu belirtilmiştir. Bu temizleme yolu ile bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenemeyeceği göz önüne alınırsa, damar yolu ile madde kullananlar arasında enjektör temizliği ile ilgili yeterli bilgileri olmadığı görülmektedir. Enjektörlerin temin edildiği yer araştırıldığında %68.4'ünün yeni enjektörlerini eczaneden aldıkları belirtilmiştir.

1998 yılında SAMAY adıyla yapılan çalışmada öğrencilerin %35.9'u eroini hiç enjeksiyon yolu ile kullanmadıklarını, %19.6'sı bir kez, %18.9'u ara sıra ve % 25.6'sı da düzenli olarak kullandıklarını bildirmişlerdir. Diyarbakır ve Trabzon'da hiç enjeksiyon kullanımına rastlanmazken, düzenli olarak enjeksiyon kullananların oranı, Malatya'da (%75.0), Muğla'da (%71.4), İzmir'de (%46.4) ve Adana'da (%33.3) en yüksek olduğu görülmektedir (Ögel K, 2000).

#### Damar içi madde kullanıcılarının HIV/AIDS riski farkındalığı

Karamustafalıoğlu ve arkadaşlarının, 1990 yılında 44 damar yoluyla madde kullanan kişiyi kapsayan araştırmalarında; hastaların tümünün AIDS riski altında olduğunu bildiği, yarısından fazlasının AIDS'e maruz kaldığını düşündüğü ve davranış değişikliklerine yöneldiği saptanmıştır. AIDS'ten korunmak amacıyla 4'ünün enjeksiyon gereçlerini tek kez kullandığını, 21'inin temizleme yöntemlerine başvurduğunu, 8'inin nazal kullanıma geçtiğini, 18'inin damar yolundan başka bir yola geçmeyi veya bırakmayı düşündüğünü bildirmiştir.

Yeşilbursa ve arkadaşlarının 1995 yılında Adli Psikiyatri Kliniklerinde 58 madde kullanıcılarını kapsayan çalışmalarında; AIDS bilgi düzeyi ile eğitim seviyesi, IV madde kullanım davranışı ve AIDS riskinden kaçınmak amacı ile davranış değişiklikleri yapmak arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada AIDS ilk duyulduğundan beri; vakaların %31'inin steril enjektör kullanmaya, %22,4'ünün ise kondom kullanmaya başladığı belirlenmiştir.

Gürkaynak'ın (1998) Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, AMATEM'e Adli Psikiyatri servislerine, Balıklı Rum Vakfı'na bağlı Anatolia Kliniği Bağımlılık servisine 1998 yılında yatan 100 damar içi madde kullanıcısı ile yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre damar içi madde kullanıcıları HIV açısından yüksek riskli davranışlar içerisinde bulunmaktadır. Ancak vakaların üçte ikisinin kendisini risk altında görmemesi ilginçtir. Vakaların büyük bir kısmının enjeksiyon gereçlerini tanıdık kişilerle paylaştıklarını ve tekrar kullanmadan önce herhangi bir şekilde (sıklıkla su ile) temizlediğini bildirerek, içinde bulunulan riskli koşulları rasyonalize

ettikleri görülmüştür. Diğer yandan katılımcıların üçte ikisinin çevrelerindeki madde kullanıcılarının yüksek riskli davranışlar gösterdiklerini bildirmesi, damar içi madde kullanıcılarının HIV/AIDS konusunda bilgilendirmeleri konusunda yapılacak çalışmaların önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmada enjektörlerini paylaşan ve paylaşmayan katılımcılar HIV riskine ilişkin farkındalıkları açısından karşılaştırıldığında, enjeksiyon gereçlerini paylaştığını ifade eden katılımcıların paylaşmayanlara göre kendisini daha fazla HIV/AIDS riski altında gördüğü belirlenmiştir. Riske ilişkin farkındalık paylaşım davranışından kaçınma ile ilişkili bulunmamıştır.

Aynı çalışmadan elde edilen verilere göre vakaların madde kullanım sürelerinin artmasıyla, enjeksiyon yoluyla madde kullanımının kendileri ve çevreleri için HIV bulaştırma riski taşıdığına ilişkin farkındalıkları da artmaktadır. Uzun süredir damar içi madde kullanıcılarında kendini HIV/AIDS riski altında görme oranı, yeni enjeksiyona başlayan kullanıcılara göre daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların HIV/AIDS riskini önlemek için ihtiyaç duydukları yardım önerileri sorulduğunda öncelikle HIV/AIDS ile ilgili eğitim programlarının gösterildiği (katılımcıların dörtte üçü), ikinci olarak Eliza testi yapılmasının, parasız madde bağımlılığı tedavisi sunulmasının (vakaların yarısından fazlası), üçüncü olarak da steril enjektör dağıtılmasının ve iğne temizleme eğitimlerinin verilmesinin gösterildiği (vakaların yaklaşık dörtte ikisi) görülmüştür.

Katılımcıların HIV/AIDS'e ilişkin bilgi edinme kaynakları incelendiğinde; ilk sırada medya, ikinci sırada broşürler, üçüncü sırada arkadaşlar, dördüncü sırada bağımlılık tedavi merkezleri, beşinci sırada okul, altıncı sırada kitap gibi diğer kaynaklar yer almaktadır. Katılımcıların hemen tümü bu konudaki bilgileri medyadan, dörtte biri broşürlerden ve arkadaşlardan, %13'ü bağımlılık tedavi merkezlerinden, %10'u ise okuldan edindiğini bildirmiştir (katılımcılar birden fazla yanıt vermişlerdir).

## **Madde kullanımı ve Hepatit**

Damar yolundan eroin kullananlarda çeşitli enfeksiyon hastalıkları ve toksik hepatit riski artmaktadır. Uzun süreli kullananların yaklaşık üçte ikisinde serolojik olarak Hepatit B ve Hepatit C pozitifliğine ait kanıtlar bulunmuştur (Stein, 1997). Yapılan çalışmalarda damar yolundan eroin kullananlarda Hepatit B oranlarının %60-80 arasında değiştiği bulunmuştur (Robertson, 1996). Damar yolundan eroin kullananlarda Hepatit B-C ve HIV (Human İmmunovirus) yanında endokardit, abse ve tuberküloz gibi başka enfeksiyon hastalıkları da saptanmıştır. Bir çok HIV pozitif kişide Hepatit C virüsünün de olduğu bulunmuştur (Villano, 1997).

Ülkemizde Hepatit B, Hepatit C ve HIV sıklığı ile ilgili çok az sayıda araştırma vardır. Türkiye'de 3-4 milyon kişi Hepatit B ve yaklaşık 600 bin kişi Hepatit C ile yaşadığı belirtilmektedir. Nüfusun %0.5'inde bu virüsün olduğu ileri sürülmektedir. Belirli bazı bölgelerde risk gruplarında yapılan yaygınlık çalışmalarında anti-HBs oranının %45, HbsAg oranının ise %10 olduğu bildirilmiştir (Altıparmak ve ark, 1999). Kan vericilerinde yapılan anti-HCV oranı taramasında %0,7 olarak saptanmıştır (Durman ve ark, 1992).



Madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde yapılan az sayıda çalışma vardır. İstanbul'da bir madde bağımlılığı tedavi merkezinde yapılan çalışmada HCV pozitifliği %40 oranında saptanmıştır (Avşar ve ark.). İstanbul'da bir diğer madde bağımlılığı tedavi merkezinde yapılan bir çalışmada HBsAg %2,8 (n=3), Anti-HBs %29,9 (n=32), Anti-HCV %44,9 (n=48) ve HIV I-II %4,7 (n=5) pozitif olarak saptanmıştır (Mırsal ve ark, 2003).

## **Madde kullanımı ve HIV arasındaki ilişki**

Madde bağımlılığı ile AIDS arasında yakın bir ilişki olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir. Her ikisi arasındaki ilişki birçok etkenden kaynaklanmaktadır.

### 1. Damar İçi Madde Kullanımı

Damar içi kullanılan maddeler; opiyatlar, amfetamin veya amfetamin benzeri maddeler, kokain, fensiklidin veya benzer etki gösteren maddeler, sedatif, hipnotik ya da anksiyolitiklerden benzodiazepinler, barbitüratlar, karbamatlar şeklinde sayılabilir.

Opiyatlar; morfin, eroin, kodein, hidromorfon, metadon, oksodon, meperidin, fentanil, petidin gibi maddeleri kapsar.

Amfetamin ve amfetamin benzeri maddeler arasında; amfetamin, dekstroamfetamin ve metamfetamin gibi feniletamin yapısında maddeler bulunur. Bu maddeler genel olarak oral ya da damar içi yoldan alınır.

Kokainin; hidroklorür tozu genellikle burundan çekilir ya da suda eritilerek damar içi olarak enjekte edilir. Bazen eroin ile karıştırılarak "speedball" olarak bilinen bir madde bileşiğinin damar içi yolla kullanıldığı da bilinmektedir.

Halüsinojenler; ergot ve ilişkili bileşikler (Liserjik asit dietilamid [LSD]), fenil alkilaminleri (meskalin) ve MDMA (ecstasy), indol alkaloidleri (psilosibin, DTM [dimetiltriptamin] kapsar. Halüsinojenler genellikle oral yolla alınır. DMT damar içi yolla da kullanılabilir.

Fensiklidinler ya da fensiklidin benzeri maddeler; fensiklidin (PCP, Serylan) ve ketamin (ketalar, Ketaject) gibi benzer etki gösteren bileşikler içerirler. Ağızdan ya da damardan alınabilirler.

Sedatif, hipnotik ve anksiyolitik maddeler benzodiazepinleri, karbamatları (örn. glutetimid, mebroamat), barbitüratları (örn. sekobarbital) ve barbitürat benzeri hipnotikleri (örn. metakualon) içerir. Bu maddeler genel olarak oral ya da damar içi yoldan alınır.

### 2. Şırınga kullanımı

Bulaşıcı hastalıklara yakalanma riskini artıran en önemli nedenlerden birisi madde bağımlılarının şırınga kullanmasıdır. Damar yolu ile madde kullanan kişilerde şırınga temizliğine dikkat edilmemesi ve birçok bağımlının aynı şırıngayı kullanması enfeksiyonun bulaşmasına neden olmaktadır. Bağımlılar çoğunlukla toplumun diğer

üyelerinden ayrı, gruplar halinde yaşam sürmektedir. Özellikle bağımlıların grup halinde yaşadığı ve birlikte madde kullandığı alanlarda bulaşma çok hızlı olmaktadır.

Damar yolu ile madde kullanım oranı ile AIDS arasında doğrudan bir ilişki var. Bu nedenle damar yolu ile madde kullanan bağımlıların, genel madde kullanıcısı olanlar içindeki oranı önemlidir. Şırınganın ne oranda başkaları ile paylaşıldığı AIDS bulaşma riski için önem taşımaktadır.

Maddelerin kullanımındaki farklı tarzlar da HIV enfeksiyonu riskini artırabilir. Örneğin kimi bağımlı “booting” denilen yöntemle kanını önce şırıngaya çekerek şırınga içindeki maddeyle karıştırır ve sonra da bu karışımı enjekte eder. Bu şekilde madde etkisini arttırdığını düşünmektedir. Bu yöntemle şırıngada tortu olarak kan bulunması ve dolayısıyla da şırınganın bir sonraki kullanıcısının risk alması olasılığı daha fazla olmaktadır.

Speedball denen kullanımda da eroin ve kokain karıştırılarak birlikte uygulanır ve 2 tane şırınga kullanılmış olması HIV bulaşma riskinin iki katına çıkarmış olur. Ayrıca sadece iğne yada şırınga paylaşmanın değil, diğer enjeksiyon gereçlerinin de (ısıtıcı, pamuk vb) paylaşımı ile de HIV yayılımı mümkündür.

Kullanılan madde türü iğne paylaşma olasılığını arttırabilir. Kokainin kısa etki süresi nedeniyle daha sık enjeksiyon yapılması, eroin kullanımında daha fazla HIV bulaşma riski yaratır. Ayrıca kokain kullanımıyla ortaya çıkan hiperseksüalite nedeniyle kullanıcının daha sık cinsel ilişkiye girdiği, çok eşli olduğu, eşlerinde seçici davranmadığı ve kondom kullanma konusunda dikkatli davranmadığı saptanmıştır.

Enjektörlerin temizlenme sıklığı kadar temizleme yolu da önemlidir. Doğru olmayan şekillerde yapılan enjektör temizliğinin hiçbir yararı olmayacaktır. Uygun enjektör temizliği ancak çamaşır suyu ve alkolle mümkün olmaktadır. Yeni enjektörlerin temini kolaylaştıkça, enjeksiyon paylaşımından doğan bulaşıcı hastalıkların yayılmasının azalacağı ve toplum açısından koruyucu bir işlevi olması ayrıca önemli olmaktadır.

Damar içi kullanılan maddelerin hazırlanması ve enjekte edilmesi süreci HIV enfeksiyonunun bulaşmasına olanak sağlamaktadır. Damar içi madde kullanıcısı maddeyi enjekte etmeden önce iğnenin damar içinde olup olmadığını anlamak için şırınganın pompasını geri çeker. Şırınganın içine kan dolarsa, iğne damarda demektir ve damar içi madde kullanıcısı maddeyi enjekte eder. Enjekte ettikten sonra, şırıngayı su ile çalkalar. Bu su genellikle bir sonraki maddenin hazırlanma aşamasında kullanılır. Damar içi madde kullanıcısı HIV pozitifse kanı birkaç hafta boyunca etkin olacak virüsle birlikte bütün şırıngaya ve hazırlama aletlerine bulaşacaktır.

Her damar içi madde kullanıcısı - günde bir veya iki kez ensülin enjekte eden şeker hastaları gibi - 1,000 kez enjeksiyon yapmaktadır. Kullanılmış şırıngaların güvenli bir şekilde imhası için toplum temelli yollar sağlamak halk sağlığı konusunda çok önemlidir.

Enfeksiyon, enfeksiyonlu damar içi madde kullanıcısının şırıngasını diğerleri ile paylaşmasıyla doğrudan ya da enfeksiyonlu enjektörün su, ısıtıcı, pamuk ve kaşık gibi aletlerle temas etmesi sonucu (bir başkası kendi kişisel enjektörünü kullansa dahi) dolaylı yolla bulaşabilir.

