



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KADIN KUAFÖRÜ ÇALIŞANLARININ KAN
YOLUYLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR
KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM,
DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ
DR. SEMRA SÜMER

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ

AYDIN-2015

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KADIN KUAFÖRÜ ÇALIŞANLARININ KAN
YOLUYLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR
KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM,
DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ
DR. SEMRA SÜMER

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ

AYDIN-2015

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Birimi tarafından TPF-15004 numaralı proje olarak desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

TABLO DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
EKLER DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kan Yoluyla Bulaşan Enfeksiyonlar	5
2.2. Hepatit B Virüsü.....	6
2.2.1. Epidemiyoloji.....	6
2.2.2. Bulaşma Yolları.....	6
2.2.3. Tanı.....	8
2.2.4. Hepatit B’ de Klinik Bulgular.....	9
2.2.4.1. Akut HBV Enfeksiyonunda Klinik Bulgular.....	10
2.2.4.2. Kronik HBV Enfeksiyonunda Klinik Bulgular.....	11
2.2.5. Tedavi.....	11
2.2.5.1. Akut HBV Enfeksiyonunda Tedavi.....	11
2.2.5.2. Kronik HBV Enfeksiyonunda Tedavi.....	12
2.2.6. HBV Enfeksiyonunda Korunma.....	12
2.2.6.1. Davranış Değişiklikleri.....	13
2.2.6.2. Pasif İmmunoprofilaksi.....	13
2.2.6.3. Aktif İmmunoprofilaksi.....	13
2.2.6.4. Temas Öncesi Profilaksi.....	13
2.2.6.5. Temas Sonrası Profilaksi.....	14
2.3. Hepatit C Virüsü.....	14
2.3.1. Bulaşma Yolları.....	15

2.3.2. Tanı.....	15
2.3.3. Hepatit C’ de Klinik Bulgular.....	16
2.3.3.1. Akut HCV Enfeksiyonunda Klinik Bulgular.....	16
2.3.3.2. Kronik HCV Enfeksiyonunda Klinik Bulgular.....	16
2.3.4. HCV Enfeksiyonunda Tedavi.....	17
2.3.4.1. Akut HCV Enfeksiyonunda Tedavi.....	17
2.3.4.2. Kronik HCV Enfeksiyonunda Tedavi.....	17
2.3.5. HCV Enfeksiyonunda Korunma.....	18
2.4. Human İmmunDeficiencyVirus.....	18
2.4.1. Epidemiyoloji	18
2.4.2. Bulaşma Yolları.....	19
2.4.3. Klinik Seyir.....	20
2.4.3.1. Primer HIV enfeksiyonu.....	21
2.4.3.2. Serokonversiyon ve klinik latent periyod.....	21
2.4.3.3. Erken semptomatik HIV enfeksiyonu.....	22
2.4.3.4. AIDS dönemi.....	22
2.4.3.5. İleri HIV enfeksiyonu.....	22
2.4.4. HIV Tanısı	22
2.4.5. HIV Enfeksiyonunda Tedavi.....	23
2.4.6. AntimikrobiyalProflaksi.....	24
2.5. Kuaförlük Hizmetlerinde Kan Yoluyla Bulaşan Enfeksiyonlar Açısından Risk Durumu	24
2.6. İş Sağlığı ve Güvenliği.....	27
3. GEREÇ-YÖNTEM.....	29
4. BULGULAR.....	31
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	31

4.2. Katılımcıların Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıkların Geçişini Önleme ile İlgili Uygulama ve Tutumları	33
4.3. Katılımcıların Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıklar ve Bunların Geçişini Önleme ile İlgili Bilgi Durumları	40
4.4. Katılımcıların Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıklar Hakkında Davranış Durumları.....	45
5. TARTIŞMA.....	49
6. SONUÇ-ÖNERİLER.....	58
7. ÖZET/İNGİLİZCE ÖZET.....	60
8. KAYNAKLAR.....	64
9. EKLER.....	74

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo IV.I. Katılımcıların demografik özellikleri.....	33
Tablo IV.II. Katılımcıların kan yoluyla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi kaynakları.....	34
Tablo IV.III. Mesleki riskler konusunda eğitim alma ve ilişkili kazanımlar.....	34
Tablo IV.IV. Mesleki riskler konusunda eğitim almış olma ile meslek ilişkisi.....	34
Tablo IV.V. Mesleğini riskli görme ile cinsiyet ilişkisi.....	35
Tablo IV.VI. Mesleki riskler konusunda eğitim alma ile mesleğini riskli görme ilişkisi.....	35
Tablo IV.VII. Kan yoluyla bulaşan hastalıklarla ilgili daha fazla bilgi isteme ile eğitimin ilişkisi.....	36
Tablo IV.VIII. İş yeri risk kategorisini bilme durumu.....	36
Tablo IV.IX. İşyeri risk kategorisini bilme ile yaş ilişkisi.....	36
Tablo IV.X. Hepatit B aşısı yaptıırma ile gelir düzeyi ilişkisi.....	37
Tablo IV.XI. Katılımcıların işlemler sırasında eldiven kullanma durumları.....	38
Tablo IV.XII. Dekontaminasyon yapılması gerektiğini bilme ve meslek ilişkisi.....	38
Tablo IV.XIII. Dekontaminasyon işleminde kullanılan solüsyonlar.....	38
Tablo IV.XIV. Kesici-delici alet ile yaralanma ve meslek ilişkisi.....	39
Tablo IV.XV. Kesici-delici alet ile yaralanma ve yaş ilişkisi.....	39
Tablo IV.XVI. Kesici-delici alet ile yaralanma ve eğitim durumu ilişkisi.....	39
Tablo IV.XVII. Kesici-delici alet ile yaralanma ve cinsiyet ilişkisi.....	40
Tablo IV.XVIII. Bilgi sorularına verilen doğru yanıtlar.....	41
Tablo IV.XIX. Sosyodemografik özelliklere göre bilgi puanı ortalamaları.....	42
Tablo IV.XX. Hepatit-B aşısı yaptıırma ve bilgi puanı ilişkisi.....	43
Tablo IV.XXI. İşyeri riskini doğru bilme ve bilgi puanı ilişkisi.....	43
Tablo IV.XXII. Kan yoluyla bulaşan hastalıklarla ilgili daha fazla bilgi isteme ile bilgi puanı ilişkisi.....	43
Tablo IV.XXIII. Kesici-delici alet ile yaralanma ve bilgi puanı ilişkisi.....	44

Tablo IV.XXIV. Mesleğini riskli bulma ve bilgi puanı ilişkisi.....	44
Tablo IV.XXV. Mesleki riskler konusunda eğitim alma ve bilgi puanı ilişkisi.....	44
Tablo IV.XXVI. Bilgi alma kaynakları ile bilgi puanı ilişkisi.....	44
Tablo IV.XXVII. Davranış sorularına verilen doğru yanıtlar.....	45
Tablo IV.XXVIII. Sterilizasyonda kullanılan yöntemler.....	46
Tablo IV.XXIX. Sosyodemografik özelliklere göre davranış puanı ortalamaları.....	47
Tablo IV.XXX. Hepatit-B aşısı yaptıрма ve davranış puanı ilişkisi.....	47
Tablo IV.XXXI. Bilgi alma kaynakları ile davranış puanı ilişkisi.....	48

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ :Dünya Sağlık Örgütü

HIV: İnsan immün yetmezlik virusu

HBV: Hepatit B virusu HCV: Hepatit C virusu

HDV: Hepatit D virüsü

AIDS:Acquired Immune Deficiency Syndrome; Edinsel Bağışıklık Eksikliği Sendromu

HbsAg: Hepatit B virüsü yüzey antijeni

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

HbeAg: Hepatit B virüsü early antijen

HCC: Hepatosellüler karsinom

ALT: Alanin aminotransferaz

IFN: Interferonlar

HBIG: Hepatit B immünglobulini

ELİSA: Enzyme-Linked İmmunosorbent Assay

PEG-IFN: Polietilen glikol molekülü ile kombine edilmiş interferon

UNAIDS: The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS; HIV-AIDS Birleşmiş Milletler Ortak Programı

PGL: Persistan jeneralize lenfadenopati

ITP: İdiyopatik trombositopenik purpura

PID: Pelvik inflamatuvar hastalık

CMV: Sitomegalovirüs

PCP: Pneumocystis jiroveci pnömonisi

PML: Progresif multifokal ensefalopati

WB: Western blot

PZR: Polimeraz zincir reaksiyonu

DHHS: Department of Health and Human Services-Sağlık ve İnsan Hizmetleri Birimi

UV: Ultraviyole

CDC: Centers for Disease Control and Prevention; Hastalık Kontrol ve Önleme MerkeziILO:

Uluslararası Çalışma Örgütü

EKLER DİZİNİ

Ek-1: Özgeçmiş.....	74
Ek-2: Veri Toplama Formu.....	75
Ek-3: ADÜ Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni.....	78
Ek-4: Aydın Esnaf ve Sanatkârlar Odası İzni.....	79

1. GİRİŞ

Yaşadığımız yüzyılda sağlıklı yaşam için verilen mücadele aynı anda iki koldan yürütölmek durumundadır. Bunlar, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ile enfeksiyon hastalıklarıdır (1). Gelişmiş ölkelerde bazı ağır enfeksiyonlar araştırma ve korunma yöntemleriyle azalıp kaybolurken yerlerini yeni enfeksiyonlara terk etmektedirler. Gelişmekte olan ölkelerin çoğunda olduğı gibi ölkö içi ve Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre enfeksiyon hastalıkları konusunda yansıyan istatistik veriler gerçek olguların altındadırlar (2).

Enfeksiyon hastalıklarının özellikle kan yoluyla bulaşanlar grubu, tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kan yoluyla bulaşması olası viral hastalıkların en önemlileri; insan immün yetmezlik virusu (HIV), hepatit B virusu (HBV), hepatit C virusu (HCV) ve hepatit D virüsüdür (HDV). Bu virusler kan, semen, vajina sekresyonları başta olmak üzere tüm vücut sıvılarında bulunmaktadır. Bu virüsler dünya çapında yüz milyonlarca kişiyi enfekte etmektedir (1,3).

Dünya çapında iki milyar kişi HBV ile enfektedir. Yaklaşık 400 milyon kişi kronik HBV hastasıdır. Her yıl 500 bin ile bir milyon kişi HBV'ye bağı kronik hepatit, siroz ve hepatosellöler karsinoma nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Dünyada ölüm nedenleri arasında 10.sıradadır. Bu kişilerin çoğı enfeksiyonlu olduğunu bilmemekte ve en önemli bulaş kaynağını oluşturmaktadırlar. Her dört kronik enfeksiyonlu Hepatit B veya Hepatit C hastasından biri yaşamları boyunca karaciğer sirozu ve/veya karaciğer kanseri hastası olma riski altındadır (4).

Türkiye'de üç milyon kişi Hepatit B ve yaklaşık 750 bin kişi Hepatit C hastasıdır. Karaciğer nakli yapılan her üç hastanın ikisinde sebep Hepatit B veya Hepatit C'dir (5). Dünyada yaklaşık 210 milyon kişi HCV ile enfektedir. Kronik HCV; Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa'da kronik karaciğer hastalığı nedenlerinin en başında gelmektedir (4). Türkiye'de prevalansı %1 -1,9 arasındadır. Son 10 yılda HCV'nin kronik hepatite katkısı %23'ten %38,1'e çıkmıştır (5). HBV aşılamaalarının etkin yapılması ile bu sonuçlara ulaşıldığı düşünölmektedir. Hepatit C için aşı geliştirilmesi çalışmaları henüz başarısızdır (6).

Dünyada HIV ile enfekte kişi sayısı yaklaşık 46 milyon civarında olup; 27,6 milyon kişi bu hastalıktan ölmüştür ve bunların dörtbuçuk milyonu çocuktur. İlk olguların görüldüğü yerler olan Kuzey Amerika ve Avrupa ülkelerinde 1994'den beri görülen yeni olgu sayıları bir önceki yıldan fazla değilken; Afrika, Hindistan, Tayland gibi Asya ülkelerinde olgu sayıları katlanarak artmaktadır. Bu farkın nedeninin eğitimden kaynaklandığı düşünülmektedir, çünkü gelişmiş ülkeler etkin eğitim programları ile HIV/AIDS(Acquired Immune Deficiency Syndrome; Edinsel Bağışıklık Eksikliği Sendromu)'nu ve korunma yollarını öğretebilmeyi başarmış gözükmektedir (7).

AIDS Türkiye'de ilk defa 1985 yılında saptanmış, olgu sayısı iki iken giderek artmış ve 1986-1990 yılları arasında 138, 1991-1995 yılları arasında 353 vaka ve 1996-2000 yılları arasında 574 olgu bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre (Aralık 2003) ülkemizde 504'ü AIDS basamağında, 1208'i HIV pozitif olmak üzere toplam 1712 HIV/AIDS olgusu mevcuttur. 2013 verilerine göre 5706 HIV pozitif ve 1096 AIDS vakası mevcuttur (8).

Gelişmiş ülkelerde kronik hepatit B veya C hastalarının sadece %5'inde risk faktörü belirsiz iken, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu olguların %40-50'sinde belirsizdir. Güvenli olmayan terapötik enjeksiyonlar, kan nakli, anneden çocuğa geçiş, güvensiz cinsel ilişki ve uygunsuz sterilize edilmiş aletlerle yapılan güzellik uygulamalarına (dövme yaptıрма, kulak delme, manikür, pedikür ve berberde tıraş olma) bağlı olarak yayılımları sürmektedir (9). Türkiye gibi intravenöz ilaç bağımlılığının ve transfüzyona bağlı olan hepatit olgularının az rastlandığı ülkelerde bu bulaş yolları önemlidir (5).

Kan yoluyla bulaşan hastalıkların toplumun sağlığını tehdit etmesi yanında bazı meslek gruplarının bu virüslerle karşılaşma riski daha yüksektir. Başta sağlık çalışanları, para karşılığı cinsel ilişki kuranlar, kuaför ve güzellik salonu çalışanları kan yoluyla bulaşan hastalıklar açısından diğer meslek gruplarına göre daha fazla risk altındadır (10).

Manikür, pedikür ve epilasyon uygulamalarının sonucunda aletlerin hiçbir enfeksiyon önleme işleminden geçirilmeden birden fazla kişi üzerinde kullanılması, işlemlerin yanlış veya yetersiz uygulanması, bunların yanı sıra işlem sırasında enfekte

aletin kullanıcıyı yaralaması HIV ve hepatit grubu virüslerin insandan insana bulaşmasına neden olmaktadır (10,11).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda manikür pedikür çalışanlarının kullandıkları aletlerle yaralanma oranının yaklaşık %60 olduğu, her 10 çalışandan üçünün son bir ayda yaralandığı belirlenmiştir (11). Brezilya’da manikür pedikür çalışanlarının %10’unda hepatit B veya C serolojisinin pozitif olduğu belirlenmiştir (9). Türkiye’de risk gruplarında Hepatit B virüsü seroprevalansı incelendiğinde berber ve kuaförlerin Hepatit B virüsü yüzey antijeni HBsAg (+) %10,0–14,3 arasında değişirken Anti-HBs (+) %46,4 olarak saptanmıştır (12). Çalışmalarda kuaför çalışanlarının eldiven giymedikleri, uygun dekontaminasyon, sterilizasyon yöntemlerini kullanmadıkları, kendilerini ve müşterilerini koruyucu uygulamaları bilmedikleri, HIV/AIDS’in bulaşma yolları ve korunmaya ilişkin bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür (13,1). Bu nedenle kuaförlerin hem kendileri hem de müşterileri risk altındadır.

Hastalıktan korunmada bulaş yollarının engellenmesi özellikle erişkinler için önemlidir. Manikür ve pedikür çalışanlarının kan yoluyla bulaşan hastalıkları önleme bilgi ve davranışlarının tanımlandığı araştırma sayısı oldukça azdır. Bu bulaş yolunun yarattığı risk çoğunlukla göz ardı edilmektedir (14). Toplumda hastalığın bulaşma yollarının bilinmesi kişilerin önlem almasını kolaylaştıracaktır. Ayrıca riskli olmayan davranışların da bilinmesi gerekmektedir. Böylece toplumda hastalığa karşı panik oluşması ve daha önemlisi bu hastalıklarla enfekte kişilerin toplumdan dışlanması önlenmiş olacaktır.

Toplumlara verilecek sağlık eğitimi ve bunun başarısı, toplumların bilgi ve davranışlarını ortaya çıkarabilecek epidemiyolojik araştırmalar ile sağlanır. HBV, HCV, HIV’nin görülüş sıklığının, dağılımının ve nedenlerinin incelenmesi, bulaşma yolları ve alınabilecek önlemler konusunda toplumumuzun bilinçlendirilmesi daha sağlıklı bir nesil için çok önemlidir.

Bu çalışma ile:

1.Aydın’da kadın kuaförü çalışanlarının kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar ile ilgili bilgi, tutum, davranış ve bunları etkileyen faktörleri değerlendirmek

2. Bilginin tutum ve davranışa dönüşüp dönüşmediğinin irdelenmesi ve bunun nedenlerini belirlemek

3.Aydın'da bulunan kadın kuaförü çalışanlarının mesleki uygulamalardaki yanlışlıklarını belirlemek

4.Aydın'da bulunan kadın kuaförü çalışanlarının kan yoluyla bulaşan hastalıklar ve ilişkili risk faktörleri konusuna dikkatini çekmek

Buradan hareketle çalışmamız aşağıdaki sorulara yanıt aramaktadır.

Araştırma soruları:

1. Aydın'da bulunan kadın kuaförü çalışanlarının sosyodemografik özelliklerinin kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi ve tutumlarıyla ilişkisi var mıdır?

2. Kadın kuaförü çalışanlarının kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgileri yeterli midir?

3. Kadın kuaförü çalışanları kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusunda uygun tutum ve davranışlar göstermekte midir?

4. Kadın kuaförü çalışanlarının cinsiyeti ve eğitim durumları kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi, tutum ve davranışları üzerinde etkili midir?

5. Aydın'da bulunan kadın kuaförü çalışanlarının hatalı meslek içi uygulamaları var mıdır?

Bu sorulardan yola çıkarak amacımız: HBV, HCV, HIV ile karşılaşma riski yüksek olan kadın kuaförü çalışanlarının kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerini, tutumlarını ve mesleğe ilişkin davranışlarını saptamak, değerlendirmek bu konuda yapılabilecekler için katkıda bulunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kan Yoluyla Bulaşan Enfeksiyonlar

Günümüzde kan parenteral bir solüsyon olarak kullanılmaktan çıkmış olup her bileşeni ile kullanılabilen komplike bir ilaç haline gelmiştir. Bununla beraber kan, enfeksiyonların geçişine neden olmasıyla da ayrı bir önem göstermektedir. Enfeksiyon hastalıklarının kan yoluyla bulaşanlar grubu, tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur (1).

Kan yoluyla bulaşan mikroorganizmalar içinde en fazla sorun oluşturan virüslerdir. Bu enfeksiyonlarda en önemli sorun serolojik göstergelerin negatif olduğu pencere döneminde bulaşıcı olmasıdır. Bu virüslerden en önemlileri hepatit B, hepatit C ve insan immun yetmezlik virüsü (HIV 1/2) dir (15). Bunları bazı coğrafik bölgelerde önem taşıyan insan T lenfotropik virüsleri (HTLV1/2), hepatitD (HDV), hepatitG (HGV), Transfusiontransmittedvirüs (TTV), Parvovirus B19, Sitomegalovirus (CMV), Ebstein Barr virüs (EBV), İnsan Herpes virüs (HHV), MSRV (multiple sclerosis-associated retrovirus), SEN-V, West Nile Virus ve Enterovirus izler (16).

HBV'nin tarihçesinde 1965 yılı önemlidir. Blumberg ve arkadaşları, günümüzde HBsAg olarak adlandırılan hepatit B yüzey antijenine “Avustralya antijeni” adını vermişlerdir. Dane ve arkadaşları ise 1970 yılında tüm virionun elektron mikroskobu görüntülerini saptamıştır (16,17).

Hepatit C virüsü ise ilk olarak 1974 yılında hepatit B ve hepatit A virüsü için serolojik testlerin kullanılması ile saptanmıştır. Önceden non-A ve non-B hepatit etkenleri arasında yer alan virüsün 1989 yılında genomu klonlanarak tanımlanmıştır (17).

İlk kez 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde, homoseksüel erkeklerde ve Haiti'den gelen göçmenlerde, nadir görülen Pneumocystis jiroveci pnömonisi ve Kaposi sarkomu vakalarının tespit edilmesiyle AIDS tanımlandı (18).

2.2. Hepatit B Virüsü

Hepatit B enfeksiyonu küresel bir sağlık sorunudur ve güvenilir aşılardan 1982 yılından beri kullanımda olmasına rağmen, halen tüm dünya için önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Hastalığın akut formu önemli morbidite ve iş gücü kaybına neden olurken enfeksiyonun persistansı ise kronik taşıyıcılık, kronik hepatit, siroz ve hepatosellüler karsinomaya neden olmaktadır (20).

Hepadnaviridae ailesinin Orthohepadna virüs genusunda yer alan HBV; 42 nm çapında, kısmen çift sarmallı DNA virüsüdür. Hepatotropiktir, zarflıdır ve replikasyonu sırasında revers transkripsiyon basamağına gereksinim duyar. Hepatit B virüsünün coğrafi dağılımı gösteren 8 genotipi (A-H) bulunur. ABD’de en sık A, Orta Doğu’da ve ülkemizde ise en sık D genotipi bulunmaktadır (21).

2.2.1. Epidemiyoloji

HBV, dünya genelinde 400 milyon kişide kronik enfeksiyona, yılda 500000–1200000 ölüme neden olan bir virüsdür. Afrika, Asya ve Pasifik kıyılarında HBV’ne bağlı hastalıklar en önemli üç ölüm nedeninden biridir. Dünyada HBV ile karşılaşmış insan sayısı ise iki milyardır. Bu enfeksiyon açısından kırsal kesimde oturanların daha fazla risk altında olduğu gözlenmektedir. HBsAg pozitifliği, dünya genelinde %0,1 - 20 arasındadır. Ülkemizde yapılan taramalarda HBsAg pozitifliği %1,7 - 21 arasındadır (19).

2.2.2. Bulaşma Yolları

Tek önemli rezervuarı insan olan HBV’nin yayılmasında taşıyıcılık kavramı oldukça önemlidir. Taşıyıcılar dışında kronik hastalar ve akut enfeksiyonu geçirmekte olan bireylerin kan ve vücut sıvıları bulaşmada önemli rol oynar (21).

Perkutan (parenteral) bulaşma: HBV’nin bulaşmasında en önemli kaynak, enfekte bireylerin kanı ve vücut sıvılarıdır. Enfekte kan ve kan ürünleri nakli, damar içi uyuşturucu kullananlarda ortak enjektör kullanımı ve diğer ortak kullanılan kesici-delici aletler aracılığı ile bulaşma en önemli bulaşma yoludur (20). Dövme yaptıрма, akupunktur, kulak deldirme, sünnet gibi işlemler ve günlük eşyaların (havlu, jilet, traş makinası, diş

fırçası ve banyo malzemeleri vb.) ortaklaşa kullanımı perkutan bulaşmaya neden olmaktadır (22).

