

## HIV pozitif bireyin topluma entegrasyonu: Türkiye’de HIV/AIDS ve sosyoetik refleksiyonlar

*Integration of HIV positive people to society:  
HIV/AIDS in Turkey and socioethical reflections*

**M. Kemal Temel, Hakan Ertin**

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD İstanbul

### Özet

“Türkiye’de ilk” olarak ünlenen bir HIV vakasında da gözlemlenebileceği gibi, AIDS’in ortaya çıkışı toplumlarda hastalığa karşı korkulu bir ilgiye neden olmuştur. Bilinmeyen bir hastalık karşısında toplumun ilk tepkisini değerlendirmeksizin HIV/AIDS algısının sosyal ve etik analizi eksik kalacaktır. Yeni salgın hastalıklarla karşılaşan ilk kesim olan sağlık çalışanlarının tutumu ise tıp etiğince önemlidir. Türkiye’de halkın HIV/AIDS konusunda ortalama bilgi ve bilinç düzeyi idealin altındadır; HIV pozitif insanlar başlangıçtan bugüne toplum tarafından hastalıklarıyla damgalanarak dışlanmakta, kınanmakta ve korkuyla yaklaşmaktadır. HIV pozitif insanların psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaksızın topluma entegrasyonu için, HIV/AIDS’e dair gerçeklerin açık bir dille ve daha sıkça halka ifade edilmesi, böylelikle marjinalleşmiş haldeki “AIDS” sözcüğünün normalleştirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV/AIDS; AIDS ve hasta sırrı, Türkiye’de AIDS; AIDS ve etik.

### Abstract

The emergence of AIDS in societies caused an anxious interest in the disease, as could be observed in the reportedly first HIV case of Turkey. The ethical and social analysis of the perception of HIV/AIDS will be incomplete without assessing the first reaction of the society upon meeting with an unknown disease. The attitude of the healthcare professionals, the first group facing the new epidemic diseases, is important with respect to the medical ethics. The average level of HIV/AIDS knowledge and awareness of the Turkish people is below the ideal level; and the HIV positive people have been stigmatized, excluded, censured and treated with fear from the first day till today. For the integration of the people with HIV to the society without experiencing psychological and social problems, the facts concerning HIV/AIDS should be addressed with the public more frequently and in a straightforward manner, thus normalizing the marginalized word of AIDS.

**Key Words:** HIV/AIDS; AIDS and confidentiality; AIDS in Turkey; AIDS and ethics.

Geliş tarihi (Submitted): 11.01.2013

Kabul tarihi (Accepted): 01.02.2013

### Yazışma / Correspondence

M. Kemal Temel

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi

Tıp Tarihi ve Etik AD,

İstanbul, Türkiye

E-mail:mkemaltemel@gmail.com

### Giriş

1985’te Türkiye’nin ilk AIDS hastası olarak ünlenen M.E., 1992’de İzmir Devlet Hastanesi’nden Haseki Hastanesi’ne nakledildi (1); burada yaklaşık bir aylık tedavinin ardından hayatını kaybettiğinde, enteresan bir biçimde defnedilecekti: Gazetenin bildirdiğine göre hastanın naaşı önce sodyum hipoklorit ile yıkanacak, sonra naylonla sarılacak, nihayet kimsenin taşımaya yanaşmayacağı özel bir tabuta koyularak derin bir kireç çukuruna gömülecekti (2). İmam için tıbbi maske öngörülmüştü.

Bir nükleer atık imhasını andıran bu aşırı tedbirli cenaze töreninden hareketle, hemen bir dizi soru sorulabilir: Hastalığın tıp literatürüne girdiği 1981’den yaklaşık on yıl sonra sergilenen bu abartılı tutum, hastalığa ilişkin verilerle – örneğin virüsün havadan bulaşmadığı gerçeği ile – ne kadar örtüşmekteydi? Yoksa basilin yayılımı için bir öksürüğün yettiği tüberkülozdan esirgenen bu fiziksel önlemler, esasen topluma gerekenin yapıldığı görüntüsünü vermeye mi yönelikti? Hastanın açık isminin geçtiği sayfalarca gazete haberi, varlığını hasta mahremiyeti

ilkesinin ihlaline değilse neye borçluydu? *Medyaya* yapılan ifşaattan önce hasta onayı alınmış mıydı?