Madde kullanımına devam eden damar içi madde kullanıcılarının steril şırıngalara kolay ulaşımı damar içine madde enjekte etmeyi veya damar içi madde kullanıcısı sayısını artırmaz. Şırınga paylaşımını ve yeniden kullanımını azaltır.

Damar içi madde kullanıcıları şırıngaları değişik yollardan elde eder. Bunlardan birisi, sokak satıcıları, arkadaşlar, şeker hastaları gibi yasadışı kaynaklardan (bu şırıngalar steril olmayabilir ve kullanılmış, kanla temas etmiş olabilir; kullanılmış şırıngalar bazen paketlenip yeniymiş gibi satılır), diğeri ise eczanelerden (bu şırınganın steril olduğunu garantisidir).

Halkın, polisin, kanun koyucuların ve toplum liderlerinin madde kullanımı ve damar içi madde kullanıcılarına yönelik korku ve olumsuz tutumları, damar içi madde kullanıcılarının tutumları ve koşullar; yakalanma korkusu, steril şırınga almak için yeterli parasının olmaması veya gerekli olduğunda steril şırınga kaynaklarının kolayca bulunamaması gibi nedenlerle damar içi madde kullanıcıları steril şırıngaya ulaşmakta zorluk çekerler.

Şırıngalar çeşitli şekillerde imha edilebilir. Kullanılmış şırıngaların şişe için ayrılmış çöp kutularına atılabilir, keskin/ince uçlu aletler için konteynır sağlanması bu konteynırların eczane, hastane gibi yerlere yerleştirilmesi. Bu konteynırlar daha sonra tıbbi atıklarla birlikte işlem görebilir. Madde trafiğinin yoğun olduğu köşelere şırıngalar için özel (tek yönlü – içinden geri çıkarılamayacak) kutular konulabilir. Ancak bu yöntemlerin damar içi madde kullanıcılarının yakalanma korkularını tetikleyebileceği de unutulmamalıdır.

### Dolaylı iğne paylaşımı

Bir başka madde enjeksiyon uygulama yolu da dolaylı iğne paylaşımı olarak adlandırılabilir çünkü bireyler arasında direk olarak bulaşmış iğne ve şırınga paylaşımını içermez. Onun yerine, dolaylı paylaşım bulaşmış olabilecek diğeri madde hazırlama ve enjeksiyon gereçlerini içerir. Örneğin ısıtıcılar, pamuk, temizleme suyu ile yükleme öncesi ve sonrası madde-paylaşımı uygulaması.

*Isıtıcı* toz halindeki maddenin suyla karıştırılıp ısıtıldığı kaşık veya kola şişesinin dibi gibi küçük bir kaptır. Isı maddenin çözünür hale geldiği noktaya kadar uygulanır; fazladan bir ısı (steril edici etkisi olabilecek) genelde uygulanmaz. Her damar içi kullanıcısı iğne ve şırıngasını aynı ısıtıcıdaki solüsyona batırıp çektikleri için (o sırada veya daha sonraki kullanımlarda) potansiyel bir bulaşma söz konusu olabilir.

*Pamuk* – Damar içi madde kullanıcıları pamuğu filtre gibi kullanarak solüsyonu iğne ve şırıngalarına çekerler. Madde solüsyonuna batırılan pamuk, genellikle her kullanımdan sonra atılmaz. Onun yerine daha sonra madde sıkıntısı yaşadıklarında artıkları değerlendirmek için ıslatılmak üzere kaplarda saklanır. Bulaşmış iğne pamuğa batırılırsa, virüs transmisyonu ihtimali söz konusudur.

*Temizleme suyu* (rinse water) farklı kullanıcıların iğne ve şırınga kullanımları arasında enjektörlerini batırıp fişkırttikları musluk suyudur. İğne ve şırıngalar bu temizleme suyuna batırıldıkça, su kirlenir. Su kullanıldıkça daha çok kirlenir, özellikle şırıngaya çekilen su aynı kaba geri fişkırtılırsa ve o su tekrar temizleme suyu olarak kullanılırsa kirlenme oranı artar. Üstelik temizleme suyu genelde sadece temizleme için değil enjekte edilen madde solüsyonunun hazırlanmasında da kullanılır. Temizleme suyunun paylaşılmasındansa bu kirli suyun enjekte edilmesi HIV transmisyonunda büyük bir tehlikedir, özellikle de kokain enjeksiyonunda çünkü kokain suda çözülebilir ve her zaman çözülmesi için ısıtıcıda ısıtılması gerekmez (seyreltici kullanıldığında).

*Doldurma öncesi (frontloading) karıştırıcının/dağıtıcının şırıngasından diğer katılımcıların şırıngalarına paylaşımını içerir. Doldurma sonrası (backloading) maddenin - alıcı şırınganın pompasının çıkarılıp - bir şırıngadan diğerine transfer edilmesini içerir. Madde solüsyonu ayrıca karıştırıcının/dağıtıcının kendi payı hariç diğer solüsyonu ısıtıcıya geri püskürtüp diğer kullanıcıların kendi paylarını ısıtıcıdan çekmeleri yoluyla da taksim edilebilir.*

Birçok damar içi madde kullanıcılarına yönelik HIV/AIDS önleme müdahalesinde bu risk davranışlarına çok az yer verilmektedir. Yapılan bir çalışmada Koester ve Hoffer (1994), görüştükları damar içi kullanıcılarının sadece %7'sinin bu davranışların riskli olabileceğinin farkında olduklarını rapor etmiştir. Katılımcıların %70'inden fazlasının bir HIV/AIDS önleme programına katılmış veya katılıyor olduklarını göz önünde bulundurduğumuzda bu sonuçlar oldukça rahatsız edicidir.

### Yüksek riskli cinsel davranışlar

Bağımlıların yaşam tarzı oldukça marjinaldir. Marjinal yaşantının bir parçası olarak cinsel davranışları da sıra dışıdır. Yüksek riskli cinsel davranışlar gösterirler. Fütursuz, çok eşli ilişkiler yaşayabilirler. Bu da AIDS'e neden olabilecek önemli bir faktördür. Zaten madde kullanıcıları genel olarak riski göze alan davranışlar sergilediği bilinmektedir. Bu nedenle cinsel ilişkilerinde sıra dışılığın ötesinde riski göze almak, davranış biçimlerinin bir devamı olarak görülebilir.

Diğer yandan değişik maddelerin riskli cinsel davranışlarda farklılıklar doğurduğu bilinmektedir. Kokain kullanımıyla ortaya çıkan hiperseksüalite nedeniyle; kullanıcıların daha sık cinsel ilişkiye girdiği, cinsel partnerlerinin sayısı, seçimi veya kondom kullanımı konusunda dikkatli davranmadıkları bilinmektedir.

Sperm çok yüksek oranda HIV içermektedir. HIV'in en çok taşındığı vücut sıvısıdır. Vajinal sıvı sperme oranla daha az taşıyıcı rol üstlenmektedir. Cinsel temasla HIV geçişi esas olarak vajinal ve anal ilişki yolu ile olur. Cinsel ilişki sırasında bulaşma genital organlardaki mukozanın enfekte sıvılarla doğrudan teması sonucu meydana gelmektedir. Buralardaki mukoza dokularının geçirgenliği ve yine mekanik travma sonucu oluşabilecek sıyrıklar virusun vücuda girişine oldukça uygundur.

Genital ülserlere neden olabilen cinsel yolla bulaşan hastalıkların (sifilis, gonore, Herpes Simplex Virüs'ün neden olduğu hastalıklar gibi) lezyon bölgelerinde HIV'in geçişini kolaylaştırdığı bildirilmiştir.

Cinsel ilişki sırasında her zaman doğru ve kaliteli bir kondom kullanılmasının kişiyi cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruduğu bilinmektedir. Ancak kondom kullanımının %100 güvenli olduğunu söylemek güçtür.

Cinsel yolla bulaşma kondom/prezervatif kullanımı gibi diğer risk faktörlerinin yaygınlığı kadar cinsel birleşmenin türüne ve sıklığına da bağlıdır. Anal birleşme bireylerin cinsel oryantasyonu ne olursa olsun daha risklidir, ve enfeksiyonlu biriyle sık korunmasız cinsel ilişki de (vajinal veya anal) transmisyon olasılığını artırmaktadır.

Heteroseksüel bulaşmaya gelirse, diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklarda olduğu gibi, kadınlar erkeklere oranla daha çok risk altındadır. Bununla birlikte, yine diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklarda olduğu gibi, transmisyon iki yönde de oluşur (kadından erkeğe, erkekten kadına). Yapılan araştırmalarda erkek damar içi madde kullanıcılarının çoğu cinsel olarak aktif, heteroseksüel ve çoğu çok eşli bulunmuştur.

Bulaşma oranları aynı zamanda enfeksiyonlu partnerin dahil olduğu risk grubuna göre de değişebilir. Bulaşma riskinin hemofilili ve biseksüel erkeklerin partnerleri olan kadınlarda ve kan nakli yoluyla enfekte olmuş kişilerin partnerlerinde damar içi madde kullanıcılarının partnerlerine oranla daha düşük olduğu bulunmuştur.

Değişik maddelerin riskli cinsel davranışlarda farklılıklar doğurduğu bilinmektedir. Kokain kullanımıyla ortaya çıkan hiperseksüalite nedeniyle; kullanıcıların daha sık cinsel ilişkiye girdiği, cinsel partnerlerinin sayısı, seçimi ve kondom kullanımı konusunda dikkatli davranmadıkları bilinmektedir.

Karamustafalıoğlu ve arkadaşlarının 1990'da AMATEM ve Adli Psikiyatri servislerinde yatan 44 damar içi madde kullanıcısı üzerinde yaptıkları araştırmada %27'sinin cinsel eşinin damar içi madde kullandığı ve seksüel eşi ile enjektörünü paylaştığı, ayrıca %63'ünün birden fazla kişiyle cinsel ilişkiye girdiği saptanmıştır.

Yeşilbursa ve arkadaşlarının (1996) Adli Psikiyatri Kliniklerinde, 58 madde kullanıcısı üzerinde yaptıkları araştırmada tüm popülasyonun %6.9'unda daha öncesinde cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsünün olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %94.8'inin heteroseksüel ilişkiye, %3.4'ünün biseksüel ilişkiye girdiği, %63.8'inin hiç rastgele ilişkiye girmediği gözlenmiştir. Bireylerin %56.9'u cinsel partneri olduğunu, %19.1'i damar içi madde kullanan rastgele partnerleri olduğunu bildirmiştir. Tüm popülasyonun sadece %7'sinin cinsel ilişki sırasında düzenli kondom kullandığı saptanmıştır.

Gürkaynak'ın (1998) yaptığı araştırmada 100 damar içi madde kullanıcısının üçte ikisinin cinsel ilişkilerinin kondom kullanmadan ve madde etkisinde iken gerçekleştiği görülmektedir. Son 6 ayda katılımcıların %42'si bir kişi ile, yaklaşık dörtte biri ise en az iki kişi ile kondom kullanmadan cinsel ilişkiye girdiğini belirtmiştir.

### Doğum yoluyla bulaşma

Kadın damar içi madde kullanıcıları veya erkek damar içi madde kullanıcılarının eşleri doğum yoluyla bulaşma riski en çok olan gruptur. Enfeksiyonlu anneden

çocuğuna HIV bulaşması doğum öncesi anne karnında, doğum sırasında veya doğum sonrası emzirme sırasında meydana gelebilir. Anne sütü ile bulaşma olasılığı, gebelik ve doğum sırasındaki bulaşma olasılığına oranla daha düşüktür. Birçok HIV pozitif hamile kadın enfekte olduklarının farkında olmadıkları için çocuklarının erken tanı ve tedavisi de mümkün olmamaktadır.

HIV pozitif annenin ikiz çocuklarında, sezaryenle doğum olsa dahi, ilk doğanda enfeksiyon görülme olasılığı daha yüksektir. Bu doğum sürecindeki faktörlerin enfeksiyon riskini etkilediğini göstermektedir.

#### Madde ve alkolün kişinin kontrolünü kaldırıcı işlevi

Kişisel kontrol, kişiyi riskli davranışlardan koruyan bir etkidir. Bir davranış öncesi sosyal kontrol mekanizmaları devreye girer ve bizi o davranışları sergilememizi engeller. Madde kullanımı kişinin inhibisyonlarını kaldırır. İnhibisyonların kalkması kontrolsüz davranışları artırmaktadır. Bunun sonucu kontrolsüz cinsel ilişkiler ortaya çıkabilir. Kontrolsüz cinsel ilişki de AIDS'in bulaşma riskini artırmaktadır.

#### Madde kullanımının immün sistem üzerine etkileri

Madde kullanımı bedenin direncini kırmakta, immün sistem üstüne baskılayıcı bir etki oluşturmaktadır. Bu da AIDS enfeksiyonunun yerleşmesine olanak tanımaktadır. Maddenin immün sistemin, hastalığa karşı mücadelesini baskılama yoluyla enfeksiyon sürecini değiştirerek, AIDS seyrini hızlandıracağı ve yaşam sürecini kısaltacağı sonucuna varılmıştır. Kokain, morfin ve eroinin hücre içinde HIV büyümesini hızlandırdığı da bilinmektedir. Opioid bağımlılarında total T hücrelerinin düzeyinin, kokain kullanımında ise periferik lenfositlerin baskılandığı gözlenmiştir.

Kullanılan maddenin kendisinin immun sistemi baskılamasının yanında, madde kullanıcılarının yaşam tarzları da immun sistem üstüne olumsuz etkiler göstermektedir. Bu nedenle herhangi bir enfeksiyonun yerleşmesi de daha kolay olmaktadır.

Damar yoluyla madde kullananlarda, madde kullanmayanlara oranla daha yüksek oranda tüberküloz, bakteriyel pnömoni, bakteriyel endokardit ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar görülmektedir. HIV pozitif damar yoluyla madde kullanıcılarında, tüberküloz ve bakteriyel pnömonilere 5 kat daha fazla sıklıkla rastlanmaktadır. Damar yoluyla madde kullananlarda pnömoninin seronegatiflere oranla daha fazla mortalite nedeni olduğu bilinmektedir.

Madde bağımlılarında cinsel yolla bulaşan hastalıklara sık rastlanmaktadır. Bunlar arasında sifiliz, şankr ve herpes gibi genital ülser yapan hastalıkların hasarlı bölge çevresinde virüse giriş kapısı yaratarak HIV bulaşımını artırdıkları düşünülmektedir.