Vertikal (perinatal) bulaşma: Nadiren gebelik sırasında ya da doğum sırasında ve doğum sonrası bulaşma olabilir. Hepatit B virüsü early antijen (HBeAg) pozitif anneden doğan çocukların %70-90'ı enfekte olur. Bunlarda enfeksiyon %90 kronikleşir. HBeAg negatif anneden doğanların ise %10-40'ı enfekte olur. Bunların da %40-70'inde enfeksiyon kronikleşir (19).

Cinsel yolla bulaşma: Taşıyıcılarda cinsel salgılarda HBV bulunmakta ve cinsel eşlerine mukozal giriş kapılarından girerek enfeksiyona yol açmaktadır. Travmatik ilişkilerde ve başka bir cinsel hastalığın bulunması durumunda bulaşma riski artmaktadır. En çok risk taşıyanlar homoseksüellerdir (20).

Horizontal bulaşma: Enfekte kişilerle cinsellik içermeyen yakın temas sonucu bulaşmadır. Çeşitli vücut sıvılarında HBsAg bulunmuştur. Plevra ve periton sıvılarında serumdaki kadar viryon bulunur. Tükürük ve semendeki virüs yükü serumdakinden azdır ancak tükürük ve semende sürekli enfeksiyöz viryonlar bulunur. Endemik bölgelerde virüsün cilt çatlakları ve mukoz membranlardan geçişi çocuklarda enfeksiyona neden olabilir (23). Kalabalık topluluk halinde, kötü hijyen ve düşük sosyoekonomik durum, mental özürlüler bu yolla bulaşmada risk grubunda yer almaktadır. Zekâ özürlü çocuk bakım evleri, dershaneler, anaokulu ve çocuk yuvaları, yatılı okul, kışla, hapishane, yurt gibi yerlerde bulaştırıcılığın daha fazla olduğu gösterilmiştir (20). Ayrıca aynı evde yaşayanlar arasında geçiş söz konusudur. Kişisel eşyaların ortak kullanımı, bulaşmış yüzeylerden enfeksiyon alınması gibi yolların da bulaşmada etkili olabileceğine dair yayınlar vardır. Gelişmiş ülkelerde bu tip bulaş çok az olup, geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde önemini korumaktadır (24).

Yapılan bir çalışmada HBeAg pozitif olgularda idrarda HBV DNA pozitifliği % 91 oranında gösterilmiş ve bu bulaşma yoluna dikkat çekilmiştir. Dudaktan dudağa öpüşmede tükürük salgısı aracılığıyla bulaşmanın olabileceği düşünülmektedir (20).

Ülkemizde hijyene yeterince önem verilmediğinden horizontal bulaşmanın ilk sırada yer aldığı düşünülmektedir. Bunun nedeni havlu, diş fırçası, jilet, makas, manikür-

pedikür setleri gibi malzemelerin iyi dezenfekte edilmeden aile içinde, berberde, kuaförde ortak kullanılması, yaygın öpüşme alışkanlıklarıdır (24).

2.2.3. Tanı

HBV enfeksiyonu ile karşılaşıldığında organizmada virüse ait çeşitli antijenlere (HBsAg, HBcAg ve HBeAg) karşı antikorlar oluşmaktadır. HBV enfeksiyonunun özgül tanısını yapmak amacıyla hasta serumunda bu antijenlerin ve antikorların varlığı araştırılmaktadır (25). HBV ile teması takiben, transaminaz düzeyinde artış olmadan ve sarılık belirtileri başlamadan, HBsAg'nin serumda saptamak mümkündür. HBsAg 'nin serumda ortaya çıkışından 3–5 hafta sonra belirtiler ortaya çıkar. Akut dönemde tepe düzeye ulaşır ve 4–6 ay içinde azalarak saptanamayacak düzeye iner. Akut enfeksiyondan sonra 6 ay pozitif kalması kronik enfeksiyon geliştiğini gösterir (20).

Anti-HBs, HBV alındıktan 4–12 hafta sonra, HBsAg' nin kandan temizlenmesinin ardından pozitifleşir. Anti-HBc antikorları ile birlikte genellikle hayat boyunca saptanabilir düzeyde kalır. HBV aşılamaından sonrada Anti-HBs antikorları gelişir, bu durumda Anti-HBc antikorları negatiftir ve bağışıklığın izlemi için Anti-HBs titrelerine bakılır. Kronik HBV enfeksiyonunda ise genellikle Anti-HBs antikorları saptanmaz ama % 10 - 20'sinde düşük titrede saptanabilir (26).

Akut olgular iyileşme ile sonlanır ve HBsAg'nin kaybolup, henüz Anti-HBs'nin belirmediği pencere döneminde enfeksiyonun tek göstergesi Anti-HBc IgM antikorlarıdır. Anti-HBc IgM; HBsAg'den 3–5 hafta sonra pozitifleşir. HBsAg pozitif kaldığı sürece AntiHBc IgM titresi artar ve HBsAg negatifleştikten sonra Anti-HBc IgM düşmeye başlar. Akut enfeksiyondan 6 ay sonra Anti-HBc IgG pozitifleşir. Anti-HBc IgM pozitifliği 6 ay içinde geçirilmiş enfeksiyonu, Anti-HBc IgG pozitifliği geçirilmiş enfeksiyonu veya kronik enfeksiyonu gösterir (22). Akut olgularda HBeAg, HBsAg'ni izleyerek pozitifleşir. Genellikle akut hastalık sırasında virüsün fazla miktarda olduğunu, aktif viral replikasyonu gösterir. HBeAg pozitif hastaların bulaştırıcılığı fazladır. HBeAg, HBsAg negatifken saptanamaz. Kronikleşen HBV enfeksiyonunda HBeAg pozitifliği 8–10 haftadan uzun süre saptanır. Pozitif olması kronik enfeksiyonda ağır karaciğer hastalığı gelişme riskini arttırır (25). Kronik HBV enfeksiyonunda saptanması ise enfektivitenin ve viral replikasyonun azaldığını gösterir. Kronik HBV enfeksiyonunda tedavi ile HBeAg'nin kaybolması, Anti-

HBe antikorlarının oluşması hedeflenmektedir, bu nedenle Anti-HBe tedavi takibinde önemlidir (23).

2.2.4. Hepatit B' de Klinik Bulgular

HBV enfeksiyonu, subklinik veya asemptomatik enfeksiyon, akut kendini sınırlayan hepatit ya da karaciğer transplantasyonu gerektiren fulminan karaciğer yetmezliği şeklinde görülebilir. HBV ile enfekte kişilerde siroz ya da hepatosellüler karsinomaya neden olan kronik HBV enfeksiyonu gelişebilir. Bu konağın yaşına bağlıdır. Hemodiyaliz hastaları ve HIV enfeksiyonlu kişiler gibi immunsupressif kişilerde yüksek derecede kronik enfeksiyon gelişme riski altındadırlar (25,26). Çocukluk çağında kronik HBV enfeksiyonu geçirmiş yetişkinlerde her 10 yıllık periyotta hepatosellüler karsinom (HCC) gelişme riski %5 oranındadır (27).

HBV enfeksiyonunun dünyadaki dağılımı coğrafi bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle dünya; düşük, orta ve yüksek endemisite bölgelerine ayrılmıştır (15). HBV endemisitesinin düşük olduğu bölgelerde HBV taşıyıcılık prevalansı %2'den azdır. Cinsel temas en önemli bulaş olarak gözükmektedir. Etken ile çoğunlukla erişkin dönemde karşılaşılır. Ancak perinatal ya da erken çocukluk dönemlerindeki bulaşma HBV taşıyıcılığa neden olmaktadır. Kuzey ve Batı Avrupa, Avustralya, Yeni Zelanda gibi gelişmiş ülkelerde görülmektedir (26). Orta endemisite profili Türkiye'nin de içinde bulunduğu Güney ve Doğu Avrupa, Güney ve Orta Amerika, Orta Asya ile Ortadoğu'da izlenmektedir. HBsAg pozitifliği %2-10 arasında değişmektedir ve erişkinlerin %20-60'ında anti-HBs pozitifliği bulunmaktadır. Enfeksiyon çoğunlukla çocukluk, ergenlik veya genç erişkinlik dönemlerinde bulaşmaktadır. Başlıca bulaşma yolu horizontal bulaştır (15). Afrika ve Asya gibi yüksek endemisite gösteren bölgelerde toplumun %10'dan fazlası HBV ile kronik olarak enfektir ve erişkinlerin %70'den fazlası daha önce enfeksiyon geçirmiş olarak gözükmektedir. Yüksek endemisite bölgelerinde perinatal veya horizontal bulaşma ana bulaşma yoludur (26).

2.2.4.1. Akut HBV Enfeksiyonunda Klinik Bulgular

Akut hepatit B enfeksiyonunun inkübasyon dönemi 60-180 gündür. Hepatitin ortaya çıkması serumda HbsAg'nin saptanmasından ortalama 4 hafta sonradır (28). HBV'nun neden olduğu enfeksiyon, asemptomatikten fulminan hepatite kadar değişen farklı klinik seyir gösterir. Çocuk ve gençlerde erişkinlere göre daha hafif ve asemptomatiktir (29).

Akut hepatitin başlangıç semptomları nonspesifiktir. Semptomatik akut hepatit B, hafif ve anikterik olabildiği gibi, ciddi seyredip ikterle birlikte de olabilir. HBV'yi almış olan erişkinlerin %5-20'sinde sklerada belirgin ikter, serum bilirubin düzeyi $\geq 2,5-3 \text{ mg}'\text{ın}$ üzerinde olunca gerçekleşir (28). Tipik semptomları, halsizlik ve yorgunluk, iştahsızlık, bulantı, kusma ve sağ üst kadranda hafif künt bir ağrı şeklindedir. Preikterik dönemdeki bu semptomlar genellikle 3-10 gün kadar sürer. (28,29). Sarılığın başlaması ve koyu idrar çıkışı ile ikterik dönem seyri başlar. İkterik vakalarda semptomlar ilerleyebilir, değişmeden kalabilir veya hızlıca düzelebilir (28). Sarılığın süresi genellikle 1-3 hafta kadardır. Bu hastaların %10-20'sinde klinik olarak belirtilerin başlamasından birkaç gün veya hafta önce eritematöz makülopapüler döküntü, ürtiker, artralji, artrit ve ateş ile seyreden ve "serum hastalığına benzer sendrom" denilen bir tablo gelişebilir. Bu semptomlar genellikle 2-10 gün sürer, sarılığın ortaya çıkmasıyla hızla ortadan kaybolur, nadiren haftalarca devam edebilir (27,28).

Total serum bilirubini genellikle 10-14 gün yüksektir ve $\geq 10 \text{ mg}'\text{ı}$ geçmez. Akut viral hepatitin esas göstergesi serum transaminaz aktivitesindeki hızlı yükseliştir. Transaminazların yükselmesi semptomlar başlamadan önce başlar ve genellikle semptomların birinci haftasında pik yapar (28). Fulminan hepatit, karaciğer yetmezliği ve ensefalopatinin eşlik ettiği ciddi bir formdur ve böyle vakalarda mortalite çok yüksektir (29). Bu vakalarda ölüm genellikle semptomların başlangıcından itibaren 1-3 hafta içinde ortaya çıkar. Hastalarda huzursuzluk, dalgalıktan komaya kadar değişen bilinç değişiklikleri gözlenir. Karaciğerde küçülme, serum transaminaz düzeylerinde ani azalma ve protrombin zamanında uzama, oligüri, azotemi, ödem ve asit gözlenebilir (28,29).

2.2.4.2. Kronik HBV Enfeksiyonunda Klinik Bulgular

Akut enfeksiyon sonrası, altı aydan uzun süren HBsAg pozitifliği kronik hepatit B'nin göstergesidir. Serum transaminaz değerleri normal ve karaciğer hastalığı belirtileri olmayan HBsAg pozitif kişilere 'sağlıklı taşıyıcı' denmektedir (29). Kronik hepatit genellikle asemptomatik seyreden bir hastalıktır ve tesadüfen HBsAg pozitif bulunduğu orta derecede transaminaz yüksekliği de varsa tanısı konabilir. Kronik HBV enfeksiyonunda yorgunluk en önemli semptomdur. Bulantı, üst abdominal ağrı, kas ve eklem ağrıları da görülebilir. Klinik bulgu olarak da sarılık, spider nevüs, splenomegali ile küçülmüş veya büyümüş karaciğer görülebilir (30). Laboratuvar testlerinde AST, ALT ve gamaglobulin orta derecede yüksektir. Transaminaz yüksekliği hastalığın ciddiyetini gösterir. Ciddi bir hastalık yoksa bilirubin ve albumin normaldir (29). Kronik HBV enfeksiyonu olan hastaların siroz, HSK ve karaciğer yetmezliği olma riskleri artmıştır (31).

Tüm dünyada her yıl 500.000 kişi HCC nedeniyle ölmektedir. HBV enfeksiyonu, HCC gelişmesinde en önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir. HBV ile kronik enfekte kişilerde yaşam boyunca HCC gelişme riski % 10-25'tir ve enfeksiyonun başlamasından 30-50 yıl sonra gelişmektedir. Hastada siroz gelişmişse risk daha da artmaktadır (19).

Son 20 yıl içinde etkili ve güvenli hepatit B aşıları ile yapılan aşılama programı (bütün yenidoğanlar, ilk ve orta öğrenim çağındaki çocuklar ve risk gruplarının aşılama) sayesinde hepatit B (+ Delta) enfeksiyonu sıklığı ve sebep olduğu hastalıkların azalması sevindiricidir (7). Ülkemizde hedef kitlenin yaklaşık %90'ını kapsayan hepatit B aşılması sonucu 20-30 yaş grubunda hepatit B sıklığı (%2,7) , 40-50 yaş grubuna (%5,3) göre yaklaşık %50 daha azdır (4,5).

2.2.5. Tedavi

2.2.5.1. Akut HBV Enfeksiyonunda Tedavi

Akut HBV enfeksiyonunda tedavi klinik seyir üzerine etki etmez fakat tüm ataklarda mortalite riskini azaltabileceği için istirahat önerilir. Destek tedavisi uygulanır. Alkol ve hepatotoksik ilaçların alımı durdurulur (32). Kortikosteroidler hastalık seyrini kısaltmadığı ve fulminan hepatit riskini azaltmadığı için kullanılmamalıdır. Akut dönemde

antiviral tedavi uygulanmaz. Antiviral tedavi endikasyonu kronik aktif hepatitte vardır (33). Egzersiz, biyokimyasal testler normale dönene ve hasta kendini iyi hissedene kadar yasaklanır. Akut hepatit döneminde bulantı ve kusmanın yaratacağı sıvı kaybı önemlidir ve yerine konulmalıdır. Protein oranı düşük, kalori oranı yüksek bir diyet verilmelidir (32).

2.2.5.2. Kronik HBV Enfeksiyonunda Tedavi

Kronik hepatit B tedavisinin hedefleri; HBV replikasyonunu durdurmak veya belirgin oranda azaltmak, siroz, karaciğer yetersizliği ve hepatosellüler karsinoma gelişimini önlemektir. Kronik hepatitlerde tedavi etiyolojiye yönelik olarak erken dönemde siroz gelişimi başlamadan yapılmalıdır. Son dönem karaciğer yetmezliği gelişen dekompanse sirozlu hastalarda ülkemizde de uygulamaya başlayan karaciğer transplantasyonu tek tedavi alternatifidir (34).

HBV DNA'nın azalması ya da negatifleşmesi birincil hedef olarak görülmektedir. Bunun yanı sıra alanin aminotransferaz (ALT) seviyesinin normale dönmesi ve histolojik iyileşme sağlanması gereklidir. Eğer HBeAg pozitif ise HBeAg'nin negatifleşmesi ve antiHBe serokonversiyonu diğer bir hedef olarak sayılabilir (32).

Günümüzde kronik hepatit B hastalarının tedavisi, interferon ile bağışıklık sisteminin uyarılması ve/veya nükleotid/sid analogları ile viral replikasyonun baskılanması şeklinde yapılmaktadır (35). Kronik hepatit B tedavisinde kullanılan ajanlar interferonlar (IFN), lamivudin, adefovir ve entekavirdir. Tedavi süresi HBeAg negatif olgularda en az 1 yıl, HBeAg pozitif olgularda 4-12 ay olmalıdır. IFN, olguların yaklaşık %20-30'unda kalıcı yanıt oluştururlar. Nükleozid analoglarının avantajları oral kullanımları ve yan etkilerinin azlığıdır (36).

2.2.6. HBV Enfeksiyonunda Korunma

HBV enfeksiyonundan korunmak için üç ana faktör önemlidir (37):

- 1.Hastalık yayılımını önlemek için davranış değişiklikleri,
- 2.Pasif immunoprofilaksi,
- 3.Aktif immunoprofilaksi.

2.2.6.1. Davranış Değişiklikleri

Kan ürünleri tarama yöntemlerinin geliştirilmesi ve cinsel hayatta alınan önlemler transfüzyonla ilişkili hepatit riskini azaltmaktadır. Özellikle sağlık personelinin bulaşa yol açacak riskli temaslardan kaçınmaları için gerekli eğitimi almaları gerekmektedir (38).

2.2.6.2. Pasif İmmunoprofilaksi

Pasif immunoprofilakside kullanılan hepatit B immünglobulini (HBIG), 3-6 ay kadar geçici koruma sağlamaktadır (37). HBsAg pozitif annelerden doğan bebeklerde doğumdan sonra, akut hepatit B’li biriyle seksüel temastan sonraki 14 gün içinde ve HBV ile enfekte kanla perkütan temastan sonraki yedi gün içinde verildiğinde etkili bulunmuştur (37, 38). Temas sonrası HBV enfeksiyonundan korunmada aşı ile birlikte endikedir. Aşıya yanıt vermeyen kişilerin temas sonrası HBV enfeksiyonundan korunmasında ise HBIG tek başına verilir. HbsAg’ne karşı yüksek düzeyde antikora sahip, seçilmiş vericilerin plazmalarından hazırlanmış steril bir solüsyondur (37).

2.2.6.3. Aktif İmmunoprofilaksi

HBV’den korunmak için geliştirilen aşılar 1981 yılından beri güvenle kullanılmaktadır (28). Rekombinant hepatit B aşıları kullanılan en güvenilir aşılar arasında biridir. Üç doz halinde yapılan HBV aşısı 40 yaş üstü ve immünsuprese hastalara göre bebek, çocuk ve genç erişkinlerde yaklaşık %95 koruyuculuk sağlar. Aşının koruyucu olması için anti-HBs antikor cevabı 10 mIU/ml üzerinde olmalıdır (37). HBV aşısının HBIG ve diğer aşılarla beraber uygulanması etkinliğini azaltmaz. Kişide aşı yapıldıktan sonraki 5-10 yıl içinde antikor titresi saptanabilir düzeyin altına inse bile önceki antikor cevabı hastalığa karşı korunma sağlar (39).

2.2.6.4. Temas Öncesi Profilaksi

Temas öncesi profilaksi HBV enfeksiyonu açısından riskli fakat HBV ile enfekte olmamış gruplara uygulanır (38). Bu kişiler; sağlık personeli, intravenöz ilaç alışkanlığı olanlar, fazla sayıda cinsel partneri olan homoseksüeller ve heteroseksüeller, kronik taşıyıcıların aile bireyleri ve cinsel partnerleri, kronik karaciğer hastalığı olanlar,

hemodiyaliz ve sürekli kan ürünü transfüzyonu yapılması gereken hastalar ile mental retardasyonu olanlardır.

DSÖ, HBV taşıyıcı prevalansına göre yüksek endemisiteye sahip ülkelere 1995 yılında, diğer tüm ülkelere ise 1997 yılında hepatit B aşısını ulusal aşı programlarına almalarını tavsiye etmiştir. Ülkemizde ulusal hepatit B aşılması sıfır yaş grubunda rutin aşı programına ilk kez Ağustos 1998 tarihinde alınmıştır. Hepatit B aşıları tipik olarak seri üç doz şeklinde uygulanır. Genelde uygulama şeması 0-1-6 ay olmakla birlikte enfeksiyon riski yüksek kişilerde 0-1-2-12 ay şeması da önerilir (37). Sağlık Bakanlığı'nın 2008'de yayınladığı genişletilmiş bağışıklama programında risk grupları dışında hekimin yüksek risk nedeniyle aşı yapılmasını uygun bulduğu kişilere aşı ücretsiz yapılabilir (39).

2.2.6.5. Temas Sonrası Profilaksi

HBIG ve hepatit B aşısı birlikte uygulanır. HBsAg veya anti-HBs (+) kişiye uygulanmasına gerek yoktur. Temas sonrası HBIG ilk üç gün içinde yapılmalıdır. HBIG, aşı ile koruyuculuk sağlanana kadar kişide korunmayı sağlayacaktır (33). Temas sonrası profilaksi; HBV ile enfekte anneden doğan bebeklere, HBV ile enfekte kan ve sekresyonlarla perkütan veya mukozal yolla temas edenlere, HBV ile enfekte kişilerle seksüel temasta bulunan kişilere uygulanır (33,40).

HBV ile enfekte anneden doğan bebeklere perinatal bulaşma açısından doğumdan sonraki 12-24 saat içinde hepatit B aşısına ilaveten HBIG verilmelidir. HBV ile enfekte iğne batması veya mukozal temas profilaksi gerektiren bir durumdur. Böyle perkütan bir temas olduğunda temastan sonraki iki gün içinde bir kola HBIG (0,07 ml/kg) yapılırken diğer kola da hepatit B aşısı yapılmalıdır. Üç günden sonra yapılan HBIG'de koruyucu etkinlik azalır (37).

2.3. Hepatit C Virüsü

HCV, ilk kez 1988'de Houghton ve arkadaşları tarafından genetik kodlama yöntemiyle bulunmuştur. Dünyada yaygın olarak görülen, insidansı giderek artan bir virüstür. Akut hepatitlerin %20'sinden, kronik hepatitlerin %70'inden sorumlu olduğu gözlenmektedir. HCV, sferik şekilli, lipid – zarflı, tek sarmallı, 36 – 62 nm boyutlarında, Flaviviridae ailesi içerisinde yer alan bir RNA Virüsüdür. Hepatit C virüsünün a ve b

subtipleriyle birlikte 6 major genotipi bulunmaktadır (41). Esas olarak 1, 2 ve 3 nolu genotipler tüm dünyada yaygın olarak bulunmaktadır.

Dünya genelinde yaklaşık 210 milyon kişi HCV ile enfektedir. Gelişmiş ülkelerde anti-HCV sıklığı %1-2 arasında değişmektedir. HCV enfeksiyonu en sık 20-39 yaşlar arasında, kronik HCV ise en sık 30-49 yaş grubunda görülmektedir (42,41).