M.E. kendisini “AIDS kurbanı” olarak ifşa eden ve “Türkiye’nin ilk AIDS hastası bende” açıklamasında bulunan profesörü “reklam yapmak” ile suçlayarak tazminat davası açmış ve aynı doktor meslektaşları tarafından kınanmıştır (3, 4). Zamanla M.E.’ye dair haberler, adının önüne eklenen sıfatlarla “AIDS’li M.” ya da “Sevimli AIDS’li M.” gibi başlıklar altında çıkmıştır. Ölümüne yakın çıkan haberlere, hasta yatağında ve bilinci kapalıyken (fotoğrafa onay veremeyecek bir haldeyken) çekilen fotoğraflarıyla görsel zenginlik sağlanmıştır. M.E. öldükten sonra benzer haberlere başka hastalar üzerinden, bu kez “AIDS’li hemşire,” “AIDS’li T.” gibi başlıklarla devam edilmiştir. Hastalara ait mahrem bilgiler halka medya tarafından sunulmuş, medyaya ise bu hastalarla ilgilenen sağlık çalışanları tarafından sızdırılmıştır.

### **1985’ten günümüze Türkiye’de HIV/AIDS’e karşı önlemler ve halkın HIV/AIDS bilgisi**

AIDS ile 1985’te tanışan Türkiye’de HIV enfeksiyonu Ekim 1985’te bildirim zorunlu hastalıklar kategorisine dahil edilmiştir (5). HIV testi uygulaması 1986’da, ameliyat öncesi HIV testi zorunluluğu 1987’de, vakaların kodlu bildirim 1994’te başlamıştır (6). Evlilik öncesi HIV testi 2002’den beri zorunludur (7). Kan ürünleri 1987 yılından beri kontrol edilse de, mekanizmanın kusursuz işlemediği örneklenmiştir (7–10). AIDS aleyhinde faaliyet gösteren birkaç sivil toplum kuruluşu mevcuttur. HIV taşıyanlar temel anayasal haklara sahiptir, başkaca bir konum ya da korunma söz konusu değildir.

Türkiye’de hayatın herhangi bir aşamasında AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar üzerine özel bir eğitim verilmemektedir; danışmanlık veren kurumlar da sınırlıdır. Medya birincil ve en popüler bilgi kaynağıdır. Farklı yıllarda yürütülmüş az sayıda çalışmadan hareketle, halkın değişik kesimlerinin AIDS konusundaki bilgi-bilinç düzeyinin ideal olmadığı kanaatine varılabilir.

1427 ODTÜ öğrencisine uygulanan 2003 tarihli ankette, katılımcılardan 271’i cinsel ilişki yaşadığını ve bunlardan 81’i kondom kullandığını, 724 kişi AIDS hakkında “çok şey” bildiğini belirtmiştir; televizyon %61 ile esas bilgi kaynağıdır. Ancak hastalığın enfekte kişinin giysilerini giymekle ya da onunla aynı klozeti kullanmakla bulaşıp bulaşmayacağı sorusuna, sırasıyla 685 ve 842 kişi yan-

lış cevap vermiştir (11). 2007 tarihli bir diğer ankette, 660 Türk denizciden yaklaşık yarısı kendilerini risk grubu addetmiş; ancak katılımcıların yalnızca %10’u HIV testi yaptırdığını ve %13’ü AIDS bilgisini bir sağlık çalışanından edindiğini ifade etmiştir. Çoğunluğun – %68,5’in – bilgi kaynağı radyo ve televizyon olarak belirtilmiştir (12). 1129 askerle yürütülen 2003 tarihli çalışmada askerlerin %97,9’u AIDS’in cinsel yolla bulaştığını bilmesine karşın, hastalıktan nasıl korunulacağı sorusuna kondom kullanımı ile cevap verenlerin oranı %32,8’de kalmıştır. Yüzde 18,3 aşı olarak korunabileceği; %50,6 ise hastalığın öldürücü olduğu fakat aşısının bulunduğu bildiriminde bulunmuştur (13). 2008 yılında Mersin’de genelev kayıtlı 50 kadından 45’i AIDS’in cinsel yolla bulaştığını ve %58’i tedavisinin olmadığını bilmiş; ancak yalnızca %18’i “gebeliği önleyici yöntem” olarak kondom kullandığını belirtmiştir (14). 2006’da Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi’ndeki cinsel hayatı aktif 154 hemşireden yalnızca 31’i cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için bir yöntem başvurduğunu bildirmiş; 104 hemşire AIDS’in sivrisinek sokması ile bulaştığını düşünmüştür (15). Ankara Behice Eren Çocuk ve Gençlik Merkezi’ne kayıtlı, sokakta çalışan/yaşayan ve yaş ortalaması 14,5 olan 44 katılımcı ile yürütülen 2004 tarihli çalışmada, katılımcıların %56,8’i AIDS hakkında herhangi bir şey bilmediğini ifade etmiştir (16).