### Madde için seks

Bunların dışında çok önemli bir diğer etken ise madde satın alabilmek amacı ile cinsel ilişkiye girmenin bağımlılar arasında sık görülmesidir. “Madde için seks” (sex for crack) çok önemli bir boyutu oluşturmaktadır. Kadın madde kullanıcılarının madde kullanılan ortamlarda madde karşılığında değişik eşlerle seks yaptıkları ve bu şekilde HIV riskini arttırdıkları bilinmektedir. Damar yoluyla madde kullanan kadınların %30-50’sinin seks işçisi olarak çalıştığı bildirilmiştir. Bu durum HIV riskini artıran bir etkidir.

### Sosyoekonomik durumun olumsuzluğu

Madde kullanımı ile birlikte kişinin ekonomik durumunda belirgin bir düşüş yaşanması ve giderek kişinin toplumdan dışlanması da risk alma davranışlarına veya suç işlemeye olan eğilimi arttırmaktadır.

Damar yoluyla madde kullananlarda tedavinin ekonomik nedenlerden dolayı kesintiye uğraması, damar yoluyla madde kullananlarda HIV’in bulaşımını ve AIDS’in ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır. Asemptomatik HIV enfeksiyonlu ve AIDS’li hastalarda kombine tedavi uygulama zorunluluğu, hastalara büyük bir ekonomik yük getirmektedir. Dolayısı ile madde kullanıcılarının asıl amacı bağımlı oldukları maddenin temini olduğundan, bu kişilerin böylesi pahalı önlem ya da tedaviye yanaşmamaları, AIDS bulaşmasında bir diğer riski beraberinde getirmektedir

### **Genç madde kullanıcıları ve HIV**

Genç madde kullanıcıları yetişkin madde kullanıcılarına göre daha büyük risk altındadırlar. Bunun en önemli nedenlerinden birisi gençlerin yetişkinlere göre HIV ve AIDS hakkında bilgilerinin daha az olmasıdır. Yetişkinler zaman içinde bu konuda daha fazla bilgi sahibi olabilmektedir. Genç madde kullanıcıları, bağımlı popülasyonlarda damar yoluyla madde kullandıkları bilinmediği için, onlara ulaşım da daha zor olmaktadır.

Gençlerin yetişkin popülasyona göre risk algıları daha farklıdır. Gençlerde omnipotans adını verdiğimiz “bana bir şey olmaz” düşüncesi egemendir. Bu nedenle riskli davranış gösterme riski de yetişkinlere göre daha fazladır. Gençler arasında cinsel etkinlik oranı da yetişkinlere göre daha yüksek olduğu için, HIV riski de artış göstermektedir.

Genç madde kullanıcıları, madde kullanım sürecinin başında oldukları için, yardım arayışları da yetişkinlere göre daha düşüktür. Bu nedenle HIV’den koruyucu etkinlik ve programlardan yararlanma oranları da daha düşük olmaktadır. Öte yandan genç madde kullanıcılarının HIV ve madde tedavi kurumlarına ulaşmayı daha az oranda bildikleri de gösterilmiştir. Kurumlardan korku ve stigma nedeniyle uzak durdukları bildirilmiştir. Yasal kısıtlamalar nedeniyle tedavi girişimlerinin daha düşük oranda olduğu da bildirilmektedir.

Sokakta yaşayan madde kullanan çocuklar HIV riskini genel madde kullanıcılarına göre daha yüksek oranda taşımaktadır. Çünkü bu çocukların cinsel

ilişki yaşama sıklığı diğer çocuklara göre oldukça yüksektir. Eşcinsel ilişki oranı da bu grupta yüksektir. Para karşılığı ilişkiye girme de daha fazladır.

Sokakta yaşayan çocukların %73'ü madde kullanmaktadır. Bu çocukların eğitim düzeyi oldukça düşüktür. Sosyal destekleri ise çok zayıftır. Psikososyal becerileri düşük olduğu için de birçok riske açıktırlar. Bu çocuklar arasında psikiyatrik sorunların görülme sıklığı da yüksek olduğu için, riskli davranışların görülme sıklığı da artmaktadır. Bilişsel yetilerinin düşük olması da eğitim ve kontrollü ilişkilere girme yetilerini azaltmaktadır.

Madde kullanan ve sokakta yaşayan çocuklarda kendini kesme gibi kendine zarar verme davranışının yüksek olması, kan yoluyla hastalıkların bulaşma riskini artırmaktadır.

Sokakta yaşayan çocuklar arasında yapılan bir araştırmada (Ögel ve ark, 2004) AIDS'i duyanların oranı %63.1, hepatit'i duyanların oranı ise %15 bulunmuştur. Sokakta yaşayan ve madde kullanmayanlar arasında rast gele cinsel ilişkiye girme %23.6, madde kullananlar arasında %57.3'dür. Görüldüğü üzere madde kullananlar arasında rast ele cinsel ilişkiye girme oranı oldukça yüksektir. Tüm bunlar sokakta yaşayan çocuklarda bulaşıcı hastalıklar riskinin yüksek olduğunu göstermektedir.



## 2.

# HIV İLE MADDE BAĞIMLILIĞINDA YAKLAŞIM VE TEDAVİ

## Madde kullanıcılarının özelliklerinin HIV/AIDS önlenmesinde ve tedavisinde etkileri

Madde kullanım bozukluklarında tedavi sırasında HIV gibi bulaşıcı hastalıklarla uğraşmayı da gerektirmektedir. Madde kullananlarda bulaşıcı hastalıkların tanısı için gerekli testler yapılmalı ve bu hastalıklar konusunda kullanıcı muhakkak bilgilendirilmelidir.

HIV olan madde kullanıcılarının madde kullanmayı bırakması durumunda uzun ve üretken bir yaşamları olabilir. Ancak maddeyi tamamen bırakmak onlar için ilk dönemlerde zor olsa bile, HIV için kullanılan ilaçlarla maddelerin etkileşiminin olduğu, madde kullanımının immün sistem üstünde olumsuz etkiler yaptığı ve çevresi için tehlike oluşturduğu hatırlatılmalıdır. Tedavinin başarısı için sağlık kurumları ve ilgili sivil toplum kuruluşlarıyla temasa geçmek gerekir.

Madde kullanıcıları arasında HIV enfeksiyonunun nasıl önlenebileceği bir tartışma konusudur. Diğer popülasyonlar için uygun olan koruyucu yöntemlerin madde kullanıcılarında etkisiz hatta ters etki yarattığı görülmüştür. Bu nedenle madde kullanıcılarını ve bağımlılarını iyi tanımak ve onlara uygun özel stratejilerin uygulanması gerekir.

Damar yoluyla madde kullananların çoğunluğu yoksuldu veya yoksullaşmışlardır. Aile desteği ve sosyal destek kronik ölümcül hastalığa karşı mücadelede önemli bir yer tutar. Ancak bu grubun aile ve sosyal desteği yok denecek kadar azdır.

Hayatta kalma çabalarını destekleyecek manevi güçleri oldukça düşüktür. Kendi organizasyonlarını sağlayabilecek durumda değildirler. Sağlık sistemiyle ilişkileri yetersiz düzeydedir. Genellikle tavsiye edilen bir tedavi ya da tanı işlemlerini tam olarak sürdürmezler. Kognitif güçlüklerin yanı sıra alternatif inanç sistemleri de tıbbi destekten kaçınmalarına yol açabilir.

Madde bağımlılarında hastanede kaldıkları dönemde görülebilen yıkıcı davranışlar onların geldiği sokak kültüründen de kaynaklanabilir. Sokakta sürekli hareket halinde olan, kimi zaman madde satışı yapan ve kanunlara aykırı yaşayan bu şahıslar için hastane ortamı yabancıdır. Bağımlının anksiyeteye tahammülsüzlüğü ve yabancı hastane ortamı ile birleştiğinde bağımlı için öfkeye ve agresyona dönüşebilir.



Bu bölüm Kültegin Ögel, Nazlı Erdoğan, Canan Devletkuşu ve Duygu Buğa tarafından yazılmıştır.

Madde kullanımı kültürünün kesin ve derin kökleri vardır. AIDS, bu kültürü değiştirememiştir. Bazı kadın madde bağımlıları kendilerini damgalanmış hissederek, bir çocuk doğurmak onlar için normal olma ve toplum ya da beraber oldukları erkekler tarafından kabul edilmede tek umut ışığı olabilir. Seropozitif hamile bağımlı bu umuduna karşı %30-40 enfekte çocuk doğurma riski taşır. Bazıları bu riski kabul etmeyi tercih eder.

İğne paylaşma davranışı da kolay değişmeyen güçlü sosyal zorlamalar tarafından belirlenmiştir. Kullanıcı ilk enjeksiyon deneyimini genellikle tecrübeli bir damar yoluyla madde kullanıcısının malzemesi ve yardımıyla yaşar. Dostluk ve seksüel ilişki kurma sıklıkla iğne paylaşımı yoluyla sağlanır. Grup halindeyken madde kullanımı yaygın olarak madde ya da malzeme paylaşımına neden olur. Paylaşmama bir hakaret ya da madde partnerinin HIV'le enfekte olduğu hakkında hüküm vermek anlamını taşır.

Çoğu madde bağımlısı, yerleşmiş normlar ve kurallarla özel ilişkiler kuran bir yapıya sahiptir. Otorite figürleri, bu norm ve kuralları reddetme eğilimi yaratır. Sonuç olarak otoriter ve ahlakçı koruyucu önlemler madde bağımlıları arasında etkisiz kalmaktadır. Madde bağımlılarında dürtüsel davranışlar çok yaygındır. Bu nedenle, kontrolsüzlük, tehlikeleri ve riskleri göze alma davranışı çok sık görülür. Yaptıktan sonra pişman olsalar bile, kendilerini alıkoyamazlar. Bu nedenle güvenli seks yöntemlerine veya temiz şırınga uygulamalarına uyumda güçlük çekebilirler.

Madde bağımlılarının önemli bir kısmı kimlik yapılarında özellikler gösterir. Sıklıkla kişiliklerinin bir gruba bağlanma eğilimindedir. Bu vakalarda, kişisel inançtan ziyade bağlı olunan grup, referans noktasıdır. Grup üyeleri arasında aynı şırıngayı paylaşma ve kanlarını karıştırma gibi ritüellerle yakın kişiler arası ilişkiler sağlanır.

Geleceklerini düşünme, amaçlarına ulaşma ve arzularını gerçekleştirmeyi hayal etmekte zorluk çekebilirler. Bu noktada gelecek riski fikri anlamsız olabilir. Gelecek ya hayal edilemez ya da üzüntü vericidir. Yarın onlar için soyut bir kavramdır. İyileşmiş bir madde bağımlısı, umutsuzluk ve çevrenin boşluğuna karşı maddenin verdiği zevki kafasında tartar .

Bazı bağımlılar için kognitif ve gelişimsel eksiklikler gibi zihinsel sorunlar çok belirgindir. Zihinsel sorunlar bazıları için önerilen tıbbi desteğe uyumsuzluğu açıklar. Bazı bağımlılar için tedavi edilebilir bir hastalıkla, AIDS arasındaki farklılığı anlamak çok güçtür. Bundan dolayı bazıları kendilerini rölâtif olarak sağlıklı kılacak antibiyotikleri reddederler. Benzer olarak HIV enfeksiyonu ve AIDS arasındaki farklılıkları yakalamada güçlük çekebilirler ve bundan dolayı AZT ya da Pentamidin profilaksisinin rolünü anlamayabilirler.

Bağımlılarda AIDS'in ortaya çıkışı madde kullanımına bağlı olarak yaşanan sorunların daha da ağırlaşmasına neden olmaktadır. AIDS saptanmasının bağımlının madde kullanmasına engel olmadığı, yaşam sorunlarını daha da artırdığı gösterilmiştir. AIDS saptanan madde kullanıcılarının metadon tedavisi altında ise onu bırakıp tekrar eroin kullanmaya başladığı, enjektör temizliğine daha az dikkat göstermeye başladığı belirtilmiştir.

Madde bağımlılarının önde gelen psikolojik özellikleri arasında engellenme eşiklerinin düşük olması, yoğun duygusal durumları tolere etmede güçlük çekmeleri ve inkar mekanizması sık kullanmaları sayılabilir. Bu özellikler HIV enfeksiyonu gibi bulaşıcı, kronik ve ölümcül bir hastalıkla baş etmede etkisiz kalmalarına neden olmaktadır.

Madde kullanıcılarının aile ve sosyal desteklerinin zayıf olması, yaşamı sürdürmeleri için gerekli olan yaşam enerjisini azaltır. Madde bağımlılığında genel olarak intihar riski artmıştır. HIV'le enfekte bireylerde de intihar riski olabilir. Bu nedenle ilaç seçimi dikkatle yapılmalıdır.

Madde bağımlısı HIV pozitif hastalar sıklıkla sağlık kurumlarını iyi bir şekilde kullanamazlar ve bir tedavi ya da tanı işlemini tam olarak sürdürmezler. Alternatif inanç sistemleri de tıbbi destekten kaçmalarına neden olabilir.

AIDS hastalığının sonucu olarak sağlığın genel bozulması madde kullanımının tekrar başlaması için bir risk faktörüdür. Madde bağımlılarında hastanede kaldıkları dönemde agresif ve yıkıcı davranışlar görülebilir. Bu tür davranışlar onların geldiği sokak kültüründen kaynaklanabilir. Sokakta alternatif bir yaşam süren bu kişiler için hastane ortamı yabancıdır.

HIV pozitif madde bağımlılarında akut ve kronik ağrı tedavisi önemli bir klinik problemdir. Bağımlılık öyküsünden dolayı narkotik analjeziklerden mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. Ağrı tedavisinde ilk adım olarak istirahat, lokal sıcak-soğuk uygulamaları vb. denenmeli yeterli olmazsa, ikinci adım olarak aspirin, asetaminofen, non steroid antienflamatuar ilaçlar kullanılmalıdır. Bunlarda ağrı kontrolü sağlayamazsa narkotik analjezik gerekli olabilir. İlaç kötüye kullanım riskini azaltmak için kısıtlı ilaç uygulaması, reçetenin daima aynı klinisyen tarafından yazılması gibi önlemler alınabilir.