2.3.1. Bulaşma Yolları

Parenteral (perkutan) bulaşma: Enfekte bireylerin kanı ve vücut sıvıları ile bulaş yoludur. Enfekte kan ve kan ürünleri nakli, damar içi uyuşturucu kullananlarda ortak enjektör kullanımı ve diğer ortak kullanılan kesici-delici aletler aracılığı ile bulaşma şeklidir ve en önemli bulaşma yoludur. Bu bulaşma yolu, özellikle virüsün endemik olduğu bölgelerde sağlık çalışanları için oldukça ciddi bir sağlık sorunudur (42). Sağlık çalışanları kan donörlerine kıyasla daha yüksek anti-HCV prevalansına sahiptir. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda ise sağlık çalışanlarında anti-HCV pozitifliği ortalama %0,7 (%0,0-2,9) olarak bulunmuştur (43). Ülkemizde Hafta ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada HCV prevalansını doktorlar arasında %2,7, diş hekimleri arasında %0,5, hemşireler arasında %2,1 oranlarında bulmuşlardır (44). Hemodiyaliz hastaları HCV enfeksiyonunu kapmada önemli ölçüde bir risk altındadırlar. Bu hastalarda %20 -60 anti-HCV pozitifliği, %8 - 25 HCV-RNA pozitifliği bildirilmiştir.

Cinsel yolla bulaşma: Tek eşli HCV pozitif eşten bulaşma yıllık % 0–0.6 arasında değişmektedir.

Perinatal (vertikal) bulaşma: İnfekte anneden bebeğe geçişin % 3,8 olduğunu bildiren çalışmalar vardır ve anne HIV pozitif ise bu oran daha da artmaktadır (45).

Horizontal bulaşma: Özellikle virüsün endemik olduğu bölgelerde sıktır. Buradaki prevalansın temas süresi ve hastadaki enfeksiyonun süresi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Aile fertleri arasında düşük oranda bulaşma olduğu bildirilmiştir (42,45).

2.3.2. Tanı

HCV enfeksiyonunun tanısında kullanılan ilk basamak test Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELİSA) temelli anti-HCV tayinidir. Enfeksiyona maruz kaldıktan

sonraki ilk 20–150 gün (ortalama 50 gün) anti-HCV serokonversiyonu için pencere dönemidir. İkinci serolojik test HCV-RNA'dır. Maruz kalındıktan 7–21 gün sonra virüs saptanmaktadır (46).

2.3.3. Hepatit C' de Klinik Bulgular

2.3.3.1. Akut HCV Enfeksiyonunda Klinik Bulgular

Akut hepatit C olgularının çoğu subklinik ve anikterik seyrettiği için akut dönemde hepatit C'nin tanınması güç olabilmektedir. Akut HCV enfeksiyonunun inkübasyon süresi ortalama 6-8 haftadır (47). Temastan sonra genellikle karaciğer enzimlerinin yükselmesinin ardından 1-4 hafta sonra pozitifleşir. Enfeksiyonun ilk 8-12 haftasında viremi pik yapar. Anti-HCV antikorları virüs alındıktan 20-150 gün sonra pozitifleşir. ALT yükselmesi ise 4. haftadan sonra olur (48).

Akut hepatit C'de klinik bulgular akut hepatit A ve B'ye göre daha hafif seyreder. Çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte halsizlik, iştahsızlık, kas ağrısı, bulantı, kusma, sağ üst kadranda ağrısı ve idrar renginde koyulaşma gibi semptomlar gözlemlenebilir. Sarılık %20'den daha az olguda görülür. Akut HCV enfeksiyonunda fulminan hepatit gelişimi çok nadirdir (47,48).

2.3.3.2. Kronik HCV Enfeksiyonunda Klinik Bulgular

HCV ile enfekte kişilerin %55-85'inde hepatit C enfeksiyonu kronikleşmektedir (47). Kronik hepatit C tanısı konulan kişilerin çoğunda bu tanı ya kan bağıışı esnasında, ya da kontrol amacıyla yapılan tetkiklerde veya herhangi bir nedene bağlanamayan yakınmalar nedeniyle yapılan tetkikler sonucunda konulmaktadır. Kronik hepatit C hastalarının büyük kısmında semptom görülmez (49). En sık bildirilen semptom yorgunluktur. Bununla birlikte iştahsızlık, bulantı, halsizlik, eklem ağrıları, karın sağ tarafında ağrı, kaşıntı, kilo kaybı gibi durumlar görülebilir.

Fizik muayenede ise en sık rastlanan bulgu, hepatomegalidir. Dekompanse siroz aşamasına gelmiş hastalarda kronik karaciğer hastalığının periferik bulguları (palmar eritem, spider anjioma, jinekomasti, ekimozlar, kas atrofisi), kollaretaller ve asit gibi

bulgulara rastlanabilir. Hastalığın prognozu, evrelemesi ve derecelendirilmesinin tayini için karaciğer biyopsi değerlendirilmesi gereklidir (49,50).

Kronik hepatit C enfeksiyonunun en önemli sonucu, siroz ve HCC gelişmesidir. Akut hepatit C'den sonra kronik hepatitin gelişme süresi ortalama 10 yıl, siroz gelişme süresi 20 yıl, hepatosellüler karsinom gelişme süresi ise 30 yıldır (51). Cinsiyet, viral yük, karaciğerin demir içeriği, enfeksiyon geçiş şekli ve süresi, alkol kullanımı gibi faktörler hastalığın doğal seyrini etkilemektedir. Enfeksiyon erken yaşlarda alındığında, siroza gidiş ihtimali ileri yaşlardakine kıyasla çok daha düşüktür. Beraberinde alkol alımı veya karaciğer yağlanması da siroza gidişe neden olmaktadır. Serum ALT düzeyi genellikle normalin 3 katıdır ve dalgalı seyir gösterir. Bilirubin normal sınırlardadır (47).

2.3.4. HCV Enfeksiyonunda Tedavi

2.3.4.1. Akut HCV Enfeksiyonunda Tedavi

Akut hepatit C genellikle asemptomatik seyir gösterir. Kronikleşme oranının yüksek olması ve enfeksiyon kronikleştikten sonra tedavi verilmesi halinde tedavi etkinliğinin az olması nedeniyle akut HCV'li hastaların tanısı ve tedavisi konusunda çalışmalar devam etmektedir. Olguların çoğunun asemptomatik olması nedeni ile tesbit edilmesi zordur. Bu nedenle bildirilen olgu serilerinde tedavi edilen vaka sayıları düşüktür (19). Standart IFN ile mükemmel sonuçlar bildirilmekle beraber polietilen glikol molekülü ile kombine edilmiş interferon (PEG-IFN)'lar da tercih edilebilir. Ribavirin ise IFN monoterapisine cevap alınamayan hastalarda kullanılabilir (49).

2.3.4.2. Kronik HCV Enfeksiyonunda Tedavi

Kronik hepatit C tedavisinde ana hedef, hepatit C kökenli ölümleri, dekompanse siroz ve hepatosellüler kanser gelişimini önleyebilmektir. Son 5 yıldır kronik hepatit C tedavisinde peginterferon ve ribavirin kombinasyonu standart tedavi olarak uygulanmaktadır. Bu tedavi ile genotip 1 hastalarında %50 - 60, genotip 2 ve 3 hastalarında ise %80 - 90 tedavi yanıtlarına ulaşılabilmektedir (52).

2.3.5. HCV Enfeksiyonunda Korunma

HCV enfeksiyon sıklığını azaltmanın en önemli yolu, kontamine kan ile teması azaltmaktır. Günümüzde HCV bulaşması gittikçe azalmasına rağmen etkili bir HCV aşısının geliştirilmesine ciddi gereksinim vardır. Ancak günümüzde HCV için etkili bir aşı bulunamamıştır. Kan, plazma, doku ve semen donörleri taranmalı, plazma kaynaklı ürünlerinde virüs inaktivasyonu yapılmalı, hijyene dikkat edilmeli, sağlık personelleri HCV konusunda eğitilmelidir (52,53).

2.4. Human İmmun Deficiency Virus

HIV, lentivirüs ailesinden sitopatik özellikte bir retrovirüstür. HIV'in iki serotipi vardır, tüm dünyada yaygın olan HIV-1 ve daha sık Afrika ülkelerinde görülen HIV-2'dir. Geçiş yolları aynıdır fakat HIV-2'nin bulaşı daha zor ve AIDS gelişmesi daha yavaş olarak gözlenmektedir (54).

HIV, vücuda girişinde ilk olarak mukozal tip dendritik hücreleri enfekte eder. Bu hücreler; en çok anogenital mukoza, servikovaginal mukoza, tonsiller ve adenoid dokuda mevcuttur (55). Folliküler dendritik hücreler, HIV için rezervuar görevi görür. Makrofajlar; HIV için önemli bir rezervuardır, virüsün diğer sistemlere taşınmasını sağlar ve enfeksiyonun ileri döneminde CD4 (+) T lenfositler azaldığında viral replikasyonda rol oynarlar. Mukozal bulaştan sonra iki gün içerisinde HIV, bölgesel lenf nodlarını enfekte eder (54,55). Yaklaşık beş gün içinde de plazmaya ulaşır ve dissemine olur. Kronik persistan sürece girildiğinde ise CD4 (+) T 4 hücrelerin sayısı giderek azalır ve fonksiyonları da bozulmaya başlar. Dolayısıyla hücresel / humoral immünite baskılanır ve yıllar içerisinde AIDS için karakteristik olan fırsatçı enfeksiyonlar ve maligniteler gelişir (54).

2.4.1. Epidemiyoloji

UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS; HIV-AIDS Birleşmiş Milletler Ortak Programı) verilerine göre dünyada şimdiye kadar yaklaşık 65 milyon kişi HIV pozitif saptanmış ve bunların 29 milyonu, AIDS nedeniyle hayatını kaybetmiştir (7). Günümüzde tanı ve tedavi imkanları geçmiş yıllara göre daha gelişmiş

olmasına rağmen halen yaklaşık 7 milyon kişi, gereksinimi olduğu halde tedaviye ulaşmamaktadır (56).

DSÖ/UNAIDS tarafından açıklanan 2012 Global AIDS epidemisi raporunda, 186 ülkeden alınan verilere göre; 2011 yılı sonunda tüm dünyada yaklaşık 34 milyon HIV ile enfekte kişi saptanmıştır. Bu kişilerin %10'u 15 yaş altı çocuklardan oluşmaktadır ve ancak %28'i tedavi alabilmektedir. Son bir yılda 2,5 milyon kişinin yeni enfekte olduğu düşünülmektedir ve 1,7 milyon kişi AIDS nedeniyle hayatını kaybetmiştir (7).

Türkiye'de ilk olgu, 1985 yılında rapor edilmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı Aralık 2012 HIV/AIDS verilerine göre ülkemizde, 1 Ekim 1985 – 31 Aralık 2012 tarihleri arasında tanı konan 6.188 HIV/AIDS hastası vardır. Bunların 1.051'i AIDS dönemine ulaşmış, 5.137 kişi ise HIV taşıyıcısıdır (8). DSÖ/UNAIDS 2012 verilerine göre Türkiye, HIV enfeksiyonunda düşük prevalanslı (<%0,1) ülkelerden biridir ancak yıllara göre yeni tanıli hasta sayısında progresif bir artış mevcuttur (7,8). 2012 yılında, 1.024 yeni olgu ile en yüksek sayıya ulaşılmıştır. Aralık 2012 verilerinde; ülkemizdeki HIV ile enfekte hastaların %71,3'ü erkek, %28,4'ü kadındır ve %0,2'sinin cinsiyeti belirtilmemiştir. En sık bulaş yolu, %49 oranıyla heteroseksüel cinsel ilişkidir. Bunu %37 oranıyla bulaş yolu bilinmeyen grup ve %9 oranıyla homoseksüel cinsel ilişki izlemektedir (8).

2.4.2. Bulaşma Yolları

HIV, en yoğun olarak enfekte kişilerin kanında bulunur. Bunun dışında genital salgılar, balgam, anne sütü, tükürük, gözyaşı ve beyin omurilik sıvısında da virüs bulunur. Bulaşmada en önemli faktörler kan, genital salgılar ve anne sütüdür; diğer salgıların pratikte bulaşa neden olması gözlenmez. Bulaş riski; virüsün vücut sıvısındaki konsantrasyonuna, temas süresine, virüsün hücre tropizmine, formuna ve temasta bulunan kişinin HLA yapısına göre değişmektedir (57). HIV bulaşı; korunmasız cinsel temas ile kan ve kan ürünleri transfüzyonuyla, anneden bebeğe gebelik ve doğum sırasında, damar içi madde kullanma alışkanlığıyla ve mesleksel maruziyet yoluyla olabilir.

Cinsel yolla bulaşma: HIV'in en önemli bulaş yolu korunmasız cinsel ilişkidir ve her türlü cinsel temasla (vajinal, anal, oral) bulaşabilmektedir. Bulaş için HIV enfeksiyonlu kişi ile yapılan tek bir cinsel temas bile yeterlidir. Bulaşta en fazla risk altında bulunan

grup, anal alıcı cinsel temasta bulunan kişilerdir. Prezervatif kullanılması, en riskli cinsel ilişkide bile bulaşı en az %80 azaltır (58).

Kan ve kan ürünleri ile bulaşma: Kanda virüsün yoğun miktarda bulunması nedeniyle, virüsü taşıyan kişilerden alınmış kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu ile bulaş riski, %90'dan fazladır. 1985 yılında HIV antikor testlerinin bulunmasıyla, kan ve kan ürünlerinin transfüzyondan önce HIV yönünden test edilmesi zorunlu hale getirilmiştir. Ancak hastalığın 10–12 hafta süren pencere döneminin olması ve acil durumlarda test yapılmadan kan ve kan ürünlerinin kullanılabilmesi nedeniyle, seyrek de olsa bu yolla geçiş olabilmektedir (59). Ülkemizde, 1987 yılından beri tüm kan ve kan ürünlerine antikor testi yapıldıktan sonra hastaya verilmektedir.

Perinatal (vertikal) bulaşma: HIV, gebelik süresince plasenta yoluyla, doğum sırasında ve emzirme ile anneden bebeğe geçebilmektedir. Bu oran %20-30'dur. İleri evre hastalık ile risk artar. Sıklıkla doğum sırasında bulaşır. Gebelikte bebeğe bulaş oranını azaltmak için, hastalığın evresine bakılmaksızın antiretroviral tedavi başlanmalıdır. Bu yolla bulaş riski, yaklaşık %70 azalır. Emzirme ile bulaş oranı, %10-20'dir. Bu yüzden emzirme önerilmez (58,59).

Perkutan bulaş: Enfekte enjektör, kesici/delici alet yaralanmasıyla ve enfekte vücut sıvılarının mukoza ve sağlam olmayan deriye teması ile mümkün olabilmektedir. Temas eden enfekte vücut sıvısının miktarı ve temas süresi, bulaşmada önem taşır. Perkutan yaralanmalarla bulaş riski yaklaşık % 0,3 iken, mukoza maruziyetinde % 0,1'dir (59).

2.4.3. Klinik Seyir

HIV enfeksiyonunun klinik evreleri, aşağıdaki gibi sayılabilir (60).

1. Viral bulaş
2. Primer HIV enfeksiyonu
3. Serokonversiyon
4. Klinik latent periyod ($\pm$) persistan jeneralize lenfadenopati

5. Erken semptomatik HIV enfeksiyonu

6. AIDS dönemi

7. İleri HIV enfeksiyonu

2.4.3.1. Primer HIV enfeksiyonu

Akut HIV enfeksiyonu ve akut retroviral sendrom olarak da tanımlanır. HIV bulaşından yaklaşık 2-8 hafta sonra ortaya çıkar. Hastaların %40-90'ı semptomatiktir. En sık görülen semptomlar, beş başlık altında incelenebilir:

- **Yapısal** : Ateş, halsizlik, lenfadenopati, artralji, miyalji, iştahsızlık, kilo kaybı.

- **Gastrointestinal**: Karın ağrısı, bulantı, kusma, diyare, transaminaz artışı.

-**Nörolojik**: Baş ağrısı, aseptik menenjit, transvers miyelit, ensefalit, periferik nöropati.

-**Mukokutanöz**: Ağrılı mukozal ülserler, döküntü, farenjit

-**Diğer**: Kuru öksürük, dispne ve hipoksi (61).

Semptomlar, genelde 1-2 hafta sürer. Bulgular genelde nonspesifik olduğundan tanı koymak zordur. Klinik şüphe olursa anti HIV ve HIV RNA testleri birlikte istenmelidir, çünkü bu dönemde anti HIV testi negatif gelebilir. Hastalar, viral yüklerinin yüksek olması nedeniyle oldukça bulaştıdırıcıdır. Bulaştıktan yaklaşık 20 gün sonra ya da akut retroviral sendrom bulgularının başlamasından altı gün sonra bulaştıdırıcılık, en üst seviyeye ulaşır (62).

2.4.3.2. Serokonversiyon ve klinik latent periyod

Klinik latent periyodda, tek fizik muayene bulgusu olarak persistan jeneralize lenfadenopati (PGL) görülebilir. PGL, en az iki enfekte olmayan bölgede (inguinal bölge dışında), 3-6 aydan uzun süre devam eden ve başka bir nedenle açıklanamayan lenfadenopati olarak tanımlanmıştır (62,63).

2.4.3.3. Erken semptomatik HIV enfeksiyonu

Bu dönemde orofarengiyal kandidiyazis, vulvovajinal kandidiyazis, oral tüylü lökoplaki, zona, periferik nöropati, basiller anjiyomatozis, servikal displazi veya servikal karsinoma in situ, konstitüsyonel semptomlar (bir aydan uzun süren $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ ateş veya diyare), idiyopatik trombositopenik purpura (İTP), pelvik inflamatuvar hastalık (PİD) gözlenebilir (63).

2.4.3.4. AIDS dönemi

AIDS döneminde hücreli immünitenin baskılanması nedeniyle ağır immün supresyon mevcuttur. Bu dönemde ya CD4 düzeyi, klinikten bağımsız olarak $<200/\text{mm}^3$ (veya CD4 yüzdesi $<14\%$) saptanır ya da AIDS tanımlayıcı hastalık tablosu mevcuttur (61). Bunlar; kandida enfeksiyonu, servikal kanser, koksidiyoidomikoz, kriptokokkoz, kriptosporidiyoz, Sitomegalovirüs (CMV) hastalığı, Herpes simpleks'e bağlı kronik ülserler, bronşit, pnömoni veya özofajit, Histoplazmoz, HIV ensefalopatisi, HIV tükenmişlik sendromu, İzosporiyaz, Kaposi sarkomu, Lenfoma, M. avium kompleks ya da M. kansasii enfeksiyonu, M. tuberculosis enfeksiyonu, Nokardiyoz, Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PCP), Salmonella bakteriyemisi, Progresif multifokal ensefalopati (PML), Tekrarlayan bakteriyel pnömoni, Strongiloidiyazis, Toksoplazmoz enfeksiyonlarıdır.

2.4.3.5. İleri HIV enfeksiyonu

CD4 sayısı $50/\text{mm}^3$ 'ün altına düştüğünde, ileri HIV enfeksiyonu dönemine girilir. Bu dönemde antiretroviral tedavi almayan hastaların ortalama yaşam süresi, 12-18 aydır (62).

2.4.4. HIV Tanısı

Günümüzde kullanılan HIV tanısına yönelik testler; antikor tespit etmeye yönelik tarama ve doğrulama testleri ile virüs antijeni ve DNA/RNA'sını saptamaya yönelik testlerdir (63). HIV'e karşı oluşan antikorların ELISA yöntemiyle saptanması, tarama testlerinin esasını oluşturmaktadır. Bulaştan yaklaşık 45 gün sonra güvenilir sonuç vermeye başlar. Diğer birinci kuşak testler, immüno Floresans ve Western blot (WB) testleridir.

HIV enfeksiyonunun zamanında tanısı antiretroviral tedavi ve fırsatçı hastalıkların profilaksisi, korunma ve enfeksiyon kontrolü için önemlidir. HIV testleri:

Tarama testleri; HIV enfeksiyonunu saptama amacıyla kullanılır. İnfeksiyon şüphesinde veya kan/ kan ürünlerinin güvenliğini sağlamak için vericilerin taranması ya da yenidoğanları koruyabilmek için kemoprofilaksi uygulama gereksinimini değerlendirmek amacıyla gebelerin taranması gibi tarama programlarında kullanılır (64). HIV'e karşı oluşan antikorların ELISA yöntemiyle saptanması, tarama testlerinin esasını oluşturmaktadır. Bulaştan yaklaşık 45 gün sonra güvenilir sonuç vermeye başlar.

Destekleyici/ Doğrulama testleri; tarama testleri ile pozitif bulunanlarda HIV enfeksiyonu tanısını kesinleştirmek amacıyla kullanılır (63,64). WB, tarama testiyle HIV pozitif bulunan kişilerde doğrulama testi olarak kullanılmaktadır (63).

Viral yük testleri; HIV enfeksiyonu tanısı konduktan sonra hastanın takibinde kullanılır. HIV RNA viral yük ölçümü, bir ml. plazmadaki HIV RNA kopya sayısıdır. Viral replikasyon düzeyinin göstergesidir. Polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) yöntemiyle ölçülür.

Antiretroviral direnç testleri; tedavide kullanılan ilaçlara karşı virusun duyarlılık ve direnç durumunun araştırılmasında kullanılır (64).

HIV enfeksiyonu tanısında, ELISA yöntemiyle HIV-1 ve HIV-2 antikorları aranmalıdır. Non-reaktif sonuçlar negatif olarak değerlendirilir. Reaktif sonuçlar bir kez daha tekrarlanmalıdır. İki sonuçtan en az birinin pozitif olması durumunda doğrulama testi yapılır. Doğrulama testi olarak WB ya da immunfloresan yöntemi kullanılır. ELISA ile pozitif sonuç alınan ve doğrulama testiyle doğrulanan sonuçlar, HIV pozitif olarak değerlendirilir (65).

2.4.5. HIV Enfeksiyonunda Tedavi

Antiretroviral tedavinin amacı; HIV replikasyonunu baskılayarak ve immun fonksiyonları artırarak hastanın topluma yakın oranda yaşam süresine ve kalitesine ulaşmasıdır. Ayrıca etkin viral baskılanma, kişiler arası bulaş riskini en aza indirerek toplum sağlığına da katkıda bulunur (66).

HIV Replikasyonunu Baskılayan Kullanıma Onaylanmış İlaçlar:

Revers transkriptaz (RT) inhibitörleri

a. Nükleozid analogu RT inhibitörleri: Zidovudine, Didanozine, Stavudine, Lamivudine, Abacavir, Tenofovir, Emtricitabine.

b. Nükleozid analogu olmayan RT inhibitörleri: Nevirapine, Delavirdine, Efavirenz. Direkt olarak enzime bağlanarak etki gösterirler. Sadece HIV-1 için etkilidirler.

Proteaz inhibitörleri: Ritonavir, Saquinavir, Indinavir, Nelfinavir, Fosamprenavir, Lopinavir+Ritonavir, Atazanavir, Tipranavir, Darunavir, Fosamprenavir.

Giriş inhibitörleri (Füzyon inhibitörleri): Enfuvirtide, Maraviroc.

Integraz inhibitörleri: Raltegravir (63).

2.4.6. Antimikrobiyal profilaksi

HIV ile enfekte hastalarda; CD4 sayısı eşik değerlerin altına düştüğünde ve bazı durumlarda antimikrobiyal profilaksi önerilmektedir. Department of Health and Human Services-Sağlık ve İnsan Hizmetleri Birimi (DHHS) rehberine göre; primer profilaksi gerektiren durumlar, aşağıda özetlenmiştir:

- Pneumocystis jiroveci profilaksisi
- Tokso plazma profilaksisi
- Mycobacterium avium kompleks (MAC) profilaksisi
- Mycobacterium tuberculosis profilaksisi (65,66).

2.5. Kuaförlük Hizmetlerinin Kan Yoluyla Bulaşan Enfeksiyonlar Açısından Risk Durumu

Kan yoluyla bulaşan hastalıkların toplumun sağlığını tehdit etmesi yanında bazı meslek gruplarının bu enfeksiyonlarla karşılaşma riski daha yüksektir:

- Sağlık çalışanları
- Para karşılığı cinsel ilişki kuranlar
- Kuaför ve güzellik hizmeti çalışanları

Cilt kesi riski fazla olan kasap, kahvehane ocakçıları, berber ve kuaförlerde HBsAg ve anti-HBs pozitiflik oranları normal nüfustan yüksektir ve bu yükseklik yapılan birçok çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (10).

Yapılan çalışmaların sonucunda kuaför ve güzellik salonlarında çalışanların HIV, AIDS ve Hepatit B gibi kan yoluyla bulaşan hastalıkların bulaşma yolları ve korunmaya ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığına ortaya çıktığı gözlenmektedir. Ayrıca bu risk bilinçsiz kişilerden hizmet alan her bireyde ilgilendirmektedir. Manikür ve pedikür uygulamalarının HBV enfeksiyonu riskini arttırdığı bilinmektedir (67). Yakın zamanda kan donörleri ve hepatit C olguları üzerine yapılan iki farklı olgu-kontrol çalışmasında bu risk artışının HCV için de geçerli olduğu kanıtlanmıştır (68). Manikür pedikür esnasında kutikulum tabakası ortadan kaldırılırken gerçekleşen kanama, aletlerin uygun şekilde sterilize edilmemesi durumunda hepatit B ve C virüsleri için önemli bir kontaminasyon nedeni olmaktadır (5). Kuaför, berber ve güzellik salonlarında çalışanlar kişisel hijyenlerine, çalışma aletlerinin dekontaminasyon, dezenfeksiyon ve sterilizasyonuna, atıkların doğru şekilde uzaklaştırılmasına ve çalışma ortamının temizliğine gereken önemi vermedikleri takdirde müşterilerine ve kendilerine hastalık bulaştırmaları kaçınılmazdır (69).

İtalya’da yapılan, Hepatit A enfeksiyonu geçiren kişilerle, Hepatit B enfeksiyonu geçirenlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, Hepatit B geçirenlerin daha fazla manikür ve pedikür yaptırdığı rapor edilmiştir. Bu bulaş yolunun yarattığı risk çoğunlukla göz ardı edilmektedir (70). Hepatit B aşısı 1998 yılında Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamına alınmıştır (14). Dolayısıyla bir kısım kişiler hepatit B’ye karşı bağışık değildir ve bu yaş grubu kuaför ve güzellik salonlarının müşteri kitlesinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

Kuaför ve berberler en sık bulaş riski olan bu mikroorganizmalar ile kontamine olmuş malzemelerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonunda genel olarak hangi dezenfektanların ve sterilizasyon yöntemlerini kullanabileceğini bilmeli ve uygulamalıdır.

HBV; kaynatma ile 2-20 dakikada infektif özelliğini kaybettiğine dair veriler vardır. %2.5 sodyum hipoklorit varlığında 3 dakikada inaktive olmaktadır. Son çalışmalar 500 ppm serbest klor varlığında 10 dakikada inaktive olduğunu belirtmektedir. 160°C ve 180°C kuru ısıda 1 saatte inaktive olduğuna dair farklı veriler vardır. HBV ultraviyole (UV), eter, benzalkonyum kloride dayanıklıdır. %0.1-2 gluteraldehid, %70 isopropil alkol, %80 etil alkol ile 2 dakikada inaktive edilebilmektedir. 121°C-0,5 atmosfer basınç altında 20 dakikada inaktive edilebilmektedir.

HCV; inaktivasyonu için 10 saat 60°C ısıtma veya 5 dakika 100°C ısıtma, UV'ye maruz bırakma ve formalin uygulanması önerilmektedir.

HIV; UV ve gama ışınlarına az duyarlıdır. Isıya duyarlıdır. 56°C'de 10 dakikada inaktive olur. Sıvı ortamda 37°C'de 1 haftanın üzerinde canlı kalmaktadır. %50 alkol, %0,3 hidrojen peroksit virüsü 10 dakikada inaktive etmektedir. Centers for Disease Control and Prevention-Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) kontamine yüzeylerin dezenfeksiyonu için 500-5000 ppm klor dilüsyonunda HIV'a etkili olduğunu bildirmektedir (71).

Dezenfeksiyon

Tarak, fırça, tırnak makası, saç ve sakal için kullanılan bıçaklar, fırçalar ve makaslar, manikür-pedikür malzemeleri, cımbız vs. gibi bütünlüğü bozulmamış cilt ile teması olan aletler kritik olmayan malzemeler grubuna girse de kan, serum, vücut sıvıları ile kontamine olduğu zaman kritik aletler grubuna girer. Bütünlüğü bozulmamış cilt ile teması olan alet ve malzemelerin düşük düzey dezenfektanlar ile dezenfeksiyonu yeterli olurken; kan, serum, vücut sıvıları ile kontamine olmuş aletlerin steril edilmesi ya da yüksek düzey dezenfeksiyona tabi tutulması gereklidir (69).

Yaygın dezenfektan olarak sıklıkla %5.25-%6.15 sodyum hipoklorit solüsyonu kullanılmaktadır. Bütünlüğü bozulmamış cilt ile teması olan kritik olmayan malzemelerin, 500 kat sulandırımı ile elde edilen 100 ppm'lik solüsyonda 10 dakika bekletilmesi

yeterlidir. Önerilen diğer dezenfektan solüsyon, metil alkol/isopropil alkolün 60-90'lık sudaki çözeltisidir. Bu solüsyonda aletlerin 10 dakika bekletilmesi yeterlidir.

Sterilizasyon

Tarak, fırça, tırnak makası, saç ve sakal için kullanılan bıçaklar, fırçalar ve makaslar, manikür-pedikür malzemeleri, cımbız vs. gibi aletler kan, serum, vücut sıvıları ile kontamine olmuş ise bu aletlerin steril edilmesi ya da yüksek düzey dezenfeksiyona tabi tutulması gereklidir. Berber ve kuaför işletmelerinde mutlaka bir sterilizatör aletinin bulunması zorunludur (72).

Manikür ve pedikür işlemi sırasında her müşteri için ayrı kap naylonu takılmalı ve çalışan kişi eldiven kullanmalıdır. Manikür ve pedikür kapları her müşteriden sonra ve iş günü bitiminde dekontaminasyon ve dezenfeksiyon için önce su ve sabun ile gerekirse klorlu ürün ile yıkanıp, durulanıp, kurulanmalıdır. Her kuaförün yapılan işe göre en az iki takım gereci bulunmalıdır. Bunlardan birisi kullanımda iken, diğer takım bir sonraki müşteri için kullanıma hazırlanmak üzere dezenfekte veya sterilize edilmelidir. Müşterilere kendi manikür takımları ile kuaföre gelmeleri tavsiye edilmelidir (69).

2.6. İş sağlığı ve Güvenliği

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) günümüz çağdaş sağlık anlayışına göre sağlığı “hastalık ve sakatlığın olmayışı değil bedensel, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Sağlık doğuştan kazanılmış bir hak olarak kabul edilmektedir. Tüm insanların olası en üst sağlık düzeyinde yaşamalarının sağlanması sağlık hizmetlerinin ana amacıdır (73).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ile DSÖ “İş Sağlığı ve Güvenliğini” şu şekilde tanımlamıştır : Tüm mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal, sosyal iyilik durumlarını en üst düzeye ulaştırmak bu düzeyde sürdürmek, işçilerin çalışma koşulları yüzünden sağlıklarının bozulmasını önlemek, çalışma sürecinde sağlığa aykırı etmenlerden oluşan tehlikelerden korumak, bireyleri fizyolojik ve psikolojik durumlarına en uygun mesleksen ortamlara yerleştirmek ve bu durumları sürdürmek, özet olarak işin insana ve her insanın kendi işine uyumunu sağlamaktır. Bu bağlamda iş sağlığı, çağdaş sağlık anlayışının tipik bir uygulama alanıdır (74).

Ülkemizde 1971 tarihli 1475 sayılı İş Kanunu'ndaki "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği" kavramı yerine, 2003 yılında kabul edilen 4857 sayılı yeni İş Kanununda daha geniş kapsamlı ve evrensel bir kavram olan İş Sağlığı ve İş Güvenliği kavramı kullanılmıştır. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği kavramından farklı olarak, tehlikelerin önlenmesinin yanında risklerin öngörülmesi, değerlendirilmesi ve bu riskleri tamamen ortadan kaldırabilmek ya da zararlarını en aza indirebilmek için yapılacak çalışmaları da içermektedir. Evrensel anlamda İş Sağlığı ve İş Güvenliği; işletmede henüz bir tehlike, arıza oluşmamışken bile oluşabilecek tehlikelerin ve risklerin öngörülerek, bunların kabul edilebilir olup olmadığına karar verme çalışmalarını da beraberinde getirmektedir. İşyerleri, yapılan işin niteliğine göre tehlike sınıflarına ayrılmıştır (73,74). Bu bağlamda kuaförler yapılan risk değerlendirilmesi ile yüksek tehlikeli sınıfa dahil edildi.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı ile Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nca hazırlanan 'Hijyen Eğitimi Yönetmeliği' 2013 yılı temmuz ayında yürürlüğe girmiştir. Yönetmelik, gıda üretim ve perakende iş yerlerinde, insani tüketim amaçlı sularla doğal mineralli suları üreten iş yerlerinde ve insan bedenine temasın söz konusu olduğu temizlik hizmetlerinin verildiği iş yerlerinde çalışanlara yönelik hijyen eğitimi programların planlanmasını ve düzenlenmesini içermektedir. Yönetmelikle belirlenen iş yerlerinde çalışanlara, Milli Eğitim Bakanlığı'nca hijyen eğitimi ve ardından belge verilecek; iş yerlerinde belge almayan kişiler çalıştırılmayacaktır. Yönetmelik kapsamında bazı esnaf grubuna ve çalışanlarına 5 Temmuz 2014 yılına kadar eğitim alınması zorunluluğu getirildi. İş yeri sahipleri ve işletenler çalışanlarının hijyen eğitimi almasından ve belgeli olarak çalıştırılmasından birinci derecede sorumlu tutulmuş; ayrıca, iş yeri sahiplerinin ve işletenlerin de bizzat çalışmaları durumunda bu eğitimi almak zorunda olduğu belirtilmiştir (75).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma tasarımı

Çalışma, kesitsel tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlandı. Aydın Esnaf ve Sanatkarlar Odası'na kayıtlı olan 150 kuaför salonu çalışmanın evrenini oluşturdu. Örneklem seçilmedi ve evrenin tamamına ulaşılması planlandı. Yüzelli kuaför salonunun telefon ve adres bilgileri elde edildi. Telefon ve adres bilgileri yanlış, eksik veya değişmiş olan 9 kuaför salonuna ulaşamadı. Ulaşılan 141 kuaför salonundan 8 kuaför salonu çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Sonuçta 133 kuaför salonunda 18 yaş ve üzeri 500 kuaför çalışanı çalışmaya dahil edildi. Gerekli izinlerin alınmasını takiben 01.09.2014-31.11.2014 tarihleri arasında gönüllü katılımcılar ile yüz yüze görüşülerek anket uygulandı ve onam formu imzalatıldı.

Veri Toplama Formu

Veri toplama formu olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan 40 soruluk anket formu kullanıldı. Anket formunda yer alan ilk sekiz soru katılımcıların demografik bilgilerini, sonraki 12 soru kan yoluyla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi düzeyini, 10 soru davranışlarını ve 5 soru tutumlarını ve 5 soru mesleki eğitimleri ve uygulamalarını belirlemeye yönelik idi. Ardından gelen sorular konu ile ilgili tutum, davranış ve uygulamaları belirlemeye yönelik idi. Anket, katılımcılara uygulanmadan önce, 20 kişiye uygulandı ve son şekli verildi. Veri toplama formu Ek-2'de sunuldu.

İzinler

Araştırmanın etik uygunluk onayı için ADÜ Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruldu, dosya kurulun 13.03.2014 tarihli toplantısında 2014/345 protokol no ile incelendi ve 7 no'lu karar ile onay verildi. Ayrıca Aydın Esnaf ve Sanatkarlar Odası'na 03.02.2014 tarihli dilekçe ile başvuruldu ve 2014/25 protokol no ile incelenerek onay verildi.

İstatistiksel değerlendirme

Toplam 500 katılımcıdan elde edilen verilerin SPSS 17,0 programına girilmesini takiben istatistiksel analizler yapıldı. Analiz öncesi veriler kontrol edildi. Tanımlayıcı veriler, yüzelikler, ortalama, standart sapma, frekans olarak verildi. Bağımsız grupların oranlarının karşılaştırılmasında ki-kare kullanıldı. Katılımcıların bilgi ve davranış puanları, doğru yanıtlanan her soruya '1' puan, yanlış veya boş bırakılan sorulara '0' puan verilerek hesaplandı. Bilgi puanı ve davranış puanı arasındaki ilişki, yaş ve meslekte geçirilen sürenin bu puanlarla ilişkileri Pearson korelasyon analiziyle incelendi. Bilgi ve davranış puanı ortalamalarının sosyodemografik özellikler ile ilişkisi, t testi ve varyans analizi ile değerlendirildi ve çoklu gruplarda Posthoc Tukey testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlendi. Tip 1 Hata (α) düzeyi 0,05 olarak alındı.

4. BULGULAR

Aydın Kuaför Odasına kayıtlı ve çalışmaya dahil edilen 133 kuaför salonunda anket formunu doldurmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri 500 kuaför çalışanı ile görüşüldü.

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılanların 289'u (%57,8) kadın, 211'i (%42,2) erkekti. Katılımcılarımızın yaş aralığı 18-60 yıl olup; yaş ortalaması 25,3±9,1 olarak saptandı. Yaş gruplarına baktığımızda, katılımcıların çoğunluğu %50,8 oranı ile 18-20 yaş grubunda yer almaktaydı, grubun %24,8'i 21-30, %14,8'i 31-40, %8,6'sı 41-50 ve %1'i 51-60 yaş grubunda bulunmaktaydı. Erkek ve kadınların yaş gruplarındaki dağılımları homojendi ve anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Katılımcıların 175'i (%35) evli, 325'i (%65) bekar idi. Dul ve boşanmış olanlar da bekar olarak kabul edildi. Medeni durum açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Eğitim durumuna bakıldığında ilköğretim mezunu olanlar %74,2 oranıyla ($s=371$) çoğunluğu oluşturmaktaydı. Otuzdört katılımcı (%6,8) okuma yazma biliyordu ancak okula gitmemişti. Meslek lisesi mezunu olanlar ise sadece 68 kişiydi (%13,6). Kadınların %20,4'ü ($s=59$) meslek lisesi mezunuyken erkeklerde bu oran %4,3 ($s= 9$) idi ve meslek lisesi mezunu olan kadın oranı erkeklere göre anlamlı derecede daha fazla idi ($\chi^2=33,756$; $p<0,001$).

Çalışmaya katılanları mesleklerine göre gruplandırdığımızda 416'sı (%83,2) kuaför, 84'ü (%16,8) manikürcü idi. Kuaförler kendi içlerinde mesleki statüye göre gruplandırıldığında 147'si (%35,3) çırak, 110'u (%26,5) kalfa, 159'u (%38,2) usta idi. Manikürcülerin %96,4'ü kadındı ve erkeklere göre anlamlı olarak yüksekti ($\chi^2=62,592$; $p<0,001$).

Katılımcılardan 312 kişinin (% 62,4) aylık toplam geliri 900 TL ve altında, 155 kişinin (%31) 901 ile 3000 TL arasında, 33 kişinin (%6,6) 3000 TL ve üstünde idi. Aylık geliri 3000 TL ve üstünde olanların %72,7'si usta idi ve ustaların gelir düzeyi çırak ve kalfalara göre anlamlı derecede daha yüksek idi ($\chi^2=192,382$; $p<0,001$). Aylık geliri 900

TL ve altında olanların %79,5'i 18-20 yaş grubunda olan katılımcılardı ve bu grubun gelir düzeyi diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede daha düşük idi ($\chi^2=65,214$; $p<0,001$). Cinsiyetler arasında gelir düzeyi açısından anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcıların 285'i (%57) beş yıldan fazla süredir bu işte çalışmakta olduğunu ifade etti. Katılımcıların 340'ı (%68,3) SGK kapsamında sağlık güvencesine sahipken; 113 kişinin (%22,6) herhangi bir sağlık güvencesi yoktu. Çıraklardan 58 kişinin (%40), kalfalardan 27 kişinin (%24,8) sağlık güvencesi yoktu. Ustalardan ise sadece 8 kişinin (%5) sağlık güvencesi yoktu. Kuaförlerin meslek içi statü gruplarına göre sağlık güvenceleri karşılaştırıldığında farklı olduğu bulundu; ustalar diğerlerinden daha çok sağlık güvencesine sahipti ($\chi^2=84,600$; $p=0,001$). Sağlık güvencesi açısından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark yoktu. Çalışma grubunun demografik özellikleri Tablo IV.I'de verilmiştir.

Tablo IV.I. Katılımcıların demografik özellikleri

Demografik Özellikler			
Yaş±SS	25,3±9,1		
		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	289	57,8
	Erkek	211	42,2
Medeni durum	Evli	175	35,0
	Bekar	325	65,0
Öğrenim durumu	Okuryazar	34	6,8
	İlköğretim	371	74,2
	Meslek lisesi	68	13,6
	Yüksekokul	27	5,4
Meslek	Kuaför	416	83,2
	Manikürcü	84	16,8
Gelir (aylık)	900 TL ve altı	312	62,4
	901-3000 TL	155	31,0
	3001TL ve üstü	33	6,6
Sağlık güvencesi	SGK	340	68,3
	Yeşil kart	47	9,4
	Yok	113	22,6
Çalışma süresi	1 yıldan az	71	14,2
	1-5 yıl	144	28,8
	5 yıldan fazla	285	57,0

4.2. Katılımcıların Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıkların Geçişini Önleme ile İlgili Görüş ve Tutumları

Araştırmaya katılan kuaför çalışanlarının 467'si (%86,8) mesleki riskler ve kan yoluyla bulaşan hastalıklar hakkında eğitim aldığını belirtti. Katılımcıların 260'ı (%52) okuldan (Çıraklık Eğitim) bilgi edindiğini belirtti. Meslek odası ve medya bu konudaki diğer bilgi kaynakları idi (Tablo IV.II.).

Tablo IV.II. Katılımcıların kan yoluyla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi kaynakları

Bilgi kaynakları*	Sayı	%
Okul	260	52,0
Meslek Odası	231	46,2
Gazete, TV	79	14,8

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcılardan 434'ü (%86,8) mesleki riskler konusunda eğitim aldığı halde ancak 141 (%28,2) kişi bilgisini yeterli gördüğünü belirtmekte ve 351 (%70,2) kişi bu konuda daha fazla bilgi almak istediğini ifade etmekteydi (Tablo IV.III).

Tablo IV.III. Mesleki riskler konusunda eğitim alma ve ilişkili kazanımlar

	Sayı	%
Mesleki riskler konusunda eğitim alanlar	434	86,8
Mesleğini riskli görenler	409	81,8
Kan yoluyla bulaşan hastalık geçişini önlemede bilgisini yeterli görenler	141	28,2
Daha fazla bilgi almak isteyenler	351	70,2
İşyerinin risk kategorisini doğru bilenler	35	7,0

Mesleki riskler konusunda eğitim almış olmanın meslek ile ilişkisine baktığımızda kuaförlerin manikürcülere göre anlamlı olarak daha fazla eğitim almış olduğunu bulduk ($\chi^2=4,365$; $p=0,037$) (Tablo IV.IV).

Tablo IV.IV. Mesleki riskler konusunda eğitim almış olma ile meslek ilişkisi

Eğitim alma	Kuaför		Manikürcü		Toplam		$\chi^2=4,365$ $P=0,037$
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	367	88,2	67	79,8	434	86,8	
Hayır	49	11,8	17	20,2	66	13,2	
Toplam	416	100	84	100	500	100	

Cinsiyetin, kan yoluyla bulaşan hastalıklar ve mesleki riskler hakkında eğitim almak üzerine anlamlı etkisi saptanmadı ($p>0,05$).

Araştırma grubunda kan yoluyla bulaşan hastalıklar açısından mesleğini riskli görenler 409 (%81,8) kişi idi. Meslek ile mesleğini riskli görme arasındaki ilişkiyi

değerlendirdiğimizde manikürcülerin kuaförlere göre mesleğini daha fazla riskli gördüğünü (%85,7) ancak iki grup arasında anlamlı fark olmadığını saptadık ($p>0,05$). Cinsiyet ile karşılaştırdığımızda kadınların erkeklere göre mesleklerini daha riskli gördüklerini ve bu farkın anlamlı olduğunu bulduk ($\chi^2=8,741$; $p=0,003$) (Tablo IV.V).

Tablo IV.V. Mesleğini riskli görme ile cinsiyet ilişkisi

Mesleği riskli görme	Kadın		Erkek		Toplam		$\chi^2=8,741$ P=0,003
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	249	86,2	160	75,8	409	81,8	
Hayır	40	13,8	51	24,2	91	18,2	
Toplam	289	100	211	100	500	100	

Mesleki riskler ve kan yoluyla bulaşan hastalıklar hakkında eğitim alanlar almayanlara göre mesleğini daha fazla riskli görmekteydi ($\chi^2=19,779$; $p=0,001$) (Tablo IV.VI).