HIV enfeksiyonuna eşlik eden korku, belirsizlik, anksiyete, kızgınlık ve depresyonla yüzleşme, emosyonel dayanıklılık ve psikolojik açıdan sağlıklılık gerektirir. Bu özelliklere sahip olmayan kişilerde, HIV testi yapılması zorlaşır. İnkâr mekanizmasının güçlü olması, bazı bağımlıların test yaptırmamasına da neden olabilir.

Anksiyete, utanma, öfke ve inkar, madde kullanımını artırabilir ya da medikal uyumsuzluğa yol açabilir. Depresyon ve halsizlik gibi HIV'le ilişkili belirtileri gidermek için madde kullanıcısı tekrar madde kullanmaya başlayabilir. Sosyal ve mesleki destek kaybı ve ortaya çıkan organik beyin hastalığı da madde kullanımının yeniden başlamasına neden olabilir.

HIV ölümcül bir hastalıktır. Ancak tedavi HIV olan kişinin daha uzun ve mutlu yaşamasını ve tedaviye dirençli HIV ırklarının gelişmesini önleyecektir. Psikiyatrik sorunlar, ilaç yan etkileri ve madde kullanımı bireyin tedavisini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereklidir.

Bireyin tıbbi tedavisi ile uğraşan enfeksiyon uzmanıyla yakın ilişkide bulunmak önem taşır. Öte yandan hastanın aynı hastalığa sahip diğer kişilerle tanışmasında yarar vardır.

Hastanın tekrar madde kullanmaya başladığından haberdar olunması, kullandığı ilaçlarla maddelerin etkileşimi yönünden çok önemlidir.

Eğer kişi kullandığı HIV ilaçlarını keserse direnç gelişmektedir. Böylece ilaç etkinliğini yitirmekte ve kişi bir daha bu ilacı kullanamamaktadır. Bu nedenle hastanın ilaçlarını düzenli kullanması, doz atlamaması ve ilacı danışmadan kesmemesi önerilmelidir.

## **HIV olan hastalarda ruhsal sorunlar**

HIV pozitif madde bağımlılarında görülen psikiyatrik bozukluklar 4 ana kategoriye ayrılabilir:

1. Maddeye bağlı psikiyatrik bozukluk
2. HIV'le ilişkili psikiyatrik bozukluk
3. Tedaviye ilişkili psikiyatrik bozukluk
4. Önceden var olan psikiyatrik bozukluk

Bir hasta bu kategorilerden biri ya da daha fazlasına dahil olabilir. Nörolojik ve psikiyatrik anormallikler HIV enfeksiyonunun ilk semptomları arasında bulunabilir. AIDS'in nöropsikiyatrik manifestasyonlarının çoğu doğrudan HIV'in MSS'deki varlığına dayandırılır. HIV pozitif madde bağımlıları arasında yaygın görülen mental bozukluklar şunlardır:

Depresyon HIV enfeksiyonunu öğrenmeye ya da hastalığın ağırlaşmasına verilen yaygın bir cevaptır. Depresyon, madde kullanımı öncesinde ya da beraberinde var olabilir. Hasta madde yoksunluğundan sonraki uzamış zaman periodunda da depresyona girmiş olabilir. Depresyon, Trisiklik Antidepresanlar ve SSRI grubu antidepresanlarla tedavi edilebilir. Madde kullananlarda Monoaminoksidaz inhibitörlerinden kaçınılmalıdır, çünkü bunların alkol, opiatlar ve kokainle etkileşimleri vardır. AIDS'da depresyonun tedavisinde psikostimülanları da tavsiye edenler vardır ancak bu konuda yapılmış çalışma henüz yoktur. Bununla beraber psikostimülanların madde kullananlarda kokain isteğini presipite ettiği bilinmektedir, bu nedenle özellikle de hastada kokain kullanımı anamnezi varsa bu tür maddeler dikkatli kullanılmalıdır.

Mani, madde bağımlılığının özellikle kokain ve stimulanların bir komplikasyonu da olabilir. Maninin madde bağımlılığı ya da HIV tarafından indüklendiğine karar vermek güç olabilir

Demans, madde bağımlılığı, HIV ve daha pek çok nedenden kaynaklanmış olabilir. çeşitli etyolojilere bağlı olarak ortaya çıkmış demansları birbirinden ayırmak güç olabilir. HIV enfeksiyonlu kişilerde hastalığın herhangi bir anında deliryum görülebilir ancak sistemik hastalık varlığında görülmesi daha yaygındır. Madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu bütün hastalarda deliryum gelişimine anlamlı oranda katkıda bulunur.

Psikotik semptomlar ilerlemiş HIV demansı ya da deliryumda görülebilir ve maddenin indüklediği halüsinasyon ve hezeyenlerden ayırmak güç olabilir. ÖRN: paranoid psikoz kokain kullanımından kaynaklanabilir.

HIV pozitif madde bağımlıları yüksek oranda kişilik bozukluğuna sahiptir, özellikle de antisosyal ve borderline tipte. Bu kişilik bozukluklarının varlığı hasta için tedaviye uyum sorunu yaratabilir. HIV pozitif madde bağımlılarındaki psikiyatrik semptomların uygulanan tedaviden kaynaklanabileceğinin farkında olunmalıdır. ÖRN: Yüksek doz Zidovudine (AZT) (günde 600 mg. üzerindeki dozlarda), anksiyete, insomnia ya da hiperaktiviteye neden olabilir.

HIV pozitif madde bağımlılarında farmakolojik ve psikoterapötik önlemlerin her ikisi de kullanılmalıdır. Psikoterapi ve destek grupları mental bozukluğu olmayan HIV pozitif madde bağımlılarının tedavilerinin de önemli bir kısmını oluşturur. İlaç tedavisinde, kötüye kullanım olasılığı olmayan gruplar tercih edilmelidir.

### **HIV pozitif hastaya yardım**

HIV pozitif hastaya yardım etmek için onu anlayışla ve empati kurarak dinlemek bile yeterli olacaktır. Hastalığın inkarı sıklıkla görülebilir. İnkâr doğal bir tepkidir ve eğer kişiye zarar vermiyorsa yüzleştirilmesi gerekmez. Ancak eğer tedaviyi uygulamıyor ya da uyum sağlamıyorsa bu durumda yüzleştirmekte yarar olabilir. Terapist için hastası ile ölümü konuşmak oldukça zordur. Ancak hastanın hastalığı son döneme gelmeden bu konuyu konuşmakta yarar vardır.

Konuyu açmak için şöyle bir soru kullanılabilir: *“eğer kendine bakamayacak kadar kötü olursan, ne yapmayı planlıyorsun?”*. Terapist hastasını bilgilendirmelidir ancak bunun koşulu ise hastanın ne oranda bilgilenebileceğidir.

Madde bağımlılığında intihar riski artmıştır. HIV ile enfekte bireylerde de suisid riski olabilir. Bu nedenle ilaç seçimi dikkatle yapılmalıdır. AIDS hastalığının sonucu olarak sağlığın bozulması madde kullanımının relapsı için bir risk faktörüdür. Korku, anksiyete ve üzüntünün yanısıra AIDS hastalığı ile ilişkili ağrı, azalmış işlevsellik, yorgunluk ve halsizliği içeren fiziksel ve psikolojik stresler madde kullanımının yeniden başlaması için risk yaratır. Çoğu hastada bu anlarda ilave psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyar. Danışman bu dönüm noktalarına ulaştığında hastanın tedavi planının fayda görüp görmeyeceğine karar vermelidir çoğu hastada 4 dönüm noktası vardır:

- 1- HIV enfeksiyonu için test yaptırmaya karar vermek ve test sonuçlarını beklemek. (Bu bazı hastalarda relaps için bir risk faktörü olabilirken, diğerlerine bağımlılık tedavisine başlamak için bir uyarı yaratabilir).
  1. HIV testinin sonucunu almak
  2. AIDS hastalığının ilk semptomlarının gelişmesi.
  3. AIDS tanısı konması

Yukarıda görülen ruhsal sorunlarda kullanılan psikotrop ilaçların etkileri ve HIV için kullanılan ilaçlarla etkileşiminin bilinmesi büyük önem taşır. Psikotrop ilaçlar en düşük etkili dozda kullanılmalıdır. Karbamazepin, nötropeni yapabileceği için HIV olan hastalarda kullanımından kaçınılmalıdır. Yine kemik iliği üstüne olan etkilerinden dolayı klozapinden kaçınmak gerekir. HIV’li hastalarda EPS görülme riskinin daha yüksek olduğu hatırlanmalıdır. Depresyon tedavisinde trisiklik antidepresanlardan

yan etkileri nedeniyle kaçınılmalı, onun yerine SSRİ ilaçlar ya da nefazodon tercih edilmelidir.

Benzodiazepinler gibi bağımlılık potansiyeli olan ilaçlar kullanılmamalıdır. İleri dönemlerde antiepresanlar HIV'li hastalarda maniye yol açabilir. Yine sedatif hipnotik ilaçlar konfüzyona yol açabileceğinden kullanılmaması gerekir. HIV'le ilişkili strese bağlı olarak relaps riski altındaki hasta için şu stratejiler izlenebilir:

- 1- Bireysel danışmanlık
- 2- Aynı özellikteki hastalardan oluşan bir destek grubuna katılımı sağlamak.
- 3- Fiziksel rahatsızlığı veya anksiyeteyi gidermek için tıbbi tedavi uygulamak.
- 4- Relaksasyon ve stres tedavi teknikleri
- 5- Boş zamanları değerlendirme ve eğlence aktiviteleri önermek.

Ölümlle karşılaşan birçok insanın belirli evrelerden geçtiği bilinmektedir. Bunu burada kısaca hatırlamakta yarar var.

*İnkar dönemi:* Bu dönemde hasta hastalığını inkar etmektedir. Aslında bunu kendisini hazırlaması için bir zaman talebi olarak görebiliriz. Yukarıda da belirtildiği gibi inkar doğal bir tepkidir ve kişinin yüzleştirilmesi gerekmez.

*Öfke dönemi:* Bu dönemde kişi hastalığı kabul etmiştir ancak isyan etmektedir. Öfke genelde en yakındaki insanlara gösterilir. Bunların arasında sağlık görevlileri de olabilir. Öfkenin aynı zamanda bir test olduğunu da söyleyebiliriz. Kişi sona yaklaşmış birine sizin nasıl davranacağınızı test etmektedir.

*Pazarlık dönemi:* Bu dönemde eğer kişi uyumlu davranırsa mucizevi bir şekilde iyileşebileceğini düşünmektedir. Yapılan hatalar düzeltilmeye, yaşamın sonu ile ilgili hazırlıklar yapılmaya başlanır.

*Depresyon dönemi:* Bu dönem inkarın bittiği, hastalığı ile ilgili bilgilerin gerçek olduğunu kabul edildiği ve sonucun kaçınılmaz olduğunu anladığı zamandır. Depresyon dönemi sırasında kişi bir enerji depolar ve ilerdeki dönemlerde bunu kullanır.

*Kabullenme dönemi:* Artık kişi durumu kabullenmiştir. Gerçekçi planlar yapar, kendisine seçenekler bulur.

Hastanın yaşadığı bu dönemlerde terapist de zorlanır. Kimi zaman kendisinin ölümlle ilgili düşünce ve inanışlarını gözden geçirmesi gerekir. Ancak yardımcı olmanın ötesinde, hastasına her şeyini adamamalı, onu bekleyen başka yardım arayışındaki kişileri unutmamalıdır.

## Zarar azaltma stratejisi

Damar yoluyla madde kullanıcılarının büyük bir kısmının madde kullanımını bırakmak için tedavi kurumlarına başvurmadığı ancak HIV açısından riskli davranışları azaltmak istediği bilinmektedir. Bu nedenlerden dolayı birçok ülkede Zararın Azaltılması politikaları devreye girmiştir. Zararın Azaltılması için "harm minimisation", "risk reduction" ve risk minimisation" terimleri de kullanılmaktadır. Zararın Azaltılması yaklaşımı öncelikle madde kullanımının birey ve topluma getirdiği olumsuz sonuçların kişinin madde kullanmaya devam ettiği süre içinde de azaltılmasına yönelik stratejileri içerir. Bu yaklaşımda kişi madde kullanmaya devam ettiği halde zararın azaltılmasına çalışılır (Jelly, 1995).

Zararın Azaltılması yöntemi tüm kullanıcılar için geçerli değildir. Bu yöntemin uygulanacağı bireylerin seçimi dikkatle yapılmalıdır. Kullanıcı tarafından bu yöntemin talep edilmesi esas noktadır. Kullanıcı talep ediyorsa bu yöntem uygulanabilir. Eğer madde kullanan kişi tamamen bırakmayı istiyorsa öncelik buna verilmelidir. Zaten asıl hedefin total abstinens olduğu unutulmamalıdır. Zararın Azaltılması politikaları HIV/AIDS riskini azaltmak için aşağıdaki basamaklardan oluşan spesifik yaklaşımları içermektedir.

1. Paylaşılan araçların tehlikelerini azalt
2. Paylaşılan araçların paylaşılmasını azalt ve durdur
3. Damar yoluyla kullanımı azalt ve durdur
4. Oral yoldan madde kullanımını stabilize et
5. Oral yoldan madde kullanımını azalt
6. Tamamen bırakmayı sağla





### 3.

## MADDE KULLANICILARINDA HIV ÖNLEME YÖNTEMLERİ

Madde kullanıcılarında AIDS riskini azaltmak için yapılması gerekenler şunlardır

- Madde kullanıcılarının, AIDS'in somut bir tehdit olduğuna inanmaları gereklidir.
- Madde kullanıcıların riskli davranışlarını azaltmak için çalışan özelleşmiş servisler olmalıdır
- Arzulanan davranış değişikliğini uygulamaya zorlayacak sosyal ilişki ağı kurulmalıdır

HIV/AIDS ile mücadelede önleme girişimlerini 3 ayrı aşamada ele almak mümkündür:

1. Yasal olmayan madde kullanımının durdurulması (Madde kullanımı azaldıkça HIV'in yayılması da azalacaktır)
2. Enjeksiyon yolu ile madde kullanımının durdurulması
3. Hiçbir şekilde tedavi edilemeyen, madde kullanımını bırakamayan kişiler için madde kullanımının verdiği zararların en aza indirilmesi ve ortaya çıkan risklerin azaltılması (enjeksiyon gereçlerinin paylaşılmaması veya paylaşılacaksa temizleme yöntemlerine başvurulması gibi)

### Şırınga değişim programları

Şırınga değişim programları Avrupa'da 1980'li yılların başında uygulamaya konuldu. Halen dünyada birçok kentte bu tür programlar yaygın biçimde uygulanmaktadır. Burada amaç madde kullanımını bırakamayan ya da bırakmak istemeyen ve damar yolu ile madde kullanan kişilerin HIV enfeksiyon ve başkalarına bulaştırma riskini azaltmaktır. Steril iğne ve şırınga temini HIV enfeksiyonunun yayılmasını engelleyecek ucuz bir yöntemdir. Öte yandan bu tür programlar, madde kullanıcıları ile ilişki kurulmasını da sağlamaktadır.