Tablo IV.VI. Mesleki riskler konusunda eğitim alma ile mesleğini riskli görme ilişkisi

Eğitim alma	Mesleğini riskli görme				Toplam		$\chi^2=19,779$ P=0,001
	Evet		Hayır				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	368	90	66	72,5	434	86,8	
Hayır	6	10	60	27,5	66	13,2	
Toplam	409	100	91	100	500	100	

Kan yoluyla bulaşan hastalıklar hakkında daha fazla bilgi almak isteme ile eğitim durumunun ilişkisi karşılaştırıldığında farklı eğitim gruplarında anlamlı fark saptandı ve bu fark okuryazar olanların bilgi alma isteğinin daha fazla olmasından kaynaklanıyordu ($\chi^2=7,77$; $p=0,02$) (Tablo IV.VII). Benzer şekilde kan yoluyla bulaşan hastalıklar hakkında daha fazla bilgi almak isteyenlerin oranı kadınlarda anlamlı olarak yüksekti ($\chi^2=17,487$; $p=0,001$).

Tablo IV.VII. Kan yoluyla bulaşan hastalıklarla ilgili daha fazla bilgi isteme ile eğitimin ilişkisi

Daha fazla bilgi isteme	Okuryazar		İlköğretim		Lise ve üstü		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	30	88,2	98	64,5	223	71	351	70,2	
Hayır	4	11,8	54	35,5	91	29	149	29,8	
Toplam	34	100	152	100	314	100	500	100	

Katılımcıların işyeri risk kategorisi ile ilgili tutumlarını sorduğumuzda 123 kişi (%24,6) iş yerini tehlikesiz gördüğünü belirtti. İşyerlerinin yüksek tehlikeli risk kategorisinde olduğunu doğru bilenlerin oranı sadece %7 olarak bulundu (Tablo IV.VIII).

Tablo IV.VIII. İş yeri risk kategorisini bilme durumu

İşyeri riski	Sayı	%
Tehlikesiz	123	24,6
Az tehlikeli	187	37,4
Orta tehlikeli	101	20,2
Yüksek tehlikeli	35	7,0
Bilmiyorum	54	10,8
Toplam	500	100

İşyeri risk kategorisini bilme durumu ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde yaş ortalaması yüksek olanlar işyeri risk kategorisini daha doğru biliyorlardı ve aradaki fark anlamlı idi ($t=2,683$; $p=0,008$) (Tablo IV.IX). Yaş ortalaması yüksek olanlar iş yeri risk kategorisini daha doğru bilmekteydi. İşyeri risk kategorisini doğru bilme ile meslek arasındaki ilişkiye baktığımızda, kuaförler ve manikürcüler arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) Benzer şekilde cinsiyet açısından da anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo IV.IX. İşyeri risk kategorisini bilme ile yaş ilişkisi

İşyeri tehlike kategorisi	Sayı	Yaş Ortalama $\pm$ SS	$t=-2,683$ $P=0,008$
Yüksek tehlikeli	35	29,2 $\pm$ 9,9	
Diğer	465	24,9 $\pm$ 9,0	
Toplam	500	25,3 $\pm$ 9,1	

Katılımcıların Hepatit-B aşısı olup olmadığı sorulduğunda 217 (%43,4) kişi aşı olduğunu belirtti. Tetanoz aşısı olan 316 (%63,2) kişi vardı. Kadınlarda %45,3 (s=130) olarak saptanan Hepatit-B aşısı olma oranı erkeklerdeki %40,8 (s=86) oranına göre daha yüksektir ancak cinsiyetler arasındaki bu fark anlamlı değildir ($p>0,05$). Hepatit-B aşısı yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında yaş grupları açısından da anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Hepatit-B aşısı yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında gelir düzeyi açısından anlamlı fark vardı ($\chi^2=6,238$; $p=0,01$). Gelir düzeyi 900 TL ve altında olanlar, geliri 901 TL ve üstünde olanlara göre daha az oranda Hepatit-B aşısı yaptırmıştı (Tablo IV.X).

Tablo IV.X. Hepatit B aşısı yaptırma ile gelir düzeyi ilişkisi

Hepatit-B aşısı	900 TL ve altı		901 TL ve üstü		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	122	39,1	95	50,5	217	43,4	
Hayır	190	60,9	93	49,5	283	56,6	
Toplam	212	100	188	100	500	100	

Sağlık güvencesi olanların aşı yaptırma oranları %45,5, güvencesi olmayanların %36,3 olmakla birlikte aradaki bu fark anlamlı değildi ($p>0,05$).

Katılımcılara işlemler sırasında eldiven kullanma ile ilgili davranışlarını sordüğümüzda en fazla eldiven kullanılan uygulamanın %90,2 (s=451) oranı ile boya olduğunu gördük. Manikür-pedikür yaparken eldiven kullanma oranı %16,4 (s=82) iken, her tür işlem sırasında eldiven kullananların oranı sadece %6,4 (s=32) idi. Katılımcılara işlemler sırasında eldiven kullanma ile ilgili fikirlerini sordüğümüzda manikür-pedikür yapılırken eldiven kullanmanın gerekli olduğunu ifade edenlerin oranı %59 (s=295) idi. Katılımcıların eldiven kullanma durumları Tablo IV.XI'de gösterilmiştir.

Tablo IV.XI. Katılımcıların işlemler sırasında eldiven kullanma durumları

Eldiven kullanımı*	Sayı	%
Boya	451	90,2
Temizlik	106	21,2
Manikür-pedikür	82	16,4
Epilasyon	74	14,8
Her işlemde	32	6,4

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Aletlerin sterilize edilmeden önce dekontaminasyon işlemine tabi tutularak temizlenmesi gerektiğini bilenler 405 kişi (%81) idi. Dekontaminasyonu bilme ve meslek arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Manikürcüler kuaförlere göre (%91,7) daha yüksek oranda dekontaminasyon işleminin yapılması gerektiğini biliyordu ($\chi^2=7,464$; $p=0,006$), (Tablo IV.XII).

Tablo IV.XII. Dekontaminasyon yapılması gerektiğini bilme ve meslek ilişkisi

Dekontaminasyon yapılması gerekir	Kuaför		Manikürcü		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	77	91,7	328	78,8	405	81	$\chi^2=7,464$ $P=0,006$
Hayır	7	8,3	88	21,2	95	19	
Toplam	84	100	416	100	500	100	

Aletlerin temizliğinde (dekontaminasyon işleminde) %55,2 (s=276) oranı ile alkol en sık kullanılan solüsyon idi. İkinci sıklıkta zefiran kullanılıyordu (Tablo IV.XIII).

Tablo IV.XIII. Dekontaminasyon işleminde kullanılan solüsyonlar

	Sayı	%
Alkol	276	55,2
Zefiran	115	23,0
Diğer (dezenfektan solusyon)	59	11,8
Deterjan	31	6,2
Klorak	19	3,8
Toplam	500	100

Son bir ay içinde kesici-delici alet ile yaralandığını ifade edenlerin oranı %32 (s=160) idi. Kesici-delici alet ile yaralanma ve meslek ilişkisine baktığımızda kuaförler ve manikürcüler arasında kesici-delici alet ile yaralanma açısından anlamlı fark saptanmadı ($\chi^2=0,545$; $p=0,460$) Ancak kuaförleri kendi içinde mesleki statüye göre grupladığımızda çırağın kalfa ve ustalara göre anlamlı oranda daha fazla kesici delici alet yaralanması yaşadığını saptadık ($\chi^2 =14,823$; $p=0,001$) (Tablo IV.XIV).

Tablo IV.XIV. Kesici-delici alet ile yaralanma ve meslek ilişkisi

Kesici-delici alet ile yaralanma	Çıracık		Kalfa		Usta		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	65	44,2	33	30	38	23,9	136	32,7	
Hayır	82	55,8	77	70	121	76,1	340	67,3	
Toplam	147	100	110	100	159	100	416	100	

Kesici-delici alet yaralanması ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptandı, yaş ortalaması arttıkça kesici-delici alet ile yaralanma azalmaktaydı ($t=-2,565$, $p=0,006$) (Tablo IV.XV).

Tablo IV.XV. Kesici-delici alet ile yaralanma ve yaş ilişkisi

Kesici-delici alet ile yaralanma	Sayı	Yaş Ortalama $\pm$ SS	
Evet	160	23,8 $\pm$ 8,4	
Hayır	340	26,0 $\pm$ 9,4	
Toplam	500	25,3 $\pm$ 9,1	

Eğitim durumu ile kesici-delici alet yaralanması arasında da anlamlı fark saptandı. Okur-yazar olanlar ve ilköğretim mezunlarında meslek lisesi ve yüksekokul mezunlarına göre yaralanma oranları daha düşüktü ($\chi^2=7,985$; $p=0,046$) (Tablo IV.XVI).

Tablo IV.XVI. Kesici-delici alet ile yaralanma ve eğitim durumu ilişkisi

Kesici-delici alet ile yaralanma	Okuryazar		İlköğretim		Meslek lisesi		Yüksekokul		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	6	17,6	114	30,7	29	42,6	11	40,7	160	32	
Hayır	28	82,4	257	69,3	39	57,4	16	59,3	340	68	
Toplam	34	100	371	100	68	100	432	100	500	100	

Kesici-delici alet ile yaralanmanın cinsiyet ile ilişkisine baktığımızda yaralanma oranı kadınlarda anlamlı olarak düşük bulundu ($\chi^2=4,966$; $p=0,02$) (Tablo IV.XVII).

Tablo IV.XVII. Kesici-delici alet ile yaralanma ve cinsiyet ilişkisi

Kesici-delici alet ile yaralanma	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	81	28	79	37,4	160	32	
Hayır	208	72	132	62,6	340	68	
Toplam	289	100	211	100	500	100	

Kesici-delici alet yaralanması ile meslekte geçirilen süre arasındaki ilişkiye bakıldığında süre ortalaması arttıkça yaralanma oranının azaldığını bulduk. Ancak aradaki fark anlamlı değildi ($p>0,05$).

4.3. Katılımcıların Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıklar ve Bunların Geçişini Önleme ile İlgili Bilgi Durumları

Katılımcıların kan yoluyla bulaşan hastalıklar ve bunların geçişini önleme ile ilgili bilgilerini saptamak için sorulan 12 adet bilgi sorusundan en çok doğru bilinen ilk üç soru; “yapılan işlemlerden önce ve sonra eller yıkanmalıdır”, “kan ve vücut sıvıları ile temas etmiş aletlerin steril edilmesi yada dezenfeksiyona tabi tutulması gerekir”, “aletlerin mutlaka sterilizatörde steril edilmesi gereklidir” sorularıydı ve doğru bilinme oranları sırasıyla %98 (s=490), %95 (s=475) ve %92,6 (s=463) idi.

Bilgi sorularından “manikür-pedikür kapları iş günü bitiminden sonra dezenfeksiyona tabi tutulmalıdır” %54,4 (s=272); “müşterilerde kullanılan malzemelerin yalnız su ile yıkanması enfeksiyon riskini %50 azaltır” %41,2 (s=206); HBV, HCV, AIDS gibi hastalıklar havlu, çatal, bardak kullanımıyla bulaşabilir %33,0 (s=165) en az doğru bilinen sorular oldu.

HBV, HCV, AIDS gibi hastalıkların kan yoluyla bulaştığını doğru bilenler 438 kişi (%87,6) iken, katılımcıların 335’i (%67) bu hastalıkların havlu, çatal, bardak kullanımıyla da bulaşabileceğini ifade etmişti. Makas, jilet vs. yoluyla bulaşabileceğini

ifade edenlerin oranı ise %77,2 (s=386) bulundu. Bilgi sorularına verilen doğru yanıtların sayı ve yüzdeleri Tablo IV.XVIII’de gösterilmiştir.

Tablo IV.XVIII. Bilgi sorularına verilen doğru yanıtlar

	Soru	Sayı	%
1	İşlemden önce ve sonra mutlaka eller yıkanmalıdır	490	98,0
2	Kan ve vücut sıvıları ile temas etmiş aletlerin steril edilmesi ya da dezenfeksiyona tabi tutulması gereklidir	475	95,0
3	Makas, cımbız gibi kullanılan diğer metal aletlerin mutlaka sterilizatörde steril edilmesi gereklidir	463	92,6
4	Aletlerin yıkandığı lavabo ile mutfak lavabosu aynı olabilir*	450	90,0
5	Manikür–pedikür yapılırken aynı kap naylonu kullanılabilir*	443	88,6
6	HBV, HCV, AIDS gibi hastalıklar kan yoluyla bulaşır	438	87,6
7	Müşteride kullanılan malzemelerin kullanım sonrasında sterilize edilmeden önce işlemden geçirilmesi gereklidir (dekontaminasyon)	405	81,0
8	HBV, HCV, AIDS gibi hastalıklar makas, jilet vs. yoluyla bulaşabilir	386	77,2
9	Manikür –pedikür yapılırken eldiven kullanmaya gerek yoktur*	295	59,0
10	Manikür-pedikür kapları iş günü bitiminden sonra dezenfekte edilmelidir	272	54,4
11	Müşterilerde kullanılan malzemelerin yalnız su ile yıkanması enfeksiyon riskini %50 azaltır	206	41,2
12	HBV, HCV, AIDS gibi hastalıklar havlu, çatal, bardak kullanımıyla bulaşabilir*	165	33,0

*Bu sorulara “yanlış” yanıtı verenler soruyu doğru cevaplamış olarak değerlendirildiler

Bilgi soruları değerlendirilirken doğru olanlara 1 puan, yanlışlara 0 puan verilmiş ve katılımcıların bilgi puanları hesaplanmıştır. Buna göre grubun bilgi puanı ortalaması 12 üzerinden $8,81 \pm 1,81$ olarak bulundu.

Sosyodemografik özelliklerin bilgi puanına olan etkisini değerlendirdiğimizde; kadınların bilgi puanı ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğunu ve bu yüksekliğin anlamlı olduğu görülmektedir. Benzer şekilde medeni durumu evli olanlarda anlamlı olarak bilgi puanının daha yüksek olduğu saptandı. İlköğretim ve meslek lisesi mezunu olanlarda bilgi puanı anlamlı olarak yüksek idi. Bu farkın nereden kaynaklandığını

bulmak için yapılan Tukey testi sonucuna göre ilköğretim ve meslek lisesi mezunlarının okuryazar ve yüksekokul mezunlarından farklılığı anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Mesleklere göre bakıldığında manikürcülerin bilgi puanının kuaförlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu. Kuaförler kendi arasında mesleki statüye göre değerlendirildiğinde ustaların bilgi puanı ile kalfa ve çırakların bilgi puanı arasında anlamlı fark saptandı ($F=60,407;P=0,001$). Farkın nereden kaynaklandığı Tukey testi ile incelendiğinde ustaların bilgi puanının kalfa ve çırakların bilgi puanından farklılığı anlamlı idi ($p<0.05$). Çalışma süresi arttıkça da bilgi puan ortalamasının arttığı gözlemlendi. Aradaki farkın nereden kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey testi ile bu farkın çalışma süresi 5 yıldan fazla olanlardan kaynaklandığı saptandı ($p<0.05$), (Tablo IV.XIX).

Tablo IV.XIX. Sosyodemografik özelliklere göre bilgi puanı ortalamaları

Sosyodemografik özellikler		Bilgi puanı ortalaması	
Cinsiyet	Kadın	9,07±1,55	t=3,693
	Erkek	8,43±2,06	P=0,001
Medeni durum	Evli	9,74± 1,38	t=9,306
	Bekar	8,29 ±1,80	P=0,001
Öğrenim durumu	Okuryazar	7.82±1.42	F=9,439 P=0,001
	İlköğretim	8,96±1,83	
	Meslek lisesi	8,92±1.48	
	Yüksekokul	7,51±1,78	
Çalışma süresi	1 yıldan az	7,39±1,51	F=64,814 P=0,001
	1-5 yıl	8,14±1,90	
	5 yıldan fazla	9,49±1,47	
Sağlık güvencesi	Var	8,75±1,85	t= -1,178
	Yok	8,98±1,64	P=0,024
Meslek	Kuaför	8,68±1,80	t=3,22
	Manikürcü	9,38±1,72	P=0,001
Gelir (aylık)	900 TL ve altı	8,27±1,72	F=16,094 P=0,001
	901-3000 TL	9,24±1,75	
	3001 TL ve üstü	9,32±1,83	

Katılımcıların bilgi puanı ile kan yoluyla bulaşan hastalıkların geçişini önlemeye yönelik tutumlarının ilişkisine baktığımızda; Hepatit-B aşısı yaptıranların bilgi puanı yaptırmayanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-2,147$; $p=0,03$), (Tablo IV.XX).

Tablo IV.XX. Hepatit-B aşısı yaptırma ve bilgi puanı ilişkisi

Hepatit B aşısı yaptırma	Sayı	Bilgi puanı ortalaması	
Evet	217	8,60±1,64	$t=2,147$
Hayır	283	8,95±1,91	$P=0,03$

İşyeri riskini yüksek tehlikeli olarak doğru bilenlerin bilgi puanı, bilmeyenlere göre daha yüksekti ve bu fark sınırda bir anlamlılık gösteriyordu ($t=1,824$; $p=0,054$), (Tablo IV.XXI).

Tablo IV.XXI. İşyeri riskini doğru bilme ve bilgi puanı ilişkisi

İşyeri risk sınıfı	Sayı	Bilgi puanı ortalaması	
Yüksek tehlikeli	35	9,34±1,64	$t=1,824$
Diğer (az/orta tehlikeli, tehlikesiz, bilmiyor)	465	8,76±1,81	$P=0,054$

Kan yoluyla bulaşan hastalıklar hakkında daha fazla bilgi almak isteyenlerin bilgi puanı almak istemeyenlere göre anlamlı olarak düşüktü ($t=-2,717$; $p=0,007$), (Tablo IV.XXII).

Tablo IV.XXII. Kan yoluyla bulaşan hastalıklarla ilgili daha fazla bilgi isteme ile bilgi puanı ilişkisi

Daha fazla bilgi almayı isteme	Sayı	Bilgi puanı ortalaması	
Evet	351	8,66±1,76	$t=-2,769$
Hayır	149	9,14±1,87	$P=0,006$

Son bir ay içinde kesici-delici alet ile yaralanmayanların bilgi puanı yaralananlar ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=-2,717$; $P=0,007$), (Tablo IV.XXIII).

Tablo IV.XXIII. Kesici-delici alet ile yaralanma ve bilgi puanı ilişkisi

Kesici delici alet yaralanma	Sayı	Bilgi puanı ortalaması	
Evet	160	8,48±1,80	t=-2,717
Hayır	340	8,95±1,79	P=0,007

Kan yoluyla bulaşan hastalıklar açısından mesleğini riskli bulanların bilgi puanı ile bulmayanlar arasında anlamlı olarak fark vardı ($t=2,926$; $p=0,004$). Mesleğini riskli bulanların bilgi puan ortalaması daha yüksekti (Tablo IV.XXIV).

Tablo IV.XXIV. Mesleğini riskli bulma ve bilgi puanı ilişkisi

Mesleğini riskli görme	Sayı	Bilgi puanı ortalaması	
Evet	409	8,92±1,72	t=2,926
Hayır	91	8,31±2,10	P=0,004

Mesleki riskler konusunda eğitim alanların bilgi puanı ortalaması almayanlara göre daha yüksekti ve bu yükseklik anlamlı idi ($t=5,181$; $p=0,001$), (Tablo IV.XXV).

Tablo IV.XXV. Mesleki riskler konusunda eğitim alma ve bilgi puanı ilişkisi

Mesleki risk konusunda eğitim alma	Sayı	Bilgi puanı ortalaması	
Evet	434	8,97±1,72	t=5,181
Hayır	66	7,76±2,03	P=0,01

Katılımcıların kan yoluyla bulaşan hastalıklar ile ilgili bilgiyi edindikleri kaynaklara göre bilgi puanları anlamlı olarak değişiyordu ($t=6,882$; $p=0,001$). Farkın nerden kaynaklandığı Tukey testi ile incelendiğinde meslek odasından bilgi alanların bilgi puanının okul ve medyadan bilgi edinenlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$), (Tablo IV.XXVI).

Tablo IV.XXVI. Bilgi alma kaynakları ile bilgi puanı ilişkisi

Bilgi kaynakları	Sayı	Bilgi puanı ortalaması	
Meslek odası	231	9,38±1,56	t=6,882
Diğer (okul, medya)	269	8,31±1,86	P=0,001

4.4. Katılımcıların Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıklar Hakkında Davranış Durumları

Katılımcıların kan yoluyla bulaşan hastalıkların geçişini önleme ile ilgili yaptığı uygulamaları değerlendirmek amacıyla sorulan 10 davranış sorusundan en çok doğru bilinen üç soru: “Tezgah, ayna, zemin, oturma gruplarını ne ile temizliyorsunuz” %89,6 (s=448), “alet temizliği yaptığınız lavabo ile sosyal el yıkama veya mutfak lavabosu ayrı olanlar” %89,4 (s=447), “malzemeleri kullanım sonrasında ne ile temizliyorsunuz” %82 (s=410) sorularıdır. Davranış sorularından: “her işlemde eldiven kullanma durumları” %6,4 (s=32), “iş önlüğünü her zaman giyenler” %26,4 (s=132), “aletlerin sterilizasyonunda kuru ısı kullananlar” %54,8 (s=274) en az doğru bilinen ifadeler olmuştur. Davranış sorularına verilen cevaplar Tablo IV.XXVII’de gösterilmiştir.

Tablo IV.XXVII. Davranış sorularına verilen doğru yanıtlar

	Soru	Sayı	%
1	Tezgah, ayna, zemin, oturma gruplarını uygun malzeme (deterjan veya klorak) ile temizleyenler	448	89,6
2	Alet temizliği yaptığınız lavabo ile sosyal el yıkama veya mutfak lavabosu ayrı olanlar	447	89,4
3	Malzemeleri kullanım sonrasında uygun malzeme (deterjan veya klorak) ile temizleyenler	410	82,0
4	2 ve daha fazla manikür –pedikür takımı olduğunu belirtenler	406	81,2
5	Ellerini her işlemde önce ve sonra yıkayanlar	382	76,4
6	Her müşteriye ayrı havlu kullananlar	369	73,8
7	Müşterilere kendi takımlarını getirmelerini önerenler	335	67,0
8	Aletlerin sterilizasyonunda kuru ısı kullananlar	274	54,8
9	İş önlüğünü her zaman giyenler	132	26,4
10	Her işlemde eldiven kullananlar	32	6,4

Aletlerin sterilizasyonunda kuru ısı dışında diğer yöntemlerin de kullanıldığı saptandı. Bu yöntemler ve kullanım sıklıkları Tablo IV.XXVIII’de verilmiştir.

Tablo IV.XXVIII. Sterilizasyonda kullanılan yöntemler

Sterilizasyon yöntemi	Sayı	%
Kuru ısı	274	54,8
UV	163	32,6
Alkol	36	7,2
Klorak	4	0,8
Diğer	23	4,6
Toplam	500	100

Katılımcıların davranış puan ortalaması 10 üzerinden $6,7 \pm 1,4$ saptandı. Katılımcılardan sadece 3 kişi 10 puan almıştı.

Sosyodemografik özelliklerin davranış puanına olan etkisini değerlendirdiğimizde; kadınların davranış puanı ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu ve bu yüksekliğin anlamlı olduğu görüldü. Meslek lisesi mezunu olanlarda davranış puanı ortalaması diğer öğrenim durumlarına göre daha yüksek bulundu ($F= 4,262$; $P=0,005$). Bu farkın nedeni Tukey testi ile incelendiğinde meslek lisesi ve ilköğretim mezunlarının davranış puanın yüksekokul ve okuryazarların davranış puanından anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$). Mesleklere göre manikürcülerin kuaförlere göre daha yüksek davranış puanına sahip olduğu görülmüş bu yükseklik anlamlı bulunmuştur. Çalışma süresine göre ise 5 yıldan fazla çalışanlarda davranış puanlarında anlamlı yükseklik vardı ($F=14,291$; $P=0,001$). Sosyodemografik özelliklere göre davranış puanı ortalamaları Tablo IV.XXIX’da gösterilmiştir.

Tablo IV.XXIX. Sosyodemografik özelliklere göre davranış puanı ortalamaları

Sosyodemografik özellikler		Davranış puanı ortalaması	
Cinsiyet	Kadın	6,81±1,33	t=3,253
	Erkek	6,40±1,45	P=0,001
Medeni durum	Evli	6,82±1,33	t=2,157
	Bekar	6,91±1,24	P=0,032
Öğrenim durumu	Okuryazar	6,15±1,37	F=4,262 P=0,005
	İlköğretim	6,71±1,37	
	Meslek lisesi	6,74±1,38	
	Yüksekokul	5,93±1,51	
Çalışma süresi	1 yıldan az	6,25±1,61	F=14,291 P=0,001
	1-5 yıl	6,25±1,43	
	5 yıldan fazla	6,92±1,25	
Sağlık güvencesi	Var	6,65±1,39	t=0,507
	Yok	6,58±1,42	P=0,61
Meslek	Kuaför	6,56±1,39	t=2,73
	Manikürcü	7,01±1,34	P=0,007
Gelir (aylık)	900 TL ve altı	6,54 ±1,38	F=0,078 P=0,925
	901-3000 TL	6,57±1,47	
	3001 TL ve üstü	6,65±1,17	

Katılımcıların davranış puanı ile kan yoluyla bulaşan hastalıkların geçişini önlemeye yönelik diğer faktörlerin ilişkisini incelediğimizde; Hepatit B aşısı yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında davranış puanı açısından anlamlı fark vardı (t=2,164;p=0,031) (Tablo IV.XXX).

Tablo IV.XXX. Hepatit-B aşısı yaptırma ve davranış puanı ilişkisi

Hepatit B aşısı yaptırma	Sayı	Davranış puanı ortalaması	
Evet	217	6,79±1,44	t=2,164
Hayır	283	8,52±1,35	P=0,031

İşyerini riskini doğru bilenler ile bilmeyenler arasında ve mesleki riskler konusunda eğitim alan-almayanlar arasında davranış puanı açısından fark saptanmadı ($p>0,05$).

Kan yoluyla bulaşan hastalıklar hakkında daha fazla bilgi almak isteyen ve almak istemeyenlerin, kan yoluyla bulaşan hastalıklar açısından mesleğini riskli bulanlar ile bulmayanların davranış puanları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Benzer şekilde son bir ay içinde kesici-delici alet ile yaralandığını ve yaralanmadığını ifade edenler arasında davranış puanı açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Kan yoluyla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi alınan kaynakların davranış puanına etkisi araştırıldığında herhangi bir yerden bilgi almadığını ifade edenlerin davranış puanı anlamlı olarak düşük saptandı ($t=2,225$; $p=0,02$). Tablo IV.XXXI’de ayrıntısı sunulmuştur.

Tablo IV.XXXI. Bilgi alma kaynakları ile davranış puanı ilişkisi

Bilgi kaynakları	Sayı	Davranış puanı ortalaması	
Meslek odası	231	9,38±1,56	t=6,882
Diğer	269	8,31±1,86	P=0,001

5. TARTIŞMA

Toplumsal yaşamın gereği olarak insanlar ortak hizmet verilen iş yerlerinden hizmet almaktadır. Bu işyerleri arasında kuaförler önemli bir yer tutmakta; verilen hizmetin temiz ve sağlık koşullarına uygun olması toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir. Hizmet sunumunda yeterli hijyen sağlanamadığı taktirde, ortak kullanılan malzemeler nedeniyle insan sağlığı açısından tehlike oluşturmaktadır. Kuaför çalışanları kişisel hijyenlerine, çalışma aletlerinin dekontaminasyon, dezenfeksiyon, sterilizasyonuna ve çalışma ortamının temizliğine gereken önemi vermezlerse müşterilerine ve kendilerine hastalık bulaştırmaları kaçınılmazdır. Adana’da yapılan bir çalışmada başkalarının kullandığı eşyaları ortak kullananlarda HBsAg pozitifliği %6, kullanmayanlarda ise %3 olarak saptanmıştır (2).

Kuaförlük beceri eğitimine dayalı bir meslek olup, eğitimi Kuaförler Odası ve Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı kuruluşlar vermektedir. Ayrıca çıraklık yoluyla da mesleki beceri kazanılmaktadır. İnsan sağlığı ile direk ilişkili bir meslek olması nedeniyle mesleki eğitim programlarında hijyen dersleri yer almaktadır. Ankara’da kuaförlerde yapılan bir çalışmada kan yoluyla bulaşan hastalıklar ve mesleki riskler konusunda eğitim alanların oranı %16, yine Ankara’da yapılan başka bir çalışmada %5,8; 2002 yılında Isparta’da yapılan çalışmada ise %11,1 olarak bulunmuştur (1,76,77). Bizim çalışmamızda ise katılımcılarımızın %86,8’i bu konuda eğitim aldığını ifade etmiştir. Eğitim alanların oldukça yüksek oranda olması sevindiricidir ve bu durumun ilimizde gerek Meslek Odası gerekse Milli Eğitim Bakanlığı’nın son yıllarda yapmış olduğu zorunlu eğitim çalışmalarının sonucunda olduğunu düşündürmektedir.

Türkiye’de daha önce yapılan bazı çalışmalarda katılımcılar mesleki riskler hakkındaki bilgiyi daha çok yazılı ve görsel iletişim araçlarından aldıklarını belirtmişlerdir (1,13,78). Benzer şekilde İtalya ve Pakistan’da da katılımcılar bilgiyi daha çok görsel medyadan (3,79) aldıklarını; Fas ve İran’da ise daha çok meslektaşlarından edindiklerini ifade etmişlerdir (80,81). Çalışmamızda farklı olarak katılımcıların yarısı bilgiyi okuldan (Çıraklık Eğitim Merkezi), diğer yarıya yakını da Meslek Odası’ndan aldıklarını belirtmişlerdir. Bunun nedeninin de aynı şekilde Meslek Odası ve Milli Eğitim Bakanlığı tarafından verilen zorunlu eğitimler olduğunu düşünmekteyiz.

Cilt kesi riski fazla olan kasap, kahvehane ocakçıları, berber ve kuaförlerde HBsAg ve anti-HBs pozitiflik oranları normal nüfustan yüksektir ve bu yükseklik yapılan birçok çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (10). Adana’da yapılan bir çalışmada HBsAg pozitifliğinin mesleklere göre dağılımı incelendiğinde; hizmet işlerinde görev alanlarda (terzi, berber vb.) %12,5 ile en yüksek pozitiflik saptanmıştır (2). Bu grup meslekler kan yoluyla bulaşan hastalıklar açısından risk altındadır. Çin’de yapılan çalışmada berberlerde HBV seropozitifliği kontrol grubuna göre yüksek saptanmıştır (82). Brezilya’da manikür pedikür çalışanlarının %10’unda hepatit B veya C serolojisinin pozitif olduğu belirlenmiştir (9). Sivas’da kuaför ve berberlerde yapılan iki ayrı çalışmada meslekte çalışma süresi arttıkça seropozitiflik sıklığının arttığı saptanmış ve bunun meslekte süre arttıkça hastalıklarla karşılaşma riskinin artmış olması ile ilgili olabileceği düşünülmüştür (83,84).

Ankara’da yapılan iki ayrı çalışmada sırasıyla katılımcıların %44’ü ve %45,7’si (1,85); Manisa’da yapılan çalışmada ise benzer şekilde %42,9’u kendilerini mesleksel anlamda risk altında görmemektedirler (13). Çalışmamızda ise kuaför çalışanlarının sadece % 18,2’si kendilerini mesleksel anlamda risk altında görmemekteydi ve bu oranın oldukça düşük olması katılımcılarımızın konu hakkında farkındalıklarının yüksek olduğunun işaretidir. Başka bir deyişle katılımcıların büyük çoğunluğu mesleki risklerinin farkındadır. Son yıllarda verilen eğitimlerin mesleki riskler konusundaki farkındalığı artırdığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda mesleği riskli görme durumu, meslekte kuaför ve manikürcü olmakla ilişkili değildi. Bu durum Boztaş ve ark.’nın çalışması ile benzerdi (1). Ancak başka bir çalışmada manikürcülerin diğerlerine göre mesleğini 6 kat daha fazla riskli gördükleri saptanmıştır (13). Bizim çalışmamızda ise manikürcülerde mesleği riskli bulma oranı kuaförlere göre yüksek olmakla beraber anlamlı fark bulunamamıştır.

Çalışmamızda kadınların mesleklerini erkeklere oranla daha riskli bulduklarını saptamıştık ve Yanikkerem ve ark.’nın yaptığı bir çalışmada da benzer bir sonuç bulunmuştur (13). Bu durum kadınların bu konudaki farkındalıklarının daha iyi olduğunu göstermektedir. Yine aynı çalışmada ve bizim çalışmamızda eğitim durumu ile mesleği riskli görme arasında ilişki bulunamamıştır. Bunun nedeni lise ve üstü eğitim görenlerin oranının düşük olması olabilir. Bizim çalışmamızda kan yoluyla bulaşan hastalıklar ve

mesleki riskler konusunda eğitim aldığını belirten katılımcılar eğitim almayanlara göre mesleklerini daha riskli görüyorlardı ancak başka çalışmalarda benzer bulguya rastlanmadı.

Çalışmamıza katılan dört kişiden biri işyerlerinin risk durumunu tehlikesiz görmekte idi. Kuaförlerin yüksek tehlikeli risk grubunda yer almasına karşın çalışanların sadece %7'sinin bunu doğru bilmesi ve işyerini tehlikesiz görme oranındaki yükseklik dikkat çekiciydi. Bu durum işyeri risk kavramı ve kuaförlerin tehlikeli işyeri sınıfına dahil edilme durumunun ülkemizde yeni düzenlemeler olmasına bağlı olabilir ve konunun henüz yeterince kavranmadığını ivedilikle bilgilendirmeye gereksinim olduğunu göstermektedir.

Literatür incelemelerinde; HBV, HCV, HIV'in kan yoluyla bulaştığını bilenlerin oranı İtalya'da %67, Pakistan'da %13 olarak bulunmuştur (3,79). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise bu oranlar Ankara'da %89, Isparta'da %92,6, İstanbul'da % 49,6, saptanmıştır (1,77,86). Çalışmamızda da benzer şekilde bu oran %87,6 olarak bulunmuştur. Bu hastalıkların makas, jilet vs. ile bulaştığını bilenlerin oranı Manisa'da %95,7, Isparta'da %85,2' dir (13,77). Bizim çalışmamızda ise bu oranın %77,2 gibi daha düşük bulunması halk sağlığı açısından çok önemli olan bu hastalıkların bulaş yollarının daha kapsamlı öğretilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Öte yandan çalışmamıza katılan kuaför çalışanlarının kan yoluyla bulaşan hastalıkların bulaşında riskli olmayan bazı durumları da riskli olarak değerlendirdiklerini gördük. Örneğin, katılımcıların üçte biri havlu, çatal, kaşık, bardak ile de bu hastalıkların bulaşabileceğini ifade etmiştir. Benzer bulgular diğer çalışmalarda da bildirilmiş ve bu durum, eğitim programlarının genellikle riskli davranışlara yönelik olmasına bağlanmıştır (13,78). Oysaki bulaşma riski olmayan davranışların bilinmesi de oldukça önemlidir. Çünkü toplum içinde bu hastalıklar ile enfekte kişilere karşı olan yanlış tutum ve davranışların birçoğu bu konudaki bilgisizlikten ya da yanlış bilgilerden kaynaklanmaktadır.

Hepatit B aşısının yapılmış olması, Hepatit B virüsünün neden olduğu hastalıklardan korunma açısından alınabilecek en değerli önlemlerdendir. DSÖ ilk olarak 1992'de Hepatit B aşısının ulusal aşı takviminde yer alması gerektiğini önermiştir. Ülkemizde de Hepatit B aşısı 1998 yılından itibaren bağışıklama programında yer almaktadır. 2006 sağlık istatistiklerine göre toplumumuzda Hepatit B bağışıklama oranı %

77'dir (5). Risk grubundaki meslek mensuplarında aşı oranlarının %100 olması beklenmektedir. Ancak beklenenin aksine literatürde kuaförlerde aşılammama oranlarının oldukça yüksek olduğunu görmekteyiz. Aşılammama oranları İtalya'da %44,8, Kanada'da %60, Pakistan'da yapılan iki ayrı çalışmada sırasıyla %92,3 ve %96,8 olarak bulunmuştur (3,70,79,87). Kişioğlu ve ark.'nın erkek berberlerle yaptığı çalışmada aşılammama oranı %86,2 olarak saptanmıştır (88). Hıdıroğlu ve ark.'nın yaptıkları çalışmada %72,7 (89); Boztaş ve ark.'nın yaptığı çalışmada da %80,9 gibi yüksek aşılammama oranları saptanmıştır (1). Bu oran İstanbul'da %60,7 ve Manisa'da %80,9 olarak saptanmıştır (86,90). Ancak ülkemizde yapılan iki ayrı çalışmada ise aşılı olmama oranları daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmalar Adıyaman'da ve İzmir'de yapılmış çalışmalardır ve aşılammama oranları sırasıyla %39,9 ve %40 olarak saptanmıştır (91,11). Bunun nedeni Adıyaman'da İl Sağlık Müdürlüğü'nün berber ve kuaförlerde yapmış olduğu aşılama ve tarama çalışmaları olarak gösterilmiştir. İzmir'de ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim araştırma hastanesinde çalışan enfeksiyon hastalıkları uzmanının bu konuda yürüttüğü eğitim çalışmaları ve Bakanlıktan temin edilen aşılarla gereksinimi olanların aşılannmasıdır. Ayrıca 2006'dan sonra da İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi'nin bu konudaki çabalarının etkili olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda aşılı olmama durumu %56,6 olarak bulunmuştur ve literatüre göre düşük olmakla beraber yetersizdir. Bu görece düşüklüğün nedeni, çalışmamızın "Hepatit B bağışıklamasında aşının ücretsiz uygulanacağı risk gruplarına kuaför ve berber çalışanlarının resmen dahil edildiği 30 Kasım 2006 tarihinden" sonra yapılmış olmasıdır. Ülkemizde Hepatit B aşısı risk gruplarına ücretsiz yapılmasına ve İl Sağlık Müdürlükleri Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi ve mesleki sivil toplum örgütlerinin çalışmaları ve çabalarına rağmen, çalışmamıza katılan kuaför çalışanlarının sadece % 43,4'ünün aşı yaptırmış olması dikkat çekicidir. Çalışmamızda gelir düzeyi yüksek olanlarda aşılı olma oranları anlamlı olarak yüksekti. Aşı ücretsiz olduğuna göre, bu durum ekonomik düzeyi iyi olanların sağlık kurumlarına daha kolay ulaşmasına bağlanabilir. Ayrıca sağlık güvencesi olanlarda aşı yaptırmama oranları daha yüksek olmakla beraber fark anlamlı değildi. Aşı yaptırmamanın sağlık güvencesi ile ilişkili olmaması aşının önemi hakkında bilgilendirmeye gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Kuaförlük hizmeti verilirken oluşan kesici-delici alet yaralanmaları kan yoluyla bulaşan hastalıklar açısından önemli bir risk faktörüdür. Araştırmamıza katılanların üçte

biri son bir ay içinde kesici delici aletlerle en az bir kez yaralandıklarını ifade etmişlerdir. Bu da son bir ay içinde on kuaförden üçünün kan yoluyla bulaşan hastalıklar açısından risk ile karşılaştığını göstermektedir. Ankara’da 2006 yılında yapılan bir çalışmaya göre; son bir ay içinde kuaför çalışanlarından iş esnasında kesici-delici aletle yaralandığını ifade edenlerin oranı bizim çalışmamızla benzer şekilde %30 olarak bulunmuş, Manisa’da %60,7, Isparta’da ise bu oran %61,9 olarak bildirilmiştir (1, 13,77). İlimizdeki oranın düşük olması sevindiricidir. Çalışmamızda yaş ve tecrübe arttıkça ve kadınlarda yaralanma oranının azaldığını bulduk. Yaralanmalar konusunda daha riskli olan erkekler, genç ve deneyimsiz çalışanlar uyarılmalı ve daha dikkatli olmaları sağlanmalıdır.

Kan yoluyla bulaşan hastalıklardan korunmak için eldiven giymek ve el yıkamak uygulanması kolay, maliyeti düşük, etkili ve evrensel yöntemlerdir. Kullanılan aletler steril edilmiş olsa bile olası bir yaralanmaya karşı eldiven giyilmemişse yeterli korunma sağlanmamış olur. Manisa’daki berber ve kuaförlerin HIV/AIDS konusunda bilgi tutum ve davranışlarını inceleyen bir araştırmada, bu kişilerin davranışsal olarak kendi sağlıklarını korumak için koruyucu önlemlere (dezenfeksiyon, sterilizasyon, el yıkama, eldiven kullanma vb.) gereken özeni göstermedikleri saptanmıştır (13). Kanada’da yapılan çalışmada manikür ve pedikür yapanların sadece %35’i eldiven giydiğini belirtmiştir. Bunların çoğu da eldiveni düzenli olarak giymediklerini belirtmişlerdir (70). Brezilya’da manikür-pedikür çalışanlarının %84’ü eldivenin koruyucu önlem olduğunu bildiği halde sadece %20’si eldiven kullandığını ifade etmiştir (9). İtalya’da yapılan çalışmada katılımcıların %30’unun hiç eldiven giymediği, %50’sinin ise bir eldiveni birden çok kez kullandığı saptanmıştır (3). Mısır’da eldiven kullanma oranı kentsel bölgede %52,8, kırsalda ise %9,6 olarak tespit edilmiştir (92). Manisa’da yapılan çalışmada ise çalışanların % 44,5’i eldiven kullandığını belirtmiştir (90). Bizim çalışmamızda her işlemde (manikür-pedikür, temizlik, boya, epilasyon) eldiven takma oranı sadece %6,4 olarak bulundu ve çok düşüktü. Manikür-pedikür esnasında eldiven takanların oranı %16,4 iken boya esnasında bu oran %90,2 olarak bulundu. İzmir’de de benzer olarak manikür-pedikür esnasında katılımcıların %20’sinin eldiven kullandığı ve eldiven kullanım oranlarının farklı işlemler için beşte bir ile üçte bir arasında değiştiği saptanmıştır (11). Boya yaparken çalışanların tamamına yakınının eldiven kullanması hastalıktan korunmaktan çok kozmetik amaçlı eldiven takıldığını düşündürmektedir. Oysaki lateks eldivenler iyi bir bariyer oluşturduğu için eldivenin üstünden oluşan kesici-delici bir yaralanmada enfekte olma olasılığı daha

düşüktür. Çalışmamızda manikür-pedikür sırasında eldiven kullanmanın gerekli olduğunu doğru bilenlerin oranı %59 iken uygulamada ise bu oranın %16'lara düşmesi eldiven kullanımının önemi ve yararları konusunda yapılan bilgilendirmenin davranışa dönüştürülmesinde yetersiz kaldığını göstermektedir.

Çalışma sırasında her tür işlemde iş önlüğü kullandığını belirtenler İzmir'deki çalışmada %50,8, Adıyaman'da %51,8 iken (11,91); bizim çalışmamızda daha düşük oranlarda %26,4 olarak bulundu. Bu durum bize çalışanların kendilerini korumaya yönelik önlemlerinin yeterli olmadığını göstermektedir. Davranış açısından en çok geliştirilmesi gereken uygulamalar kişisel koruyucu önlemlerin alınmasıdır.

Çalışma esnasında el yıkama durumuna baktığımızda; her müşteri öncesinde el yıkama oranı İtalya'da %90, Brezilya'da %74, Mısır'da %52,8 olarak saptanmıştır (3, 9, 92). İzmir'de yapılan bir çalışmada her işlemten önce ve sonra el yıkayanların oranı %52,3 iken bizim çalışmamızda daha yüksek olarak %76,4 olarak bulunmuştur (11). Çilingiroğlu ve ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde el yıkama oranı % 71 bulunmuştur (76). Önceki yıllarda yapılan çalışmalara göre bizim çalışmamızda her işlemten önce ve sonra el yıkama oranlarının artmış olması sevindiricidir. Ancak çalışmamızda “Yapılan işlemlerden önce ve sonra eller yıkanmalıdır” ifadesi katılımcıların % 98'i tarafından doğru bilinerek, en iyi bilinen bilgi sorusu olduğu halde bu durumun davranışa dönüşmemesi dikkat çekicidir.

Çalışmamıza katılanların %95'i kan ve vücut sıvıları ile temas etmiş aletlerin steril edilmesi ya da dezenfeksiyona tabi tutulması gerekli olduğunu bildiklerini ifade ettiler. İzmir'de manikürcüler ile yapılan çalışmada bu oran %88,5 olarak bulunmuştur (11). Çalışmamızda müşterilerde kullanılan aletlerin sterilize edilmeden önce dekontaminasyon işleminin yapılması gerektiğini bildiğini ifade edenlerin oranı %81 idi. Bu oran İzmir'de de %89,3 olarak bulunmuştur (11). Bizim çalışmamızda manikürcülerde dekontaminasyonu bilme oranı (%89,7) kuaförlere göre anlamlı olarak yüksekti. Aletlerin temizliğinde dekontaminasyon, dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemlerinin uygulanması oldukça önemlidir ve bilinmesi beklenmektedir.