Programların uygulanması ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. Ancak genelde madde kullanımının yaygın olduğu belirli bazı bölgelerde yoğun olmak üzere kurulan merkezlerde şırınga değişimi yapılmaktadır. Kirli şırıngalarını getiren kişiye getirdiği şırınga sayısı kadar steril şırınga verilmektedir. Böylece kişinin kullandığı şırıngalarda geri alınmakta, başkaları tarafından kullanılmasına ya da bunların çevreye yayılmalarına izin verilmemektedir.



Bu bölüm Kültegin Ögel, Nazlı Erdoğan, Canan Devletkuşu ve Duygu Buğa tarafından yazılmıştır.

Şırınga değişimi genellikle bir sosyal çalışmacı tarafından yürütülmekte, değişim esnasında kullanıcı ile bir ilişki kurulmakta, kullanıcının başka sorunları varsa çözmeye çalışılmakta, bilgilendirme olanağı doğmaktadır. Şırınga ile birlikte gazlı bez, çamaşır suyu, alkol gibi damar yolu ile kullanımda enfeksiyon riskini azaltabilecek farklı malzemeler de kullanıcıya verilmektedir. Kimi ülkelerde polis merkezlerinde şırınga dağıtılmaktadır. Kimi ülkelerde ise otomatik şırınga değişim makineleri konmuştur. Enjektörünü değiştiremeyen madde kullanıcıları içinse, enjektörlerini kolayca temizlemeleri için ücretsiz çamaşır suyu dağıtılmaktadır.

## **İdame tedaviler**

İdame (maintenance) tedavisi kavramı, metadon ile birlikte gündeme girmiştir. Metadon eroin benzeri etki yapan opioid bir madde olup, oral yolla kullanılmaktadır. Böylece madde kullanıcısı enjektör kullanmadan aynı etkiyi sağlayabilmektedir. Metadon ağız yolu ile kullanıldığından enjeksiyon davranışını ortadan kaldırmaktadır. Uygun dozda kullanıldığında eroin bağımlısının işlevselliği artmaktadır. Uzun tedavi sürecinin enfekte damar yoluyla madde kullanıcılarının takibinde, bireylere AIDS ile ilgili bilginin, HIV önleme mesajlarının aktarımında ve davranış değişikliklerinin desteklenmesinde önemi büyüktür.

## **Maddelerin kontrollü verilmesi**

Bazı bağımlılar isteseler dahi damar yolu ile madde kullanımını hemen bırakmamakta, oral yolla ilaç kullanımına geçmemektedir. Bu nedenle İsviçre, Hollanda ve İngiltere’de bazı bölgelerde eroin verilmesi denenmektedir. Bu denemenin amacı kullanıcılara yasal olarak eroin ve diğer maddeler verildiği zaman suça yönelik eylemlerde ve AIDS ve diğer enfeksiyonların yayılmasında bir azalma olup olmayacağını görmektedir (Bruy, 1998).

## **Eğitim**

Madde kullanıcılarında en etkili yöntem muhakkak eğitim olacaktır. Bu nedenle kullanıcılara özel eğitim programlarının geliştirilmesi uygun olacaktır. Sokak çalışmaları ile madde kullanıcılarına ulaşmak eğitimde önemli bir araçtır. Bu programlarda sokak çalışmaları ile yüksek riskli gruplara ulaşılarak eğitim materyallerinin dağıtılmasıdır. Bunlar zararın azaltılması amacı ile hazırlanmış materyallerdir. Madde kullanımı ile ilişkili olarak ortaya çıkan risklerin kullanıcı tarafından nasıl azaltılabileceğini, örneğin güvenli enjeksiyonun nasıl yapılabileceğini öğreten eğitici materyallerden oluşur. İngiltere’de hemşireler tarafından tedavi merkezlerinde öğretilmektedir.

Birçok ülkede sokak çalışmacıları IV yolla madde kullanımı olanlar veya fahişeler gibi HIV ile enfekte olması olasılığı yüksek olan kişilere ulaşmayı hedeflemektedirler. Bu çalışmalar sırasında eğitim materyalleri, enjektörler, prezervatifler ve temizleyici kitler dağıtılmakta ve kullanıcıların diğer hizmetlere ulaşmasına yardım edilmektedir. Bu programlar sayesinde tamamen saklı kalan ve toplum dışı olan dolayısı ile topluma karşı davranışları yoğun olan kesime ulaşılması sağlanmaktadır. Bu kesime ulaşılması ise hem kendilerine verdikleri zararın azaltılmasını hedeflemekte hem de toplum için zararlı olabilecek -HIV’ in yayılması gibi- davranışları azaltmayı sağlayabilmektedir.

AIDS eğitiminin temelini sağlığa olan tehditlerin kognitif açıdan bilinmesi ve algılanan hastalık ciddiyeti sonucu riski azaltmak için alternatif davranışların geliştirilmesi oluşturmaktadır. Eğitimin temel ilkeleri şunlardır:

1. Güvenirlik
2. Gizlilik
3. Hedefe yönelik risk azaltma bilgisinin madde kullanıcılarına onların değerlerini sarsmadan sunulması
4. Risk azaltma tekniklerinin pratik demonstrasyonlarının olması
5. Yeni olumlu davranışların desteklenmesi

### **Toleranslı bölgeler**

Bunlara aynı zamanda “enjeksiyon odaları”, “sağlık odaları”, “kontakt merkezleri” de denmektedir. Madde kullananlar burada temiz enjeksiyon gereçleri, prezervatifler ile tıbbi yardım ve önerilerden de yararlanmaktadır. Bu zararın azaltılması amacıyla olduğu kadar sosyal kontrolü sağlamak ve sokakları madde kullanılan yer olmaktan kurtarmak amacıyla oluşturulmuştur. Burada madde kullanan kişinin hijyenik koşullarda madde kullanmasının sağlanması hedeflenmektedir. Böylece hepatit, HIV gibi bulaşıcı hastalıkların yayılması kontrol edilmekte ve uygun yolla enjeksiyon yapılması öğretilerek çeşitli hastalıklara yakalanması önlenmektedir.

Bu merkezler daha önce denenmiş olan açık bir alanın, örneğin bir park gibi, kullanım yeri olarak ayrılmasından daha iyi sonuç vermiştir. Çünkü bu tür açık alanların kullanım için ayrılması yalnızca sokaklarda madde kullanımından doğan kötü görüntüyü ortadan kaldırmış, ancak hijyenik koşulları ve kullanımın kontrolünü sağlayamamıştır.

### **Bağımlılık tedavisi**

Bağımlılık tedavi merkezlerinin sayısı artması madde kullanan bağımlı sayısını azaltacağından, HIV yaygınlığının da azalmasına neden olabilmektedir.

### **Bireylerin sorunun farkına varmasını sağlamak**

Bireyleri bulaşıcı hastalıklar özellikle HIV ve hepatitis C konusunda düşünmeye itmek ve sorunun farkına varmalarını sağlamak, değişmek için en önemli adım olacaktır. Bu amaçla çeşitli sorular sorulabilir. Örneğin:

- “Kimi zaman prezervatif kullanmadan cinsel ilişkiye girmeyi düşündüğün oluyor mu? Neden evet, neden hayır?”
- “HIV/AIDS ya da diğer hastalıklar konusunda ne sıklıkta düşünüyorsun?”
- “Birlikte olduğundan kişiden bir hastalık kapabileceğini düşünüyor musun?”
- “Birlikte olduğun kişiye bir hastalık bulaştıracağını düşünüyor musun?”
- “Birlikte olduğun kişi prezervatif kullanma konusunda ne düşünüyor?”
- “Çevrendeki insanlar HIV/AIDS ya da diğer bulaşıcı hastalıklardan söz ediyor mu? Neler konuşuyorlar?”

## **Şırınga temizliğinin öğretilmesi**

Şırınga kullanımında riski azaltmak için dört basamaktan oluşan önerilerde bulunmak gerekir. Bunlardan birincisi madde kullanmaması, ikincisi eğer madde kullanacaksa şırınga kullanmaması, üçüncüsü şırınga kullanıyorsa paylaşmaması ve eğer hiçbirini yapamıyorsa son olarak temiz şırınga kullanmasıdır.

Şırıngaların temizlenmesinde çamaşır suyu önerilmektedir. Ancak unutulmaması gereken şey, çamaşır suyunun da sadece riski azalttığı ama ortadan kaldırmadığıdır. Çamaşır suyu ile temizlemede dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

- Temizleme en az iki kez yapılmalıdır. Kullanımdan hemen sonra ve kullanmadan hemen önce.
- İğne ve şırınga çamaşır suyu kullanılmadan önce birçok kez suyla yıkanmalıdır. Böylece içerdiği kan miktarı azalacaktır. Çünkü kan çamaşır suyunun etkinliğini azaltmaktadır.
- Sulandırılmış çamaşır suyu kullanılmamalıdır.
- En az üç kez şırınga ve iğne çamaşır suyu ile doldurulmalıdır.
- İğne ve şırınganın ayrı ayrı temizlenmesi çamaşır suyunun etkinliği artırmaktadır.
- En az 30 saniye iğne ve şırınga çamaşır suyu içinde kalmalıdır.
- Şırınga çamaşır suyuyla doldurulduğu zaman çalkalanması çamaşır suyunun etkinliğini artırmaktadır.
- Çamaşır suyu ile temizlendikten sonra iğne ve şırınga birkaç kez suyla yıkanmalıdır.

## **Test yapılması**

HIV riski altında bulunan her bireye test yapılmalıdır. Bu nedenle madde kullanıcıları testi yapma konusunda yöreklendirilmelidir. Ancak test öncesi kişi testin sınırlılıkları hakkında bilgilendirilmeli, davranış değişikliği için cesaretlendirilmelidir.

Eğer yapılan test pozitif çıkarsa tekrarlanmalıdır. Eğer test negatif ise, o zaman test yaklaşık 6 ay içinde tekrarlanmalı ve ilk testin yalancı pozitif olup olmadığı araştırılmalıdır.

## **Dünyada uygulanan şırınga değişim programlarından örnekler**

Şırınga değişimi merkezleri sabit ve mobil merkezler olmak üzere ikiye ayrılır. Sabit merkezler her hafta aynı zamanda belirli bir yerde çalışır. Mobil merkezler ise kişi veya araç olarak sürekli dolaşır. Gezici merkezler genellikle belli bir bölgede ve sıklıkla belli bir rotada hareket eder ama aynı yerde fazla kalmaz. Sabit merkezlerin tahmin edilebilir gibi bir avantajı vardır fakat gezici merkezler daha geniş alanlara hizmet verirken aynı zamanda yerel değişimlere daha kolay uyum sağlar.

Lurie ve arkadaşları (1993) yaptıkları sistematik incelemede 7 tip değişim merkezi tanımlamışlardır: dört tip sabit merkez (sabit vagon, vitrin, sokak ve sağlık kuruluşu) ve üç tip gezici merkez (yürüyüş rotası, eve teslim ve gezici vagon).

*Sabit vagon:* Sabit vagon belli bir yerde ve belli bir zamanda park eden bir vagonudur. Bir vagon tek seferde değişik sabit merkezleri ziyaret edebilir. Vagon değişimi şırınga değişiminde hem sabit hem de gezici merkezlerin avantajlarını kullanan bir programdır. Çalışanlar için barınak görevi görebilir, danışanların gizliliğini korur ve geniş bir alanda hizmet verirken aynı zamanda istikrarlı bir hizmet sağlayabilir.

*Vitrin :* Vitrin programı hem çalışanlar hem de danışanların barınak ihtiyacını karşılar. Aynı zamanda damar içi madde kullanıcılarına gizlilik sağlar. Burada ayrıca çalışanların damar içi madde kullanıcılarına daha iyi hizmet verebilmeleri için gerekli telefon, fotokopi makinesi, bilgisayar, masa-sandalye gibi materyal de sağlanmaktadır.

*Sokak merkezleri :* Sokak merkezleri kaldırım kenarında yerleşir, dağıtılacak materyalin üzerinde durduğu karton bir masa olabilir ya da elinde içinde materyalin bulunduğu bir çanta/torba bulunan kişiler olabilir. Katılımcılar gelerek kondom alabilir, mevcut kaynakları inceleyebilir veya AIDS ile ilgili soru sorabilir. Buraya sadece damar içi madde kullanıcıları gelmediği için gizlilikleri de korunabilir.

*Sağlık kuruluşları:* Sağlık kuruluşu da barınak ve gizlilik sağlayabilir. Bu merkezler aynı zamanda damar içi madde kullanıcılarını diğer merkezlere de yönlendirebilir. Fakat bu merkezlerin dezavantajları da olabilir. Örneğin merkezin bulunduğu sağlık kuruluşu damar içi madde kullanımının az olduğu bir bölgede bulunuyor olabilir, birçok damar içi madde kullanıcısı bu binalara girmeyi özellikle karakol gibi devlet kurumlarına yakınsa riskli bulabilir.

*Yürüyüş rotaları:* Şırınga değişim programı servisleri tarafından sağlanan yürüyüş rotaları damar içi madde kullanıcıları tarafından daha yoğun ilgi görüyor gibi görünmektedir. Bu yürüyüş rotaları istikrarlı olmakla birlikte yoğun polis baskısı veya damar içi madde kullanıcısı popülasyonunun değişmesi gibi değişik çevresel etkilere göre değişebilir.

*Eve servis:* Şırınga değişim programını direk olarak damar içi madde kullanıcısına götürür. Bu merkezler arasında gizlilik ilkesini en çok koruyabilen sistemdir. Damar içi madde kullanıcısının seçeceği güvenli bir yerde buluşulur. Tabii bunun getireceği ulaşım ve lojistik güçlükler gibi dezavantajları da vardır.

*Gezici vagonlar:* Gezici vagonlar şırınga değişim programını daha geniş bir alana yayma konusunda etkindir. Ayrıca çalışanlar komşular, yerel işadamları ve polis memurları tarafından göze çarpmazlar.