Literatürde bu işlemlerde kullanılan yöntemleri incelediğimizde; 1996 yılında Samsun'da yapılan bir çalışmada %47,8'i aletleri sadece kolonya, zefiran, çamaşır suyu

ile temizlerken, %17'si kaynatmakta, %14'ü su ile yıkamakta, % 4,7'si sterilazöre koymakta olduğunu belirtmişlerdir (93). Manisa'da ise %38,6'sı sterilizatör kullanmasına rağmen kaç derecede, kaç dakika tutacağını bilmemekte, grubun %43,6'sı etkisi zayıf uygulamalar (sabunlama, suyla yıkama, silme, ateşten geçirme, alkol kolonya ile silme) yapmakta, %17,8'i ise çamaşır suyu ve zefiranda beklettiklerini ifade etmişlerdir (13). Brezilya'da yapılan çalışmada katılımcıların sadece %7,4'ü uygun derece ve sürede sterilizasyon yöntemi kullandığını belirtmiştir (9). İzmir'de manikürcülerde yapılan çalışmada %90,5 kuru ısı sterilizatörü, %29,4 kolonya-alkol ile silme, %19,8 çamaşır suyunda bekletme, %11,1 UV, %6,3 kaynatma, %6,3 deterjan ile yıkama yöntemlerini kullandıklarını belirtmişler. Bu çalışmada, kullanılan aletlerin sterilizasyonunda kuru ısı sterilizatörü kullanma oranının oldukça yüksek oluşu meslek odasının görüşüne göre odanın işyerlerini UV cihazlarının yanlış bir uygulama olduğu konusunda bilgilendirip kuru ısı sterilizatörüne geçmeleri için yönlendirmesine bağlanmıştır (11). Bizim çalışmamızda ise sterilizasyon yöntemleri olarak %54,8 kuru ısı, UV %32,6, alkol %7,2, klorak %0,8, diğer solüsyonlar %4,6 oranları tespit edildi. Geçmiş yıllara oranla uygun sterilizasyon yöntemlerinin kullanımında artış olduğu görülmektedir. Ancak çalışmamızda bilgi sorularından “müşterilerde kullanılan aletlerin mutlaka sterilizatörde steril edilmesi gereklidir” ifadesi %95 oranında bilinmekte iken katılımcıların %29,8'i aletlerin sterilizasyonu için cihazda ne kadar süre ve derecede bekletmesi gerektiğini bilmiyordu.

Kuaförlerde alet temizliği yapılan lavabo ile sosyal el yıkama lavabosunun ayrı olması gerekmektedir (70). Bizim çalışmamızda %89,4'ü lavabolarının ayrı olduğunu belirtirken benzer şekilde İzmir'de yapılan çalışmada bu oran %82 bulunmuştur (11).

Manikür-pedikür işlemlerinde yapılan uygulamaları incelediğimizde; İzmir'de yapılan çalışmada manikür-pedikür için ayrı kap naylonu kullananların oranı %92,9 iken (11), bizim çalışmamızda ayrı kap naylonu kullandığını ifade edenler %88,6 idi. Kuaförlerde en az iki takım manikür-pedikür gereci olduğunu belirtenler İzmir'de %69,4 iken bizim çalışmamızda %81,2 bulundu. Müşterilere kendi manikür takımları ile kuaföre gelmelerini tavsiye edenler ise; İzmir'de %69, bizde de benzer şekilde %67 oranında idi (11). Müşterilere ayrı havlu kullandığını ifade edenler, Manisa'da yapılan çalışmada %58,3 iken bizim çalışmamızda daha yüksek olarak %73,8 oranında bulundu (90). Uygun tutum ve davranışlarla ilgili bulgularımızın önceki çalışmalara göre daha yüksek oranlarda olması

sevindiricidir ancak önümüzdeki yıllarda olumlu davranış oranlarının artırılması hedeflenmelidir.

Katılımcılarımızın %71,8'i kan yoluyla bulaşan hastalıkların geçişini önleme konusundaki bilgi düzeylerini yetersiz buluyordu. Benzer olarak Manisa'da yapılan çalışmada bilgisini yetersiz görme oranı %87,9 olarak bulunmuş ve katılımcılar bu konuda bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. İtalya'da katılımcıların sadece %28'i bu konuda bilgi almak istediğini belirtmişlerdir (3). Bizim çalışmamızda ise grubun %70,2'si bilgi almak istediğini belirtti. Katılımcıların üçte birinin mesleki riskler ve kan yoluyla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgilerini yetersiz görmeleri ve üçte ikisinin daha fazla eğitim almak istediklerini belirtmeleri eğitimlerin süre, içerik ve veriliş şeklinin yetersiz olabileceğini ve bu konuda düzenlemelerin yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Daha fazla eğitim almak isteyenlerin kadınlar ve eğitim düzeyi düşük olanların olmasından yola çıkarak planlanacak eğitimlerde bu gruplara öncelik verilmesi hedeflenmelidir.

Sosyodemografik özelliklerin bilgi puanına olan etkisini değerlendirdiğimizde; İzmir'de ve İran'da yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer olarak meslekte çalışma süresi ve yaş arttıkça bilgi puanının arttığı gözlemlendi (11,94). Medeni durum ile de benzer bir ilişki saptandı. Medeni durum ile ilgili olan ilişkinin yaşa bağlı olduğunu söyleyebiliriz. İtalya'da yapılan çalışmada ise gençlerin bu konuda bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuş (3). Çalışmamızda ve benzer şekilde İran'da yapılan çalışmada ilkökul mezunu olanlarda bilgi puanı ortalaması diğer öğrenim durumlarına göre anlamlı olarak yüksek idi (94). Halbuki eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin artması beklenirdi. Bu veriler meslekte deneyim ve çalışma süresinin artmasının bilgi düzeyini artırdığını göstermektedir. Dolayısıyla eğitim çalışmalarında gençlere, meslekte yeni ve deneyimsiz olanlara öncelik verilmelidir.

Çalışmamızda Hepatit B aşısı yaptırmayanların bilgi puanları yaptıranlara göre daha yüksekti. Mesleki eğitim alanların bilgi puanı da almayanlara göre yüksekti. İzmir'de yapılan çalışmada ise bilgi puanı ile Hepatit B aşısı yaptırmış olmak ve mesleki eğitim almak arasında ilişki bulunmamıştır (11). Bizim çalışmamızda bilgi puanı yüksek olanların aşılama oranının düşük olması bilginin davranışa dönüşmediğinin göstergesi olarak yorumlanabilir.

Yaptığımız çalışmada meslek odasından bilgi alanların bilgi puanı daha yüksek iken İzmir’de yapılan çalışmada böyle bir fark saptanmamıştır (11). Çalışmamızdaki bu farkın, Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı ve Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı’nca hazırlanan Hijyen Eğitimi Yönetmeliği’nin yürürlüğe girmesi ve yönetmelik kapsamında kuaför çalışanlarına 5 Temmuz 2014 tarihine kadar eğitim alınması zorunluluğu getirilmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda davranış puanını olumlu etkileyen sosyodemografik faktörler; kadın olmak, yaşın ve meslekte geçen sürenin fazla olması, meslek lisesi mezunu olmak ve meslekte usta olmak olarak saptanmıştır. İzmir’de yapılan çalışmada ise davranış puanı, yaş ve bilgi kaynağı (gazete/dergi) değişkenlerinden olumlu etkilenmiştir (11). Ankara’da yapılan çalışmada ise mesleki eğitim alanların olumlu davranış sergilediği saptanmıştır (1). Ayrıca çalışmamızda kan yoluyla bulaşan hastalıklar hakkında hiçbir yerden bilgi almayanların davranış puanlarının en düşük olarak saptanması herhangi bir şekilde mesleki eğitim almanın davranışı olumlu etkilediğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aydın’da kadın kuaförü çalışanlarında yaptığımız çalışmanın amacı; katılımcıların kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar ile ilgili bilgi, tutum, davranışları ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, bilginin tutum ve davranışa dönüşüp dönüşmediğinin irdelenmesi ve bunun nedenlerini belirlemektir. Bu kapsamda çalışmamızda ulaşılan sonuçlar şunlardır:

1. Çalışmamızda katılımcıların kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi düzeyinin ve uygulamalarının yetersiz olduğu görülmüştür ve bu durum toplum sağlığı açısından risk oluşturmaktadır. Katılımcıların bilgi kaynağı olarak en çok Çıraklık Eğitim Merkezi ve Aydın Meslek Odası’ndan bilgi aldığı saptanmıştır. Bu bağlamda bu merkezlerin hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim çalışmalarının daha etkin hale getirilip çalışanları bilinçlendirmeleri önem taşımaktadır. Özellikle genç ve tecrübesiz katılımcıların eğitimine öncelik verilmesi önemlidir. Aydın Halk Sağlığı Müdürlüğü, Aydın Belediyesi de gerek yaptığı eğitimlerle gerekse iletişim araçları ile bu konuda toplumu ve riskli grupları bilinçlendirmede önemli roller üstlenebilir.

2. Ülkemizde Hepatit B aşısı ücretsiz olmasına rağmen çalışmamıza katılan kuaför çalışanlarının aşı olma oranları yeterli değildir. Gerek kuaför çalışanlarına gerekse erişkinlere yönelik bağışıklama programlarının aktif bir şekilde uygulanması hastalık bulaşını önemli ölçüde azaltacaktır.

3. Çalışmamızda geçmiş yıllara oranla kişisel koruyucu önlemler, aletlerin dekontaminasyon ve sterilizasyonunda uygun teknik kullanma oranları yüksek olmakla beraber istenen düzeyde değildir. Çalışanların hem kendilerini hem müşterilerini hastalıklardan koruma konusunda yeterli önlem almadıkları görülmektedir. Çalışanlara hepatitli müşteriye hizmet verebilecekleri anlatılmalı ancak kendilerini korumaları için gerekli önlemleri nasıl alacakları da öğretilmelidir. Özellikle işlemler sırasında eldiven kullanım oranları oldukça yetersizdir. Eldiven kullanımı konusunda kuaför çalışanları bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir. Aletlerin sterilizasyonunda uygun olmayan UV yönteminin halen yaygın bir şekilde kullanılıyor olması da bu konuda gerekli bilgilendirmenin yapılmadığını düşündürmektedir.

4. Toplum sağlığı açısından berber ve kuaförlerin sorumlu kuruluşlar tarafından yapıcı bir şekilde denetlenmesi, çalışanların sağlık kontrollerinin ilgili kurumlarca düzenli olarak yapılması önem arz etmektedir.

7. ÖZET

Kadın Kuaförü Çalışanlarının Kan Yoluyla Bulaşan Enfeksiyonlar Konusundaki Bilgi, Tutum, Davranışları ve Etkileyen Faktörler

GİRİŞ

Kadın kuaförü çalışanlarının kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar ile ilgili bilgi, tutum, davranışları ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, bilginin tutum ve davranışa dönüşüp dönüşmediğinin irdelenmesi ve bunun nedenlerini belirlemek hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma kesitsel tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlandı. Aydın Esnaf ve Sanatkarlar Odası'na kayıtlı olan 150 kuaför salonu çalışmanın evrenini oluşturdu. Örneklem seçilmedi ve evrenin tamamına ulaşılması planlandı. Yüzelli kuaför salonunun telefon ve adres bilgileri elde edildi. Telefon ve adres bilgileri yanlış, eksik veya değişmiş olan 9 kuaför salonuna ulaşamadı. Ulaşılan 141 kuaför salonundan 8 kuaför salonu çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Sonuçta 133 kuaför salonunda 18 yaş ve üzeri 500 kuaför çalışanı çalışmaya dahil edildi. Gerekli izinlerin alınmasını takiben 01.09.2014-31.11.2014 tarihleri arasında katılımcılar ile yüz yüze görüşülerek anket uygulandı ve onam formu imzalatıldı. Veriler istatistik programıyla oluşturulan veri tabanına işlenerek istatistiksel değerlendirme yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya katılanların 289'u (%57,8) kadın, 211'i (%42,2) erkekti ve yaş ortalamaları 25.27 ± 9.1 yıl idi. Katılımcıları mesleklerine göre gruplandırdığımızda 147'si (%35,3) çırak, 110'u (%26,5) kalfa, 159'u (%38,2) usta, 84'ü (%16,8) manikürcü idi. Kuaför çalışanlarının %86,8'i mesleki riskler ve kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusunda eğitim aldığını belirtti. Bilgi kaynakları olarak en fazla okul (Çıraklık Eğitim) (%52), daha sonra Meslek Odasından (%46,2) bilgi aldıklarını belirttiler. Araştırma grubunda kan yoluyla bulaşan hastalıklar açısından mesleğini riskli görenlerin oranı %81,8 idi. Katılımcıların %24,6'sı işyerini tehlikesiz görmekteydi. HBV, HCV, AIDS gibi

hastalıkların kan yoluyla bulaştığını doğru bilenlerin oranı %87,6 iken, bu hastalıkların havlu, çatal, bardak kullanımıyla da geçebileceğini ifade edenlerin oranı %67 idi. Makas, jilet vs. yoluyla geçebileceğini ifade edenlerin oranı ise %77,2 bulundu.

Katılımcıların sadece %43,4'ü Hepatit-B aşısı yaptırdığını belirtti. Son bir ay içinde kesici-delici alet ile yaralandığını ifade eden 160 kişi (%32) bulunmaktaydı. Çalışma sırasında her işte eldiven kullanan sadece 32 kişi vardı (%6,4). Aletlerin temizliğinde(dekontaminasyon işlemi) %55,2 ile alkol kullanma oranı en yüksek bulundu. İşlemlerden önce ve sonra el yıkayanların oranı %76,4 idi. Sterilizasyonda kuru ısı yöntemini kullananlar %54,8 olarak bulundu. Katılımcıların bilgi puanı ortalaması 12 üzerinden $8,81 \pm 1,81$ olarak bulundu. Bilgi puanını cinsiyet, yaş, eğitim, manikürcü olmak, medeni durum, meslek içi eğitim alma, meslekte sürenin olumlu etkilediği gözlemlendi. Katılımcıların davranış puanı ortalaması 10 üzerinden $6,63 \pm 1,4$ saptandı. Davranış puanını cinsiyet, yaş, eğitim, manikürcü olmak, meslekte sürenin olumlu etkilediği gözlemlendi.

SONUÇ

Çalışmamızda katılımcıların kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi düzeyinin ve uygulamalarının yetersiz olduğu görülmüştür ve bu durum toplum sağlığı açısından risk oluşturmaktadır. İlgili kurumların hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim çalışmalarının daha etkin hale getirilip çalışanları biliçlendirmeleri önem taşımaktadır. Özellikle genç ve tecrübesiz katılımcıların eğitime öncelik verilmesi önemlidir. Ülkemizde Hepatit B aşısı ücretsiz olmasına rağmen katılımcı kuaför çalışanlarının aşı olma oranları yeterli değildir. Gerek kuaför çalışanlarına gerekse erişkinlere yönelik bağışıklama programlarının aktif bir şekilde uygulanması hastalık bulaşını önemli ölçüde azaltacaktır. Toplum sağlığı açısından berber ve kuaförlerin sorumlu kuruluşlar tarafından yapıcı bir şekilde denetlenmesi, çalışanların sağlık kontrollerinin düzenli olarak yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Kadın kuaförü, kan yoluyla bulaşan hastalıklar, bilgi ve davranış

ABSTRACT

Hairdresser workers knowledge, attitude and behaviour towards blood borne infections and affecting factors.

Introduction And Aim

It was targeted aimed to evaluate hairdresser workers knowledge, attitude and behaviour towards blood borne infections, and affecting factors of these and to find how awareness and knowledge changes attitudes and behaviour.

Materials and Methods

The study was designed as a descriptive, crosssectional research. The 150 hairdressers who were registered to Aydın Chamber of Merchants and Craftsmen constituted the population of the study. It was't a chosen sample and it was planned to include the whole hairdressers in the city. 150 hairdresser salons's phone and address information were obtained through. The Chamber 9 hairdresser salons's phone and address information which were wrong, incomplete or changed were not reached. 141 hairdressers salons were enrolled, 8 of them were not accepted to the study. Finally; 500 workers older than 18 years in 133 hairdresser salons were included in the study. After getting ethical permission, between 01.09.2014 and 31.11.2014 informed consents were signed and the questionnaire was replied by participants with face to face interview method. The collected data were organized and statistically analysed using SPSS, version 17.

Results

In this study 57,8 % of participants were women and 42,2 % were men. When occupation were categorized, 147 of them were helper, 110 of them were assistant master, 159 of them were master, 84 of them were manicurist. 86,8 % of hairdresser workers have told getting education about occupational risks. They have emphasized getting information mostly through school (apprenticeship training) 52 %, thereafter from professional chamber (46,2 %) as the source of the information. The percentage of participants who saw occupation risky for blood borne infections were 81,8 %. The participants who did not see any danger in the place of working were 24.6 %. The participants who knew

infections like HBV, HCV, HIV which were transmitted via blood were 87,6%. The participants who said infections can be transmitted with scissor, fork, razor were found as 77,2 %.

The participants who were vaccinated by HBV vaccine were only 43,4 %. The participants who were using gloves during the professional activities were 32 %. There were only 32 persons using gloves for every procedure. Usage of alcohol 55,2 % was found highest in the instruments cleaning (decontamination procedure).

The participants who washed hands before and after procedure were 76,4 %. The participants who used autoclaves as a sterilization method were found as 54,8 %. The participants mean information score (out of 12) was detected as 8,81±1,81. Information score which effected favourably by sex, age, education, being manicurist, marital status getting vocational retraining time in occupation was determined. The participants mean behaviour score was detected as 6,63± 1,4. Behaviour score which effected favourably by sex, age, education, being manicurist, time in occupation was also determined.

Conclusions

In this study it was seen that the participants's level of knowledge and attitude towards blood-borne infections was inadequate and this situation is a risk for the community health. It is important raising awareness of the workers via proper educational courses. Firstly especially young and unexperienced participants must be educated. Although HBV vaccine in our country is free, the percentage of hairdresser workers who were vaccinated were not enough. Using active vaccine programs for both hairdresser workers and adults will reduce infection transmission significantly. Barbers and hairdressers must be controlled constructively for public health by responsible institutions and checkup of the workers must be done regularly.

Key words: Hairdresser, blood borne infections, knowledge and behaviour.

8. KAYNAKLAR

1. Boztaş G, Çilingiroğlu N, Özvarış ŞB ve ark. Ankara ilinin bir semtinde bulunan kuaför ve güzellik salonlarında çalışan kişilerin kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusunda bazı görüş ve uygulamaları. Hacettepe Üniv. Hemşire YO. Derg 2006;13(1):60-68.
2. Banak S, Yoldaşcan E, Kılıç. Adana ili yarıkırsal alanda yaşayan 10 yaş ve üzeri kişilerde Hepatit B virüsü ve Anti Hepatit C virüsü prevalansı ve etkileyen faktörler. Enfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection) 2002; 16 (2): 133-140.
3. Amodio E, Di Benedetto MA, Gennaro L et al. Knowledge, attitudes and risk of HIV, HBV and HCV infections in hairdressers of Palermo city (South Italy). Eur J Public Health 2010;20: 433–437.
4. Hepatitis B-Centers for Disease Control and Prevention
<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/hepb508.pdf>
Erişimtarihi: 8.11.2014
5. Tosun S. Viral hepatitlerin ülkemizdeki değişen epidemiyolojisi. Ankem Derg 2013;27 (ek 2):128-134.
6. Ökten A. Türkiye’de kronik hepatit, siroz ve hepatoselluler karsinoma etiyolojisi. Güncel Gastroenterol 2003; 7(3): 187-191.
7. UN Joint Programme on HIV/AIDS, Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic: 2012. Available at <http://www.unaids.org/en/resourc/publications/2012/name,76121,en,asp>. Erişim tarihi; 02.11.2014.
8. Türkiye’de bildirilen HIV/AIDS vakalarının yıllara göre dağılımı (T.C. Sağlık Bakanlığı)
<http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/veriler/Aralik2012.pdf;110313.pdf>. Erişimtarihi: 03.12.2014.

9. De Oliveira ACDS, Focaccia R. Survey of hepatitis B and C infection control: procedures at manicure and pedicure facilities in São Paulo, Brazil. *Braz J Infect Dis* 2010;14:502-507.
10. Mısıtık R, Balık İ. Türkiye’de Viral Hepatitlerin Epidemiyolojik Analizi Viral hepatit 2002 Kitabı. Edt:Balık İ,Tekeli E. Erişim Adresi: <http://www.vhsd.org/dergiler.htm>. Erişim Tarihi: 29.11.20
11. Durusoy R, Mermer G, Türk Soyer M. Knowledge on infection control and practices of manicurists and pedicurists in establishments registered to the chamber of professionals in Bornova. *Ege Journal of Medicine* 2012;51(2):83-91.
12. Akçam FZ. Hepatit B virüsü enfeksiyonu. *STED* 2003; 12(6): 211-214.
13. Yanıkerem E, Dedeli Ö, Pekuslu, S, Ertuğun Z,Topçu S, Bayhantopçu H ve ark. Manisa İl merkezinde bulunan berber ve kuaförlerin HIV/AIDS konusundaki bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları._<http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/hatam714.shtml#5>.Erişim_tarihi:06.11.2014.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Hepatit B Hastalığı HakkındaGenelge.Tarih:4Haziran1998,Sayı:6856.<http://www.sb.gov.tr>. Erişim_tarihi:07.11.2014.
15. Yenen OŞ. Viral Hepatitler. İçinde: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (Ed).İnfeksiyon Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1996:641-701.
16. Kıyan M. Hepatit B Virüsü. İçinde: Kılıçturgay K, Badur S (Ed), Viral Hepatit 2001. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2001: 86-120.
17. Baştuğ Tanrııcı A, Bodur H, Akut Hepatit C Tanı ve Tedavisi: Literatüre Bakış. *Viral Hepatit Dergisi* 2007; 12(2): 62-67.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Kaposi sarcoma and Pneumocystispneumonia among homosexual men- New York City and California. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1981;30:305-308.

19. Bilgiç A, Özacar T. Hepatit B virüsü. İçinde: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (Ed)., İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji. Cilt 2. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2002:1350–1367.
20. Karabay O. Hepatit B enfeksiyonunda laboratuvar tanısı. IX. Ulusal Viral Hepatit Kongresi, 2008. Kongre konuşma özetleri ve bildiriler: 20-22.
21. Özdemir D, Kurt H. HBV enfeksiyonlarının epidemiyolojisi. İçinde: Tabak F, Balık İ, Tekeli E (Ed). Viral hepatit 2007. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2007: 108-117.
22. Gürakar M, Leuschner U, Gürakar A, Karasu Z. A'dan Z'ye Hepatitler. 3.baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 2007: 36-37.
23. Knutsson M, Kidd-Ljunggren K. Urine from chronic hepatitis B virüs carriers; implications for infectivity. J Med Virol 2000; 60 (1): 17–20.
24. Taşkiran P. Nevşehir'de son 2 yılda görülen Hepatit B ve Hepatit C vakalarının epidemiyolojik özellikleri ve hastaların viral hepatitlerle ilgili bilgi, tutum ve davranışları . Erciyes Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Halk Sağlığı AD 2009. <http://www.erciyes.edu.tr/dergi/2010/özetler>. Erişim tarihi:9.12.2014.
- 25.Savaş L. Hepatit B virüs enfeksiyonu klinik. IX. Ulusal Viral Hepatit Kongresi 2008, Kongre konuşma özetleri ve bildiriler:16-17.
26. Taşyaran MA. HBV Enfeksiyonu Epidemiyolojisi. İçinde: Kılıçturgay K, Badur S (Ed).Viral Hepatit 2001. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2001:121-128.
27. Taşyaran M. HBV enfeksiyonunda klinik. İçinde: Tabak F, Balık İ, Tekeli E (Ed). Viral hepatit 2007. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği,2007: 118-121.
28. Robinson WS. Hepatitis B virus and Hepatitis D virus. In: Mandell GL, Bennett JE,Dolin R (Eds). Principles and Practice of Infectious Diseases, 4th ed, NewYork; Churchill Livingstone, 1995: 1406-1439.
29. Kurt H. Hepatit B Virus Enfeksiyonunda Klinik Bulgular. İçinde: Kılıçturgay K, Badur S(Ed). Viral Hepatit 2001. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2001:129-134.

30. Akarca US. Kronik Viral Hepatitler. İçinde: Özden A, Şahin B, Yılmaz U, Soykan (Ed). Gastroenteroloji. Ankara: Türk Gastroenteroloji Vakfı Yayınları, 2002:479-483.
31. Beasley RP, Hwang LY, Lin CC et al: Hepatocellular carcinoma and hepatitis B virus: A prospective study of 22,070 men in Taiwan. Lancet 1981; 2: 1129–1133.
32. Aydın K. Kronik hepatit B’de güncel tedavi. Ankem Derg 2006; 20:203-207.
33. Felek S. Karaciğer ve Safra Yolları Enfeksiyonları. İçinde: Felek S (Ed). Sistemik enfeksiyon Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2000: 195-212.
34. Savaş C, Simsek H. Kronik Hepatitler. İçinde: Ömür U, Ünal S (Ed). Enfeksiyon Hastalıkları II. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2002:593-600.
35. Balık İ, Beşışık F. Kronik hepatit B’de peg – interferon ve nükleozid analogları tedavisi. İçinde: Tabak F, Balık İ, Tekeli E (Ed). Viral hepatit 2007. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2007: 184-202
36. Tabak F. Viral Hepatitler. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Hastalıkları 1, İ. Ü. Cerrah Paşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyumu 2007; 55: 195-214.
37. Tekeli E. Hepatit B Virüs Enfeksiyonundan Korunma. İçinde; Tabak F, Balık İ. Tekeli E (Ed). Viral Hepatit 2007. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2007:178-182.
38. Bilgiç A. Hepatit B Virüs ve Serolojik Tanı. Aktüel Tıp Dergisi (Viral Hepatitler Sayısı), 1997; 2(3): 130-133.
39. TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (Daimi Genelge) 25.02.2008 www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-33203/h/gbpgenelge 2008 Erişim tarihi:9.12.2014
40. Şenol E. Hepatit B. Galenos Aylık Tıp Dergisi,1998;1(12):12-17.
41. Tekeli E, Balık İ. Hepatit C virüsü virolojisi ve serolojisi. Viral hepatit 2003: 190.
42. Akkız H. Epidemiyoloji ve Korunma. İçinde; Kılıçturgay K, Badur S (Ed), Viral Hepatit 2001. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2001:193-208.

43. Sarı N, Günel Ö, Dizbay M ve ark. Bir Üniversite Hastanesinde Temizlikten Sorumlu Şirket Elemanlarında ve Sözleşmeli Hemsirelerde HBsAg ve Anti-HCV Sıklığının Araştırılması, Viral Hepatit Dergisi 2006; 11(3): 126-131.
44. Hafta A, Çolakoğlu S, Akkız H. ve ark. Çukurova Bölgesinde Çeşitli Gruplarda Anti-HCV Prevalansı. Viral Hepatit Dergisi 1996; 1: 46-49.
45. Şahin N. Hepatit C virüsünün saptanması ve kliniği. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 1995; 3: 180-183.
46. Sivri B, Gönen Ö. Current Gastroenteroloji Tanı ve Tedavi. 2. baskı İstanbul: Güneş Kitabevi, 2007: 546.
47. Akıncı E, Bodur H. HCV Enfeksiyonunda Klinik ve Tanı. İçinde; Tabak F, Balık İ, Tekeli E (Ed). Viral Hepatit 2007. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2007:220-226.
48. Kaygusuz S. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Viral Hepatitler. Klimik Dergisi 2004;17(2):72-81.
49. Sivri B, Gönen Ö. Current Gastroenteroloji Tanı ve Tedavi. 2. Baskı İstanbul: Güneş Kitabevi, 2007: 556.
50. Yenen O. Hepatit C Virusu. İçinde: Topçu A, Söyletir G, Doğanay M (Ed). Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji. 1. baskı İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2002:1377-1400.
51. Şentürk H. HCV Enfeksiyonu Klinik Bulgular ve Tanı. İçinde: Tabak F, Balık İ (Ed). Viral Hepatit 2003. Ankara: Ohan matbaası, 2003: 222-225.
52. Tahan V, Kalaycı C. Kronik hepatit C güncel tedavisi. İçinde: Tabak F, Balık İ, Tekeli E (Ed). Viral Hepatit 2007. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2007:246-247.
53. Kandemir Ö. Kronik HCV enfeksiyonu korunma ve tedavi. IX. Ulusal Viral Hepatit Kongresi, 2008, Antalya. Kongre konuşma özetleri ve bildiriler:24-25.

54. Gilbert PB, McKeague IW, Eisen G, et al. Comparison of HIV-1 and HIV-2 infectivity from a prospective cohort study in Senegal. *Stat Med* 2003;22(4):573–593.
55. Kahn JO, Walker BD. Acute human immunodeficiency virus type 1 infection. *N Engl J Med* 1998; 339:333.
56. UN Joint Programme on HIV/AIDS, Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic:2008. Available from: [http:// www.unaids.org/globalreport](http://www.unaids.org/globalreport). Erişim tarihi; 11.11. 2014
57. Kaslow RA, Carrington M, Apple R, et al. Influence of combinations of human major histocompatibility complex genes on the course of HIV-1 infection. *Nat Med* 1996; 2: 405-411.
58. Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(1):CD003255.
59. Ly TD, Ebel A, Faucher V, et al. Could the new HIV combined p24 antigen and antibody assays replace p24 antigen specific assays. *J Virol Methods*. 2007;143(1):86-94.
60. Bartlett J.G. (2013). The stages and natural history of HIV infection. In Hirsch MS (Ed.) UpToDate. Version 8.0 Available from: <http://www.uptodateonline.com>. Erişim tarihi; 11.11. 2014
61. Sax P.E. (2013). Acute and early HIV infection: Clinical manifestations and diagnosis. In Bartlett JG (Ed.), UpToDate. Available from <http://www.uptodateonline.com>. Erişim tarihi; 10. 11. 2014.
62. Niu MT, Stein DS, Schnittman SM. Primary human immunodeficiency virus type 1 infection: review of pathogenesis and early treatment intervention in humans and animal retrovirus infections. *J Infect Dis*. 1993;168(6):1490–1501.
- 63.HIV-AIDS Tanı ve Tedavi Rehberi. [http:// thsk.saglik.gov.tr/](http://thsk.saglik.gov.tr/) 2013/Erişim tarihi;09.11.2014

64. Erensoy S. HIV/AIDS Tanısı ve Viral Yük Testleri. Virolojik Tanı Yöntemleri. İstanbul. 2011:45.
65. UNAIDS/WHO Guidelines for using HIV testing technologies in surveillance: selection, evaluation and implementation-2009 update. http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/hiv_testing_technologies/en/ Erişim tarihi; 15.11.2014.
66. Deeks SG, Phillips AN. HIV infection, antiretroviral treatment, ageing and non-AIDS related mortality. BMJ 2009; 338:a3172.
67. Mele A, Corona R, Tosti ME, et al. Beauty treatments and risk of parenterally transmitted hepatitis: results from the hepatitis surveillance system in Italy. Scand J Infect Dis 1995;27:441-444.
68. Karmochkine M, Carrat F, Dos Santos O, et al. A case-control study of risk factors for hepatitis C infection in patients with unexplained routes of infection. J Viral Hepat 2006;13:775-782.
69. Canyılmaz D. Berber ve kuaför hizmetlerinde DAS uygulamaları. 6. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi 2009:407-416.
70. Johnson IL, Dwyer JJM, Rusen DI, Shahin R, Yaffe B. Survey of infection control procedures at manicure and pedicure establishments in North York. Canadian Journal Of Public Health 2001;92(2): 134-137.
71. CDC Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities 2008. http://cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf.
72. www.das.org.tr/dosya/kongre/kong2003/14.htm - 43k. Erişim tarihi:12.12.2014.
73. Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2004:ss. 5,31,79,82,91,99.

74. İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği Resmi Gazete Tarihi: 29.12.2012
Resmi Gazete Sayısı: 28512 www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/12/20121229-12.htm.Erişim tarihi:25.11.2014.
75. Hijyen Eğitimi Yönetmeliği Resmi Gazete Tarihi:05 Temmuz 2013. Resmi Gazete Sayısı: 28698 www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130705-3.htm. Erişim tarihi:25.11.2014.
76. Çilingiroğlu N, Özvarış Ş, Bülbül E, Sakınç E, Ergin G, Sarıoğlu A, Karaca O, Koçak T. Ankara İli Cebeci Semtinde Bulunan Kuaför, Berber ve Güzellik Salonlarında Çalışan Kişilerin Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bazı Bilgi ve Uygulamalarının Saptanması. HÜTF Dergisi 1999;2:14-17.
77. Kişioğlu AN, Öztürk M, Uskun E, Doğan M. Isparta'daki Kuaför ve Güzellik Salonlarında HIV/AIDS Konusunda Bilgi ve Durum Değerlendirmesi. HIV/AIDS Dergisi, 7 (1), 2004. Erişim Adresi: <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/hatam714.shtml#4> Erişim Tarihi: 04.12. 2014
78. Dinç G, Dedeoğlu N, Aktekin M. Lise öğrencilerinin AIDS konusundaki bilgi ve tutumları. Akd Üniv Tıp Fak Dergisi 1993; 1-2:33-37.
79. Chaudhry M. A, Rizvi F, Ashraf M. Z, Afzal M, Niazi S. Knowledge and practices of barbers regarding hepatitis B and hepatitis C in Bahra Kahu, Islamabad–Pakistan. Rawal Med J 2010; 35: 37-40.
- 80.Belbacha I, Cherkaoui I, Akrim M, Dooley K.E, El Aouad R. Seroprevalence of hepatitis B and C among barbers and their clients in the Rabat region of Morocco. EMHJ 2011;17: 911-919.
81. Moghadam MHB, Mazloomi SS, Ehrampous MH. The effect of health education in promoting healthof hairdressers about hepatitis B based on healthbelief model: A field trial in Yazd, Iran. Acta Medica Iranica 2005; 43(5): 342-346.
- 82.She SL, Shi LY, Wu YJ, Li ZZ, Zheng CZ, Wu YP, Yu Xh. A. Seroepidemic Study of Hepatitis B Virus Infection among Barbers in Huangshi City Hubei China. Microbiol Immunol 1988; 32: 229-233.

83. Candan F, Alagözlü H, Poyraz Ö, Sümer H. Prevalence of Hepatitis B and C Virus Infection in Barbers in The Sivas Region of Turkey. *Occup Med.* 2002; 52: 31-34.
84. Özdemir L, Alim A, Arslan S, Nur N, Kaya S, Demirel Y, Özyazıcı G. Sivas İlinde Berber ve Kuaförlerde HBV, HCV ve HIV Seroprevalansı. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;26:153 – 156.
85. Üner S, Özvarış ŞB. Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıklardan Korunmada Farklı Bir Hedef Grup İçin Eğitim Programı. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2001;2:1-4.
86. Şahin N, Bilgiç D, Esen U, Çetinkaya R, Tozoğlu Z. Bayan Kuaförü Çalışanlarının Hepatit B'ye İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2009; 8(2): 147-154.
87. A.H. Jokhio, T.A. Bhatti and M.S. Memon. Knowledge, attitudes and practices of barbers about hepatitis B and C transmission in Hyderabad, Pakistan. *EMHJ* 2010;16:1073-1084.
88. Kişioğlu N, Öztürk M, Demirel R, Uskun E, Kırbıyık S. Isparta il merkezindeki erkek berberlerin hepatit B hakkındaki bilgi tutum ve davranışların değerlendirilmesi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2000; 7(2): 52-57.
89. Hıdıroğlu S, Karavuş M, Topuzoğlu A, Şalva T. Manikür-pedikür yapan kadın berberlerin Hepatit B hakkındaki bilgi tutum ve davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006; 5(4): 276-286.
90. Togan T, Turan H, Tosun S, Arslan H. Manisa İl Merkezinde Berber, Kuaför ve Güzellik Salonu Çalışanlarının Hepatit Konusundaki Bilgi Düzeyi, Tutum ve Davranışları. *Ankem Derg* 2014;28(2):50-57.
91. Demir N, Kolgelier S, Demir S, Özçimen S, İnkaya Ç. Kuaför ve Berberlerin Kan Yolu ile Bulaşan Hastalıklar Hakkında Bilgi ve Tutumları. *Viral Hepatitis Journal* 2014; 20(2): 67-71.

92. Shalaby S, Kabbash I.A, El Saleet G, Mansour N, Omar A, El Nawawy A. Hepatitis B and C viral infection: prevalence, knowledge, attitude and practice among barbers and clients in Gharbia governorate, Egypt. EMHJ 2010;16:10-17.
93. Coşkun M, Dabak Ş, Peşken Y, Erdal R, Topbaş M. Samsun'da çalışan kuaförlerin AIDS konusundaki bilgi ve davranışları. 5. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, İstanbul 1996, ss. 551.
94. Ataei B, Shirani K, Alavian SM, Ataie M. Evaluation of Knowledge and Practice of Hairdressers in Women's Beauty Salons in Isfahan About Hepatitis B, Hepatitis C, and AIDS in 2010 and 2011. Hepatitis Monthly 2013;13(3):6215:1-6.

9. EKLER

Ek-1. Özgeçmiş

Adı Soyadı: Semra Sümer

Doğum yeri, tarihi: Mannheim/Almanya. 31.01.1972

Medeni durumu: Evli, 2 çocuk annesi

İletişim: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 09100, AYDIN

e-mail: sesumer45@yahoo.com.tr Cep telefon: 0 505 6711588 İş telefon: 0 256 2197188

Eğitim:

Altınordu İlkokulu

Salihli ortaokulu

Salihli Lisesi

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi (1996)

Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği A.D. Araştırma görevlisi (giriş:13.08.2012)

Yabancı Dil: İngilizce

Sertifikalar:

Kan bankacılığı uygulamaları sertifikası

Yenidoğan işitme tarama uygulayıcı sertifikası

Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi, Aydın

Sağlık Bakanlığı Rahim İçi Araç Uygulama Kursu, Aydın

Sağlıkta Araştırma Kursu, Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Araştırma Ve Uygulama Merkezi, Aydın,

Tütün bağımlılığı tedavisi ve eğitimi

İş deneyimi:

Bitlis Merkez Sağlık Ocağı Pratisyen Doktor

Konya Merkez Sağlık Ocağı Pratisyen Doktor

Söke AÇSAP Merkezi Pratisyen Doktor

Söke Devlet Hastanesi Pratisyen Doktor

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

EK 2: Veri Toplama Formu

KADIN KUAFÖRÜ ÇALIŞANLARININ KAN YOLUYLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

AÇIKLAMA: Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. Semra Sümer'in tez çalışmasıdır. Çalışma kadın kuaförü çalışanlarının kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar ve bu enfeksiyonları önleme konusunda bilgi, tutum, davranışları ve bunları etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Elde edilen veriler çalışma amaçları dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Prof. Dr. Ayfer Gemalmaz
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

1-Yaş: ...

2-Cinsiyet: (1)Kadın (2) Erkek

3-Medeni Durum: (1)Evli (2) Bekar

4-Meslek:

(1)Çırak (2) Kalfa (3) Usta (4) Manikürcü

5-Gelir (Aylık):

(1)900 TL Ve Altı (2) 901– 3000 TL (3) 3001 TL ve üstü

6-Öğrenim Durumu:

(1)Okuryazar (2) İlköğretim (3) Meslek lisesi (4) Yüksekokul

7-Çalışma Süresi:

(1)1 yıldan az (2) 1-5 yıl (3) 5 yıldan fazla

8-Sağlık Güvenceniz;

(1) Yeşil Kart (2)SGK (3)Yok

9-Müşterilerde kullanılan malzemelerin yalnız su ile yıkanması enfeksiyon riskini %50 azaltır.

(1)Doğru (2)Yanlış (3) Bilmiyorum

10-İşlemden önce ve sonra mutlaka eller yıkanmalıdır.

(1)Doğru (2)Yanlış (3) Bilmiyorum

11-Manikür –pedikür yapılırken aynı kap naylonu kullanılabilir.

(1)Doğru (2)Yanlış (3) Bilmiyorum

12-Manikür –pedikür yapılırken eldiven kullanmaya gerek yoktur.

((1)Doğru (2)Yanlış (3) Bilmiyorum

13-Bu kaplar iş günü bitiminden sonra dezenfeksiyona tabi tutulmalıdır.

(1)Doğru (2)Yanlış (3) Bilmiyorum

14-Makas, cımbız gibi kullanılan diğer metal aletlerin mutlaka sterilizatörde steril edilmesi gereklidir.

(1)Doğru (2)Yanlış (3) Bilmiyorum

15-Aletlerin yıkandığı lavabo ile mutfak lavabosu aynı olabilir.

(1)Doğru (2)Yanlış (3) Bilmiyorum

16-Müşteride kullanılan malzemelerin kullanım sonrasında sterilize edilmeden önce işleminden geçirilmesi gereklidir.

(1)Doğru (2)Yanlış (3) Bilmiyorum

17-Kan ve vücut sıvıları ile temas etmiş aletlerin steril edilmesi yada dezenfeksiyona tabi tutulması gereklidir.

(1)Doğru (2)Yanlış (3) Bilmiyorum

18-HBV, HCV, AIDS gibi hastalıklar kan yoluyla bulaşır .

(1)Doğru (2)Yanlış (3) Bilmiyorum

19-Bu hastalıklar havlu, çatal, bardak kullanımıyla geçebilir.

(1)Doğru (2)Yanlış (3) Bilmiyorum

20-Bu hastalıklar makas, jilet vs. yoluyla geçebilir.

(1)Doğru (2)Yanlış (3) Bilmiyorum

21-Hepatiti B aşınız var mı?

(1)Evet (2) Hayır (3)Bilmiyorum

22-Tetanoz aşısını yaptırdınız mı?

(1)Evet (2) Hayır (3)Bilmiyorum

23-Tezgah, ayna, zemin, oturma gruplarını ne ile temizliyorsunuz?

(1) Su (2) Deterjan (3) Klorak (4)Diğer

24-İş önlüğü giyiyor musunuz?

(1) Bazen (2) Her zaman (3) Hiç bir zaman

25-Kaç manikür –pedikür takımınız var?

(1) 1 (2) 2 (3) 2 den fazla

26-Müşterilere kendi takımlarını getirmelerini öneriyor musunuz?

(1) Evet (2) Hayır

27- Çalışma sırasında ellerinizi ne zaman yıkıyorsunuz?

(1)İşlemden önce (2) İşlemden sonra (3) Önce ve sonra (4) Yıkamıyorum

28-Her müşteriye ayrı havlu kullanıyor musunuz?

(1) Evet (2) Hayır

29-Hangi durumlarda eldiven kullanıyorsunuz?

(1)Manikür- pedikür (2) Temizlik (3) Epilasyon (4) Boya (5) Hepsi

30- Malzemeleri kullanım sonrasında ne ile temizliyorsunuz?

(1) Alkol (2) Zefiran (3) Deterjan (4) Klorak (5) Diğer

31-Aletleri nasıl sterilize ediyorsunuz?

(1)Kuru ısı (2)UV (3) Alkol (4) Klorak (5) Diğer

32- Alet temizliği yaptığınız lavabo ile sosyal el yıkama veya mutfak lavabosu ayrı mı?

(1)Evet (2) Hayır

33-Malzemelerin sterilizasyonu için ne kadar süre ve kaç derecede steril edilmesi gerektiğini biliyor musunuz?

(1)Evet (2) Hayır

34-Mesleki riskler konusunda (kan yoluyla bulaşan hastalıklar) eğitim aldınız mı?

(1)Evet (2) Hayır

35-Kan yoluyla bulaşan hastalıklar ile ilgili bilgiyi nereden aldınız?

(1)okul (2) gazete, tv (3) meslek odası (4) bilgi almadım

36-Kan yoluyla bulaşan hastalıklar açısından mesleğinizi riskli buluyor musunuz?

(1)Evet (2) Hayır

37-Bu hastalıkların geçişini önleme konusunda bilgi düzeyiniz sizce nasıl?

(1)Yetersiz (2) Düşük (3) Orta (4) Yeterli

38-Bu hastalıklar hakkında daha fazla bilgi almak ister misiniz?

(1)Evet (2) Hayır

39-İşyerinizin risk sınıfı nedir?

(1) tehlikesiz (2) az tehlikeli (3) orta tehlikeli (4) yüksek tehlikeli (5)

bilmiyorum

40- Son 1 ay içinde kesici –delici alet ile yaralandınız mı?

(1) Evet (2) Hayır

Ek-3: ADÜ Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 56989545/050.04-21
Konu : Çalışmanız hk.

14.3.2014
AYDIN

Sayın, Doç.Dr. Ayfer GEMALMAZ
Aile Hekimliği AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.03.2014 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 12 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KILIÇOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik-Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 12.

Protokol No : 2014/345
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Ayfer GEMALMAZ
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Ayfer GEMALMAZ'ın "Kadın kuaförü çalışanlarının kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar konusundaki bilgi, tutum, davranışları ve etkileyen faktörler" başlıklı klinik araştırmasının 27.02.2014 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 05.03.2014 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta, yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Ek-4: Aydın Esnaf ve Sanatkârlar Odası İzni



ESNAF VE SANATKARLAR SİCİL MÜDÜRLÜĞÜ



SAYI : 2014/25

03/02/2014

SN: SEMRA SÜMER
ADÜ ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ

AYDIN

İlgi : 03.02.2014 tarihli dilekçeniz.

İlgide kayıtlı yazınızla istenilen Birliğimize bağlı odalardaki Kadın ve Erkek Kuförlüğü meslek dalında kayıtlı üyelerimizin sayısı yazımız ekinde belirtilmiştir..

Bilgilerinize rica olunur.


Serpil ARSLAN
Esnaf ve Sanatkarlar
Sicil Müdürü

EKİ:1 Sayfa Liste.

Aydın - Denizli Karayolu Üzeri 4. Km. No:82 AYESOB Binası Kat: 2 AYDIN
Telefon : 0.256. 231 06 74 - 75 - 76 • Fax : 0.256. 231 06 22