## **İğne ve şırınga temizliği**

Damar içi madde kullanıcıları arasında HIV önleme çalışmalarının başlıca unsurları; madde kötüye kullanımı tedavisi ve eczanelerden steril şırıngaya ulaşım, hekim reçetesi ve şırınga değişim programlarıdır. Bu, toplumsal programlarda damar içi madde kullanıcılarına şırıngalarını ve iğnelerini dezenfekte ederek enfeksiyon riskini nasıl azaltabileceklerini öğretilmektedir. Dezenfeksiyon enfeksiyona sebep olan virüsleri ve bakterileri öldürmek için bir şeyin kullanılmasıdır.

Dezenfeksiyon nasıl geniş ölçüde kullanılan bir HIV önleme stratejisi haline geldi? Şırıngaların HIV'i önlemek için dezenfekte edilmesi stratejisi 1980'lerde California'da ortaya çıkmıştır. Damar içi madde kullanıcıları arasındaki Doğu Yakası salgınları (özellikle New York'ta) halk sağlığı görevlilerinin California'daki damar içi madde kullanıcıları için HIV'in önemli bir tehdit olabileceği konusunda korkmalarına neden olmuştur.

California'daki damar içi madde kullanıcıları, ülkenin geri kalanı gibi, yeni ve steril şırınga elde etmenin zorluğu nedeniyle şırıngaları paylaşıyor ve tekrar kullanıyorlardı. Bu HIV bulaşma riskini oldukça yükseltmekteydi. Hükümet madde kullanıcılarının eczanelerden şırınga almalarının yasadışı olduğu kararını aldı. Steril şırıngaya sınırlı ulaşım, madde kötüye kullanımı programlarının sınırlı kapasitesiyle de birleşince, önleme programlarının enjeksiyonu bırakmayacak veya bırakamayacak damar içi madde kullanıcıları arasında enjeksiyon ile ilgili riskleri azaltma konusuna odaklanmasına neden oldu. California'da yapılan alan çalışmaları damar içi madde kullanıcılarının kullanabileceği ve kabul edilebilir bir yol gösterildiğinde risk azaltıcı davranışlar sergilediğini göstermektedir. Bu yollardan biri çamaşır suyuyla şırınga dezenfeksiyonudur. Laboratuvar testleri çamaşır suyunun HIV'i öldürdüğünü göstermektedir. Çamaşır suyu aynı zamanda ucuzdur, hızlı bir yöntemdir ve her yerde kolayca bulunabilir.

Çamaşır suyu kitlerinin dağıtılması (küçük şişelerde çamaşır suyu ve yanında şırınga dezenfeksiyonunu anlatan açıklama) San Francisco'da damar içi madde kullanıcılarında önleme çalışmasının önemli bir parçası haline gelmiştir. Bu strateji Amerika'daki diğer şehirler tarafından da kısa zamanda uygulanmaya başlanmıştır.

## **Uyuşturucu enjeksiyonunun hazırlanması ile bulaşma riski arasındaki bağlantı**

Damar içi madde kullanıcıları tarafından kullanılan uyuşturucular (eroïn, kokain, amfetamin) genellikle toz olarak satılır ve enjekte edilmeden önce suda eritilir. Afyon sakızı gibi macun olan bazı uyuşturucular çözülmeyi artırmak için kaşık veya ısıtıcı içerisinde ısıtılır. Çözöldükten sonra, küçük zerrelere iğneyi tıkamasını önlemek için uyuşturucu bir filtreden (pamuk) şırıngaya çekilir. Ondan sonra uyuşturucu damara enjekte edilir. Bazen, iki veya daha fazla damar içi madde kullanıcısı uyuşturucuyu aynı ısıtıcıdan çekebilir.

Damar içi madde kullanıcısı maddeyi enjekte etmeden önce iğnenin damar içinde olup olmadığını anlamak için şırınganın pompasını geri çeker. Şırınganın içine kan dolarsa, iğne damarda demektir ve damar içi madde kullanıcısı maddeyi enjekte eder. Enjekte ettikten sonra, madde kullanıcısı kanın iğneyi tıkamaması için şırıngayı su ile çalkalar. Bu su genellikle bir sonraki maddenin hazırlanma aşamasında kullanılır ve kullanıcılar genellikle aynı kaptaki suyla işlemlerini sürdürür.

HIV ve hepatit C damar içi madde kullanıcılarının paylaştıkları şırıngadan bulaşabilir. Virüsler aynı zamanda paylaşılan şırıngalar, durulama suyu, ısıtıcı, pamuk yoluyla ve kullanılmış şırıngayla karıştırılan uyuşturucu solüsyonu yoluyla da bulaşabilir. Bulaşma herhangi bir şeye – şırınga, su, pamuk, ısıtıcı, uyuşturucu solüsyonu – HIV veya HCV enfeksiyonlu kanın bulaşmasıyla meydana gelebilir çünkü bulaşmış madde temas ettiği her maddeye virüsü geçirebilir. Damar içi madde

kullanıcısı uyuşturucuyu enjekte ederken her zaman yeni ve steril bir şırınga kullanmaya ne kadar dikkat ederse etsin bulaşmış enjeksiyon aletlerinin, uyuşturucu solüsyonunun veya suyun paylaşılma süreci HIV ve HCV bulaşma riskini artırmaktadır.

## Dezenfeksiyon yöntemleri

Dezenfeksiyon, bulaşma riskini virüs sayısını düşürerek ve onları öldürerek azaltır. Bugünkü dezenfeksiyon yöntemi şu basamaklardan meydana gelmektedir:

- Kan, uyuşturucu ve diğer organik maddelerin şırıngadan dışarı fıskırtılması. Bunlar virüs taşıyor olabilir ve dezenfeksiyon sürecini engelleyebilir.
- Şırınganın dezenfekte edilmesi.
- Şırınganın durularak dezenfektandan arındırılması.

Bu basamakların arkasındaki fikir, HIV'nin bulaşma riskini iki yoldan azaltmaktır. İlki, kan ve uyuşturucuyu fıskırtma yoluyla virüs zerrelerinin sayısı azalmaktadır. İkinci olarak, dezenfektan geri kalan virüsleri öldürebilir ve böylece virüsler kimseyi enfekte edemezler. Şırıngaların dezenfeksiyon talimatları genellikle virüslerin temizlenip öldürülmesini içerir. Buna örnek aşağıda verilmiştir.

- Şırıngayı temiz suyla doldurun (direk musluk suyu veya açılmamış şişe suyu).
- İçinde su veya dezenfektan olan şırıngayı sallayın veya hafifçe vurun (bu zerreleri yerinden çıkartır ve suyu veya dezenfektanı şırıngadaki materyalle karıştırır); suyu şırıngadan dışarı fıskırtın ve atın; bunu hiç kan görünmeyene kadar tekrarlayın.
- Suyu veya dezenfektanı, özellikle dezenfektanı, bir süre şırınganın içerisinde bekletin (ne kadar uzun olursa o kadar iyi; örneğin 30 saniye 15 saniyeden daha iyidir); sonra dezenfektanı dışarı fıskırtın.
- Şırıngayı temiz suyla durulayın (şırıngayı doldurun, sallayın veya hafifçe vurun, suyu dışarı fıskırtın ve atın); durulama dezenfektandan ve şırıngada kalan virüslerden kurtulmak için yapılır.

## Dezenfeksiyon ve Viral Hepatit

Hepatit B (HBV) ve hepatit C (HCV) milyonlarca insanı etkilemektedir. Bunlar aynı zamanda HIV, damar içi madde kullanımı ve yüksek riskli cinsel davranışlarla yakından ilişkilidir. Birçok kişi dezenfeksiyonun HBV veya HCV'yi etkilemediğini düşünmektedir, fakat HBV konusunda yapılan laboratuvar çalışmaları dezenfeksiyonun HIV'i önlediği gibi kan yoluyla bulaşan virüsleri de engellediğini göstermektedir.

HCV laboratuvar ortamında yetişmediğinden HCV ve dezenfeksiyon üzerine araştırma yapılamamaktadır ve bu nedenle dezenfeksiyonun HCV'yi önleyip önleyemediği direk olarak test edilememektedir fakat buna rağmen bilim adamları dezenfeksiyonun HCV'yi öldürdüğünü düşünmektedir.

Kanda bulunan virüs sayısı HBV ve HCV'de HIV'de olduğundan çok daha fazladır. Sonuç olarak, viral hepatit bulaşma riskini önlemek için fışkırtma ve durulama yaparken mümkün olduğunca çok kandan kurtulmak gerekmektedir.

## **Dezenfeksiyonun sınırlılıkları**

*Dezenfekte edilmiş şırınga steril bir şırınga değildir*

Dikkatli ve titiz bir şekilde yapılırsa, dezenfeksiyon şırıngadaki canlı HIV, BVC ve HCV sayısını azaltır. Yine de, en iyi dezenfeksiyon işlemi bile bütün virüslerin öleceğini garanti edemez. Damar içi madde kullanıcılarının kullandığı plastik şırıngalar tek kullanımlık üretilmiştir. Temizlenip tekrar kullanılmak üzere tasarlanmamışlardır.

Dezenfekte edilmiş şırıngalar, şırınga kullanılan yerlerde (hastane, sağlık merkezleri vb.) uygulanan standartlara uygun değildir.

Bu nedenlerden dolayı dezenfekte edilmiş bir şırınga yeni ve steril bir şırınga kadar güvenli değildir. Şırıngaların çamaşır suyu veya diğer ajanlarla dezenfekte edilmesi konusundaki tavsiyeler sadece damar içi madde kullanıcısının steril şırıngaya ulaşmadığı durumlar için geçerlidir.

*Araştırmalar, şırınga ve diğer enjeksiyon malzemelerinin dezenfeksiyonunun HIV'i önlediği konusunda sınırlı laboratuvar kanıtına sahiptir*

Bilim adamları çamaşır suyu ve diğer ajanların HIV'i öldürebileceği konusunda çok az sayıda laboratuvar çalışması yayımlamıştır. Bu deneyler damar içi madde kullanıcılarının karşılaştığı koşulları taklit etmeye çalışmakta ve genellikle dezenfeksiyonun test tüpünde yetiştirilen HIV ile temas etmiş kan üzerindeki etkisini test etmektedir.

Bununla beraber, bu koşullar damar içi madde kullanıcılarının karşılaştığı koşullardan farklı, ve sonuçlar kesin değildir. Laboratuvar çalışmaları taze, su katılmamış çamaşır suyunun (%5.25 sodium hypochlorite) HIV'yi öldürdüğünü göstermektedir. Bilim adamları ayrıca diğer sıvıların da şırıngayı dezenfekte edip etmediklerini araştırmışlardır. Bazen damar içi madde kullanıcılarının da kullandığı bu sıvılardan bazıları bulaşık deterjanı, hydrogen peroxide ve ispirtodur. Bu birkaç çalışmanın sonuçları da sınırlıdır. Bazı araştırmalar temiz suyla yapılan iyi bir temizliğin sulandırılmamış çamaşır suyu kadar etkili olduğunu göstermiştir.

Bu çalışmaların sonuçları ajanın gücü, HIV'nin tüm kanda olup olmaması ve uygulanan basamaklar gibi birkaç şeye bağlıdır. Az sayıda laboratuvar çalışması yayımlanması nedeniyle dezenfeksiyon konusunda çok az veriye sahibiz. Sonuç olarak hangi ajanın daha iyi olduğu, en iyi dezenfeksiyon prosedürü veya yeterli bir dezenfeksiyon için gerekli zaman gibi sorular için net cevaplar bulunmamaktadır.

*Damar içi madde kullanıcılarıyla yapılan çalışmalar çamaşır suyu ile yapılan dezenfeksiyonun HIV ve viral hepatite karşı koruduğunu kanıtlamamaktadır*



Çalışmalar enjektörlerini sürekli dezenfekte ettiğini söyleyenler ile hiç dezenfekte etmediğini söyleyenler arasında yeni enfekte olmuş damar içi kullanıcısı sayısına bakmışlardır. Her iki damar içi madde kullanıcısı grubu arasında ayırt edici bir fark bulunamamıştır. Olası açıklamalardan biri, çamaşır suyuyla yapılan dezenfeksiyonun enfeksiyonu engellemediğidir. Diğer faktörler de bu bulguları açıklamaya yardımcı olabilir.

- Çalışmalar risk davranışlarını tam olarak ölçmemektedir. Çalışmalar her zaman ayrıntılı risk bilgisi toplamaz, sadece damar içi madde kullanıcısının riskli madde uygulamalarına odaklanır. Sonuç olarak, enfeksiyon enfeksiyonlu biriyle korunmasız cinsel ilişki gibi başka bir nedenden kaynaklandıysa veriler yetersizdir.
- Bazı çalışmalarda teknik sınırlılıklar söz konusudur. Örneğin, bazen bilim adamının kişinin gerçekten dezenfekte edip etmediğini bilmesi zordur. Çalışmadaki damar içi madde kullanıcıları belli bir geçmişte gerçekten ne kadar çamaşır suyu kullandıklarını hatırlayamayabilirler. Veya bilim adamının duymak istediğini sandıkları cevabı verebilirler. Sonuç olarak, dezenfekte ettiğini söyleyen damar içi madde kullanıcıları dezenfekte etmediğini söyleyenlerle aynı riskleri taşıyor görünmektedir.

*Engeller damar içi madde kullanıcılarının dezenfeksiyonu doğru yapmalarını zorlaştırır ve onları tamamen engelleyebilir*

Damar içi madde kullanıcıları yeni, steril bir şırınga bulamadıklarında dezenfeksiyonun iyi bir fikir olduğunu düşünebilirler. Yine de, bazı araştırmacılar az sayıda damar içi madde kullanıcısının şırınga dezenfeksiyonunda çamaşır suyunu kullandığını veya kullansalar da önerilen basamakları tam olarak uygulamadıklarını bulmuşlardır. Damar içi madde kullanıcılarının dezenfeksiyon yapma süreçlerini zorlaştıran birçok faktör bulunmaktadır:

- Mevcut yönergeler çok sayıda basamak içermektedir ve damar içi madde kullanıcıları bunları tamamen uygulamanın imkansız olduğunu düşünebilir.
- Damar içi madde kullanıcıları temiz su bulamayabilir.
- Mimlenmemek için çamaşır suyu veya diğer dezenfektanları yanlarında taşımak istemeyebilirler.
- Yoksunluk semptomları ve mümkün olduğunca kısa sürede enjeksiyon yapma arzusu damar içi madde kullanıcısının dezenfeksiyon yapmadan enjeksiyon yapmasına neden olabilir.
- Bazı damar içi madde kullanıcıları başkalarının kendilerine enjeksiyon yapmaları ihtiyacında olabilir. Enjeksiyonu yapan kişi dezenfeksiyonu tam yapmayabilir.
- Madde solüsyonunu hazırlayıp hızlı bir şekilde enjekte etmeleri gerektiği için (örneğin yakında polis olabilir) madde kullanıcılarının dezenfeksiyonu dikkatli bir şekilde yapacak zamanı olmayabilir.
- Damar içi madde kullanıcısı bir kez enjekte ettiğinde, bir sonraki enjeksiyonda maddenin etkileri nedeniyle dikkatli bir şekilde dezenfeksiyon yapamayabilir (özellikle kokainde).

## Çamaşır suyunun dezenfektan olarak avantajları ve dezavantajları

Çamaşır suyunun dezenfektan olarak avantajları şunlardır: Kullanılmış şırıngadaki HIV, HBV ve HCV miktarını azaltabilir, kolay ulaşılabilir ve ucuzdur. Çamaşır suyunun dezenfektan olarak dezavantajları da vardır. Damar içi madde kullanıcıları, sosyal çalışmacılar ve kanun koyucular yanlış bir şekilde çamaşır suyu ile dezenfeksiyonun yeni ve steril bir şırınga kadar güvenli olduğuna inanabilirler. Şırıngayı sterilize etmez, şırınga dezenfeksiyondan sonra hala enfekte edici virüs taşıyor olabilir. Çalışmalar çamaşır suyu ile dezenfeksiyonun HIV veya HCV bulaşmasını önlediği göstermemektedir. Polis küçük şişerlerde çamaşır suyu taşıyan birini gördüğünde madde kullanıcısı olduğunu varsayabilir. Güneş ışığı, sıcak hava ve hava basıncı çamaşır suyunun etkisini azaltır ve kullanılmaz hale getirir; damar içi madde kullanıcıları taze ve tam etkili çamaşır suyunu kullandıklarından emin olmalıdır. Çamaşır suyu şırıngaya zarar verebilir.

## Hijyenin Önemi

Her şeyi temiz tutmak HIV ve viral hepatit riskini azaltmanın önemli bir parçasıdır. Sağlık çalışanları temizliğin ve hijyenin damar içi madde kullanıcılarında HIV veya HCV kapma veya bulaşmasının azalmasında ne kadar önemli olduğunu her gün daha çok fark etmektedir. İyi bir hijyen aynı zamanda damar içi madde kullanıcılarının enjeksiyon kaynaklı deri enfeksiyonlarını da engellemektedir.

## Damar içi madde kullanıcılarına anlatılması gerekenler

Eğitimciler, tıp çalışanları ve sosyal çalışanlar damar içi madde kullanıcılarıyla konuşurken şu mesajları iletmelidir:

- HIV, HBV ve HCV bulaşmasını önlemek için en etkili yol madde kullanmamaktır, eğer kullanıyorsanız enjekte etmemektir.
- Madde kötüye kullanımı tedavisine katılmak enjeksiyonu azaltma veya bırakma konusunda size yardımcı olabilir. Bu sizin enfeksiyon kapma riskini azaltır.
- Hepatit A ve Hepatit B aşılarını yaptırın. Aşı yaptırdığınız taktirde bu tür viral hepatitlerden korunursunuz.
- Damar içi enjeksiyonu bırakamıyorsanız veya bırakmayacaksanız;
  - Her enjeksiyonda güvenilir bir kaynaktan aldığınız yeni ve steril bir şırınga kullanın.
  - Şırıngaları, suyu, ısıtıcıları veya pamukları asla paylaşmayın, tekrar kullanmayın.
  - Maddeyi hazırlarken her seferinde steril su veya en azından güvenilir bir kaynaktan temiz su kullanın.
  - Enjeksiyon sırasında her şeyi mümkün olduğunca temiz tutun.
- Her seferinde temiz ve steril bir şırınga, temiz aletler kullanamıyorsanız çamaşır suyuyla dezenfeksiyon hiçbir şey yapmaktan daha iyidir:

- Şırıngayı temiz suyla doldurup sallayın veya hafifçe vurun. Suyu şırıngadan dışarı fişkırtıp atın. Bunu hiç kan görmeyene kadar tekrarlayın.
- Şırınganın hepsini temiz çamaşır suyuyla doldurun. 30 saniye veya daha fazla şırıngada bekletin. Çamaşır suyunu dışarı fişkırtın ve atın.
- Şırıngayı temiz suyla doldurup sallayın veya hafifçe vurun. Suyu şırıngadan dışarı fişkırtıp atın.
- Çamaşır suyu yoksa, şırıngayı temizlemek için temiz su kullanın:
  - Şırıngayı temiz suyla doldurup sallayın veya hafifçe vurun. Suyu şırıngadan dışarı fişkırtıp atın.
  - Bunu birkaç kez tekrarlayın.

Dezenfeksiyon SADECE damar içi madde kullanıcısının bulaşmayı önleyecek güvenli bir seçeneği olmadığına kullanılmaldır.

### **Alanda çalışanların dikkat etmesi gerekenler**

HIV pozitif hastayla uğraşmak sağlık görevlileri içinde oldukça zordur. Hızla yayılabilen ve öldürücü bir hastalık ile karşı karşıya olan sağlık çalışanlarının hastaya karşı olan tutumları kolaylıkla değişebilmektedir. Bu hastaların farklı cinsel tercih ve aktivitelerinin olması da sağlık çalışanını olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık çalışanında ortaya çıkan duyguları şöyle özetleyebiliriz.

- Hastalığın bulaşma korkusu
- Bilinmeyenle uğraşma korkusu
- Ölüm ve kayıp duygusunu yaşama korkusu
- Stigmatizasyon
- Güçsüzlük, çaresizlik duygusu
- Utanç ve suçluluk
- Homofobi (hemcinsiyle ilişki korkusu)
- Öfke ve düşmanlık
- Früstrasyon
- Özdeşleştirme
- İnkâr

Risk altındaki madde kullanıcıları ile çalışan sağlık personelinin uyması gereken kurallar ise şunlardır:

- Kana ve kan bulaşmış aletlere, beden sıvılarına, yaralara, mukozaya dokunurken ve damar içi girişimlerde bulurken eldiven giyilmelidir.
- Her hasta ile temastan sonra eldivenler değiştirilmelidir.
- Mukozalarla çalışırken kan ya da beden sıvılarının sıçrayıp bulaşmasını önlemek için maske kullanılmalıdır.
- Eldiven çıkarıldıktan sonra ya da kan ve beden sıvılarına el değdiği takdirde derhal yıkanılmalıdır.
- Şırınga ve iğneler yakılarak yok edilmelidir. Kontrolsüz çöplere atılması önlenmelidir.

- Cilt lezyonları olan sağlık çalışanlarının risk altındaki hastalarla doğrudan temas etmemesi uygundur.

Eğer bir şekilde çalışan kişi kendisine HIV bulaştığını düşünüyorsa, acilen zidovudine (AZT, retrovir) kullanılmalıdır.

## **Madde kullanıcılarında HIV önleme ilkeleri**

Önleme ilkelerine göz atmadan önce bazı temel ilkeleri hatırlamakta yarar var.

- a) İdeal önleyici bir strateji yoktur.
- b) Her önleyici model popülasyonun özellikleri ve sosyokültürel realitesine göre adapte edilmelidir,
- c) Her önleyici hareket spesifik hedef grup ve spesifik bir dönem için geliştirilmelidir
- d) Bir önleyici programı toplumun yetişkin popülasyonunun farkındalığını ve sorumluluk duygusunu sağlamaya yardımcı olmalıdır.
- e) Önlem hepimizi ilgilendiren sadece uzmanlarla sınırlı olmayan bir problemdir.

### *1. Madde kullanıcılarında HIV/AIDS riskini azaltmak ulaşılabilir bir hedeftir*

HIV ve diğer kan yoluyla bulaşan enfeksiyonların yayılmasını önlemek için madde kullanıcıları kendilerini ve diğerlerini riske atan davranışları azaltmak veya bırakmak zorundadır. Yapılan araştırmalara göre uygun bir şekilde düzenlenen önleme programları sadece HIV'in değil diğer kan yoluyla bulaşan hastalıkların da (örn.. hepatit B [HBV], hepatit C [HCV] ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar) bulaşmasını azaltmaktadır.

### *2. Toplum en kısa zamanda HIV/AIDS önleme programlarına başlamalıdır*

HIV/AIDS toplumda iyice tespit edildiğinde bile, önleme programları HIV/AIDS'in daha fazla yayılmasını belirgin bir şekilde sınırlamaktadır.

### *3. Etkili önleme programları kapsamlı bir alanda merkezlerin işbirliğini gerektirmektedir.*

Madde kullanıcılarının ve cinsel partnerlerinin çeşitliliğine baktığımızda, herkes için tek bir önleme stratejisinin işe yaramayacağını görürüz. Madde kullanıcıları, cinsel partnerleri ve ait oldukları topluluklarda HIV/AIDS ve diğer kan yoluyla bulaşan hastalıkların önlenmesinde en etkili yaklaşım, ihtiyaçların ve koşulların değişimine kolaylıkla uyum sağlayabilen kapsamlı bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım sosyal yardım, HIV testi ve rehberliği, madde kötüye kullanımı tedavisi, steril şırıngalara erişim, ve toplum sağlık ve sosyal hizmet sağlayıcıları yoluyla hizmetin sağlanması gibi hizmetleri içermelidir.

### *4. Önleme programları araçları ve hizmetleri planlama ve uygulama için toplumla çalışmalıdır.*

Yerel toplumu işin içine katıyor olmak, madde kullanıcılarına ve cinsel partnerlerine kendi doğal ortamlarında etkin bir şekilde ulaşabilen ve toplumun onayladığı kültüre uygun HIV/AIDS önleme stratejilerini geliştirme ve uygulama olasılığını artırmaktadır.

*5. Önleme programları yerel toplumun ihtiyaçlarını kusursuz, devamlı bir değerlendirme üzerine kurulmalıdır ve bu programların etkinliği ve şiddeti sürekli değerlendirilmelidir.*

Madde kötüye kullanımının doğası ve derecesi ile HIV/AIDS salgını geniş ölçüde değiştiği için önleme stratejileri yerel toplumun ihtiyaçlarına ve kaynaklarına göre uyarlanmalıdır. Yerel madde kullanımı ile HIV/AIDS riskli davranış kalıpları programın sonuçlarını değerlendirmek için zaman içerisinde programın ilerlemelerini geliştirmek üzere izlenmelidir.

*6. Önleme hizmetleri ne kadar geniş bir alanda ve zamanda kullanılırsa madde kullanıcısı popülasyonuna da o derece etkin bir şekilde ulaşırlar.*

Madde kullanıcıları toplum içine yayılmıştır ve değişken yaşam tarzlarına sahiptirler. Böylece, onlara ulaşmak HIV/AIDS önleme hizmetlerinin toplum sağlığı ve sosyal hizmetler, hastaneler ve klinikler, madde kötüye kullanımı tedavisi merkezleri gibi geniş bir çerçevede sağlanmasını gerektirmektedir. Bu hizmetleri değişik çevrelerde ve değişik zaman aralıklarında düzenlemek müdahalelerin şiddetini artırmakta ve hizmetlerin gereksiz yere sunulmasını azaltmaktadır.

*7. Önleme ve müdahale çabaları HIV pozitif madde kullanıcılarını ve cinsel partnerlerini hedef almalıdır.*

HIV enfeksiyonlu kişiler HIV'in AIDS'e ilerlemesini önleyici müdahaleleri ve hizmetleri sağlamak için yol gösterilmeye ihtiyaç duyabilirler. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki, HIV pozitif madde kullanıcıları enjeksiyon partnerlerini ve cinsel partnerlerini enfeksiyondan korumak için büyük davranış değişiklikleri gösterebilmektedir.

*8. Önleme çalışmaları sadece bireyleri değil aynı zamanda çiftleri, sosyal bağlantılarını (iş arkadaşları, akrabalar, arkadaşlar vb.), madde kullanıcıları ve cinsel partnerlerinin daha geniş topluluklarını hedef almalıdır.*

Riskli davranışlar tipik olarak sosyal gruplar bağlamında meydana gelir. Bu grupları hedef alan toplum temelli müdahaleler riskleri azaltmada ve enfeksiyonun yayılmasını önlemede oldukça etkili olabilir. Madde kullanıcılarının enjeksiyon gereçlerini paylaşmalarına imkan veren davranış normları aynı zamanda topluluk içinde de değiştirilmelidir. Bu gruplarda fikir liderlerine güvenmek bireylerin ve sosyal bağlantılarının madde kullanma davranışlarını etkileme konusunda etkili bir strateji olabilir.

*9. Toplum temelli sosyal hizmet HIV/AIDS önlemenin başlıca unsurudur ve madde kullanıcılarına kendi çevrelerinde yöneltilmelidir.*

Madde kötüye kullanımı genellikle gizli yapılan bir faaliyettir, bu da madde kullanıcıları ve cinsel partnerleri ile geleneksel sağlık ve sosyal hizmetler yolu ile bağlantı kurmayı zorlaştırmaktadır. Madde kullanımı alt kültürüne aşina olan yerli sosyal hizmet görevlileri ve kendi topluluklarındaki yerel çevre, davranış değişimi ile hizmet kuruluşlarına ve madde kötüye kullanımı tedavi merkezlerine yönlendirme konusunda etkin bir ajan olarak gösterilmektedir.

*10. Önleme müdahaleleri risk altındaki her kişiye özel hazırlanmalıdır.*

Etkili önleme madde kullanıcısının HIV/AIDS riskini azaltmak için gerçekleştirmesi gereken birçok davranış değişimini ele almayı gerektirmektedir. Bu, madde kullanıcılarına ve cinsel partnerlerine kendi riskli davranışlarını nasıl değerlendireceklerini göstermeyi içerebilir. Ayrıca bireylere değişim konusunda mevcut kaynaklar hakkında bilgilendirme yaparak, HIV testine ve danışmanlığa gönüllü olma konusunda cesaretlendirerek, kendilerini ve diğerlerini HIV ile diğer enfeksiyonları kapmadan korumak için belirli, gerçekleştirilebilir stratejileri nasıl geliştireceklerini öğretmek davranışlarını değiştirmelerini engelleyen etmenleri tanıma konusunda yardım etmeyi de içerebilir.

*11. Madde kullanıcıları ve cinsel partnerleri saygıyla ve kültürlerine, ırk/etnik, yaş, cinsiyet temelli karakteristiklerine göre ele alınmalıdır.*

Madde kullanıcısı popülasyonla çalışırken, sosyal hizmet görevlilerinin ve hizmet sağlayıcıların madde kullanıcılarına olan ilgilerinin gerçek olduğunu göstermeleri ve madde kullanıcılarının HIV ilişkili riskli davranışlarını değiştirebileceklerine olan inançlarını göstermeleri önemlidir. Sosyal hizmet görevlileri ve hizmet sağlayıcılar madde kullanıcıları ve cinsel partnerleri ile çalışırken sosyal ve kültürel anlamda uygun, tarafsız yaklaşımlarda bulunmalıdırlar.

*12. Çok yönlü HIV önleme programının bir parçası olarak, damar içi madde kullanıcıları önceki enjeksiyon gereçlerini kullanmayı azaltmak için steril enjeksiyon gereçlerine kolay erişime sahip olmalıdır.*

Madde enjekte eden bireyler bir başkasının ısıtıcı, pamuk ve temizleme suyu gibi enjeksiyon gereçlerini paylaştıklarında veya tekrar kullandıklarında yoğun HIV ve diğer enfeksiyon riski altındadır. Araştırmalar göstermektedir ki, çok yönlü HIV önleme yaklaşımının bir parçası olan steril şırıngalara ulaşım, şırınga paylaşımını ve HIV yayılmasını etkili bir şekilde azaltmaktadır.

*13. Çok yönlü bir programda, enjeksiyon riskine yönelik müdahaleler şırıngaya ek olarak diğer enjeksiyon gereçlerini de hedef olarak almalıdır.*

Isıtıcı, pamuk ve temizleme suyu gibi diğer enjeksiyon gereçlerinin paylaşımı, HIV ve diğer kan yoluyla bulaşan hastalıklar için potansiyel risk teşkil etmektedir. Madde solüsyonlarının (enjeksiyon için suyla karıştırılan maddeler) paylaşımı HIV bulaşma riski açısından önemlidir, fakat sıklıkla gözden kaçmaktadır. Çözüm odaklı müdahaleler madde kullanıcılarına bu ilişkili riskler konusunda yardımcı olabilir.

*14. Gerektiğinde, risk önleme bilgilendirmesi madde kullanıcılarının ve cinsel partnerlerinin davranış değişimlerinin sürdürülmesinde tek başına yardımcı olamayabilir.*

Doğru ve güncel riskli davranış bilgilendirmesine ek olarak, etkili HIV/AIDS önleme programları risk azaltıcı somut, açık stratejiler ve beceriler öğretmek ve risk azaltıcı aletler sağlayarak, olumlu davranış değişimini güçlendirerek bireylerin davranış kalıplarını değiştirmedeki motivasyonunu artırmasına odaklanmaktadır.

*15. Önleme çalışmaları HIV ve diğer enfeksiyonların bulaşma riskinin madde enjeksiyonu yoluyla olduğu kadar cinsel yolla da gerçekleştiğini hedef almalıdır.*

Madde ve alkol kullanımı utangaçlığı azaltmakta ve korunmasız cinsel ilişki davranışını artırmaktadır. Madde kullanıcıları, cinsel partnerleri ve madde veya para karşılığı seks yapanlar HIV, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve diğer enfeksiyonların bulaşması riski altındadır.

*16. HIV/AIDS risk azaltıcı müdahaleler zaman içerisinde güçlendirilmelidir.*

Araştırmalar kısa süreli müdahalelerin madde kullanıcıları ve cinsel partnerlerinde HIV ve diğer enfeksiyonlar konusundaki riskleri azalttığını gösterse de, kısa süreli müdahaleler tipik olarak yeterli değildir. Genellikle güçlendirilmiş ve tekrarlı müdahaleler gereklidir.

*17. Toplum temelli önlemenin maliyeti uygundur.*

Güçlendirilmiş, iyi tasarlanmış önleme programlarının maliyeti uygundur ve sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetlerin HIV/AIDS hastaları ile diğer enfekte hastaların tedavisi ve bakımı ile ilgili maliyetini oldukça azaltabilir.

### **Ergen ve yetişkin madde kullanıcılarına yönelik kültüre uyumlu HIV/AIDS koruyucu eğitim programı geliştirme projesi (MAKEP)**

MAKEP projesi T.C. Sağlık Bakanlığı HIV/AIDS Önleme ve Destek Projesi kapsamında sağlanan hibe finansmanı desteğiyle ve AIDS savaşım derneğinin katkılarıyla, Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği tarafından yürütülmektedir. Bu proje, cinsel hastalıkların yayılması ve diğer cinsel problemler açısından yüksek risk altında bulunan, madde kullanan ergen ve yetişkinlerin HIV/AIDS konusunda bilgilenebilmelerini hedeflemektedir.

Madde kullanıcılarıyla karşılaşanlar için bir eğitici kılavuzu hazırlanmıştır. HIV/AIDS, hepatit C, madde kullanımı, önleme yöntemleri hakkında bilgileri, eğitim saydamlarını, eğitim programlarının ve filmlerin kullanılma yönergelerini içeren bir kılavuzdur. Ergenlere ve yetişkinlere yönelik HIV/AIDS ve madde kullanımı hakkında bilgilendirici ve koruyucu iki ayrı saydam seti hazırlanmıştır.

Eğitim sırasında öğrenmeyi artıracak iki farklı oyun, Ergenler ve yetişkinler için HIV/AIDS ve madde kullanımı hakkında bilgilendirici iki farklı, kısa süreli film hazırlanmıştır. Konuyla ilgili bilgileri içeren iki adet broşür geliştirilmiştir. Broşürlerden birisi kısa, diğeri ise daha geniş bilgi içeren görece uzun bir broşürdür.

Madde kullanıcıları ve risk altında olanlar için uyarıcı 3 ayrı afiş hazırlanmıştır. Madde kullanıcıları veya risk altındakilerin ve bu alanda çalışanların bilgiler edinmesi için bir web sitesi oluşturulmuştur. Projede geliştirilen her türlü eğitim materyali de bu sitede bulunmaktadır.

Eğitimlerin hedef kitleye daha fazla odaklanmasını sağlamak amacıyla, madde kullananları kullanmayanlardan ayırt etmek için tarama testleri geliştirilmiştir. Testlerden birisi kısa, diğeri daha uzun süre alan bir soru formunu içermektedir. Eğitimlerin etkinliğini ölçmek amacıyla dört farklı form hazırlanmıştır

Proje hakkında daha fazla bilgi almak için [www.hayattakal.org](http://www.hayattakal.org) sitesine bakabilirsiniz.



## Kaynaklar

- Alpay N (1994). Alkol dışı madde bağımlılığında sosyodemografik özellikler. 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi, yayınlanmamış bildiri, Antalya
- Altıparmak E, Koçak M, Kundakçı N, ve ark. (1999). Lepralı hastalarda hepatit B ve Hepatit C yaygınlığı. *Gastroenteroloji Dergisi*; 10: 253-255.
- Anglin MD, (1992). *Drug abuse treatment*, s:4, Editör: R Watson, Humane Press,
- Avşar M, Tamar D, Avşar E (1999).İntravenöz ilaç bağımlılarında HCV prevalansı. *Turkish Journal of Gastroenterology*. XVI. Ulusal Gastroenteroloji Kongresi Bildiriler, Antalya
- Bakım B, Karamustafalıoğlu KO, Ögütçen Ö, Yumrukçal H (2006). HIV Enfeksiyonunda Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları. *Bağımlılık Dergisi*;7(2):91-97
- Beyazyürek M, Tuncer C, Ersül Ç (1988). Madde bağımlılığı ve AIDS. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. Ankara, s. 811-816
- Bransma R (1996). Hepatitis C: A forgotten virus. Jellinek Quarterly*
- Brink W (1996). Harm reduction or harm production. *Jellinek Quarterly*, s:9.
- Brink W (1995). The effects of Harm Reduction in Amsterdam, *European Addiction Research*, 1, 92-98.
- Bruy J (1998). Prescribing for drug users, 224. *Management of drug users in the community*, ed: R Robertson. Oxford University Press
- Demir Ç (1999).HIV, AIDS ve madde kullanımı. Uzmanlık Tezi. İstanbul
- Drug addiction and AIDS: Human rights and deviancy. UNESCO symposium record, 1994.
- Drugs Policy in Netherlands, (1907). *Continuity and change*. S:28,
- Durman R, Tecimer C, Durmaz B, ve ark. (1992). Malatya'da değişik risk gruplarında Anti-HCV pozitifliği. *İnfeksiyon Dergisi*; 6: 247-257.
- Ergil D (1993).Profile of drug addiction and resistance in Turkey, UN report, Ankara
- Galanter M, Klerber H. (1994). *Textbook of Substance Abuse Treatment*. American Psychiatric Press. Washington
- Gerstein D (1990).*Treating Drug Problems*, s: 107, National Academy Press.
- Gourevitch MN (1998). Patient assessment, 206-212, *Management of drug users in the community*, ed: R Robertson. Oxford University Press
- Gürkaynak M (1998). İntravenöz madde kullanıcılarında risk alma davranışları ve HIV riski ile ilgili bilgi ve tutum. Uzmanlık tezi, İstanbul
- Heather N, Robertson I, *Controlled drinking*, Londra, Methuen (1986).
- HIV Epidemiology in Corrections *Corrections Curriculum Development: Module 1*, Albany Medical College, Division of HIV Medicine
- Ingold FR (1994).Reducing the risks. *Drug addiction and AIDS: Human rights and deviancy*. UNESCO symposium record, . S: 199.
- Jelly S (1995). Harm Reduction. World Health Organization, Mental Health and Program of Substance Abuse Division.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994). Psychoactive substance use disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore,.
- Karamustafalıoğlu O, Ağargün YM, Bozkan N (1991). İntravenöz madde kullananlarda AIDS korkusu ve risk davranışı. *Düşünen Adam*. 4, 2: 40-42
- Krager D (1986). Study of deaths related to drug abuse in France and europe. *Narcotics Bulletin*, vol XXXVIII,
- Krausz M (1996). Development of risk reduction strategies among drug addicts in Germany. S: 223.

- Kravis NM, Weiss CJ, Perry SW (1989). Drug and Alcohol Addiction and AIDS, Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addicton, Norman S. Miller, 891-901.
- Kuru L (1997). Bir süreç olarak madde bağımlılığı, uzmanlık tezi, İstanbul
- Miller N (1991). Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction. Adolescent Addiction: diagnosis and assessment. Marcel Decker, New York
- Mırsal H, Kalyoncu ÖA, Pektaş Ö, Tan D, Beyazyürek M (2003). Damar yolundan eroin kullananlarda hepatit B, hepatit C ve HIV yaygınlığı. Bağımlılık Dergisi;4(1):10-14.
- Normand J, Vlahov D, Moses LE, eds. (1995). Preventing HIV transmission: the role of sterile needles and bleach. Washington (DC): National Academy Press,
- Ögel K, Tamar D, Çakmak D, Bekaroğlu M, Besim T, Çakıcı M, Çoşkunol H, Evlice YE, Hızlan C, Kara H, Özkürkçügil A, Sır A, Uluğ B, Ünal S (1999). Madde Kullanıcılarının Özellikleri: Türkiye'de çok merkezli bir çalışma (ikinci aşama). Kültegin Ögel, 3P Dergisi,ek sayı:3.
- Ögel K, Tamar D, Çakmak D, Bekaroğlu M, Besim T, Çakıcı M, Çoşkunol H, Evlice YE, Hızlan C, Kara H, Özkürkçügil A, Sır A, Uluğ B, Ünal S (1999). Madde kullanıcılarının özelliklerinin genel değerlendirmesi. Madde kullanıcılarının özellikleri: Türkiye'de çok merkezli bir araştırma (birinci aşama)'dan ed: Ögel K. 3P dergisi.
- Ögel K, Yücel H, Aksoy A (2004). İstanbul'da sokakta yaşayan çocukların özellikleri. Yeniden Bilimsel Araştırma Raporları. Yayın no:7. İstanbul
- Ögel K (2000). Türkiye'de madde bağımlılığı, IQ yayınları
- Parrino MW (1993). State methadone treatment guidelines. U.S. Department of Health Services.
- Robertson JR, Bucknall ABV, Welsby PD, et al. (1986). An epidemic study of AIDS-related virus (HTLV-III/LAV) infection amongst intravenous drug abusers in a Scottish general practice. BMJ; 292: 527-530.
- Schoemaker B, (1995). Treatment with heroin, Addictum, 3.
- Schoenbaum N (1997). Needle exchange use among a cohort of drug users. AIDS 10, 1729-34.
- Schuh KJ, Walsh SL (1994). Effects of buprenorphine in morphine deperndent subjects. Problems of Drug abuse. NIDA, Research Monograph Series.
- Stein MD (1997). Medical disorders in addicted patients. In: The Principles and Practice of Addictions in Psychiatry. Philadelphia, W.B Saunders Company: 144-154.
- Tamar D, Ögel K, Çakmak D (1999). Uyuşturucu madde kullanımının aile üstüne etkisi. Başbakanlık aile araştırma kurumu, bilim serisi
- Terbaş Ö (1997). Opioid bağımlılığında 2,5 yıllık bir izleme çalışması: Remisyonu etkileyen faktörler, Uzmanlık tezi, İstanbul
- Villano S A, Vlahov D, Nelson KE, et al. (1997). Incidence and risk factors for hepatitis C among injection drug users in Baltimore, Maryland. J Clin Microbiol; 35:3274-3277.
- WHO (World Health Organization) (1993). Approaches to treatment of substance abuse, Programme on Substance Abuse, s:131-147.
- Wodak A, (1998).Medical complications of drug taking, 138-145. Management of drug users in the community, ed: R Robertson. Oxford University Press,
- Yeşilbursa D, Türkcan S, Çam F, Saatçioğlu Ö, Uygur N (1996). HIV risk factors among drug users in a group of Turkish inmates, X. World Congress of Psychiatry, Poster, Madrid, Spain ,:23-28.