Yukarıda sıralanan çalışmalarda genel olarak AIDS, cinsel yolla bulaşan ciddi bir hastalık olduğu bilinecek kadar tanınmakta, ancak hastalığın nasıl *bulaşmadığına* ve sonrasına dair bilgiler yetersiz kalmaktadır. Daha kapsamlı araştırmalarla desteklenmeye muhtaç bu bulgular, halihazırda detaylı AIDS eğitime yönelik büyük bir ihtiyaca işaret etmektedir. Bu, oldukça genç nüfuslu Türkiye için özellikle önemlidir. Bu tür bir bilgilendirme girişimi, yukarıdaki verileri, ideal bilgi düzeyine henüz erişilmemiş olsa da o yönde bilinçlenilmekte olduğu şeklinde, daha iyimserce yorumlamayı mümkün kılabilir.

### **HIV pozitif birey ve toplum**

Seksenlerin sonunda ve doksanlarda toplumun HIV/AIDS’e yönelik büyük ilgi ve endişesi, medyayı M.E. vakasını ve tedavi sürecine dair bol miktarda detayı gazete sayfalarına taşımak için kıskırtmış, bu ilginin odağında yer almak isteği kimi sağlık çalışanlarının hastalara ait bilgileri ifşa ve hasta mahremiyeti ilkesini ihlal edişine

neden olmuştur. Hastalar medyada ve toplumda hastalıklarıyla anılır hale gelmiştir.

Hastalıklarıyla damgalanmak, HIV pozitif insanlar için her zaman bir sorun olmuştur. Hastaların toplum tarafından damgalanışına iki neden gösterilebilir: Yersiz korku ve kınama. Yanlış-eksik bilgilenme sonucu AIDS, çok acılı ve yakın bir ölüm olarak algılanmakta, aynı kötü sona uğramak için hasta ile aynı ortamda bulunmanın dahi yeteceği sanılmaktadır. Bu potansiyel tehlikeyi bir isim vererek açıkça belirtmek ve ona karşı mesafe koymak istenmektedir. *Korku* bu tutumu açıklar. *Kıymacı* düşünceye göre ise AIDS, birtakım “ayıp” ve “sapkın” faaliyetlerin sonucudur. Esasen korkudan kaynaklanan damgalama, bazen üstü kapalı bir biçimde bu görüşü de içermektedir.

Damgalanan hastalar toplumdan izole olabilmektedir: Hasta ya dışlanarak ve istemsizce toplum dışına itilir ya da maruz kaldığı muameleden ötürü kendi iradesi ile diğer insanlardan ayrılır; böylece her iki surette de sosyal hayattan uzaklaşır. Çoğunluk, geri kalan herkesin algısını değiştirmek gibi imkansız görünen bir mücadeleden, kendisini geri çekmek gibi görece kolay ancak sağlıksız bir eğilim içindedir. Toplumun anlayışsız ve acımasız tutumuna karşı bu palyatif çözümü yeğleyenler, kimi haklarının ihlalini de suskunluk ve eylemsizlik ile karşılamaya yatkındır. Bu durum, herhangi bir direniş gösterenlerin sayıca azlığının bir nedenidir; hastaların hukuki cehaleti ve halihazırda hukuk sisteminin incinebilir konumundakileri yeterince kollayacak yetkinlikte olmayışı, diğer sebepler arasında sayılabilir.

Ancak sıkıntı veren dış ortamdan uzaklaşmak, çoğu HIV pozitif için nadiren mümkündür. Gerçekler, genellikle istekleri kısıtlayıp sorunlaştıracaktır; örneğin maddi mecburiyetler. HIV taşıyanlar, istenmediklerini hissettikleri bir işyerine gidip gelmeyi sürdürmek zorunda kalacaklardır. Zira sağlık masrafları kısmen ya da tamamen herhangi bir sigorta tarafından karşılanırsa dahi, bireysel ve ailesel ihtiyaçlara göre çeşitlenecek diğer geçim giderlerinden ötürü mevcut maddi düzenin idamesi elzemdir. Böylelikle yetişkin HIV pozitif, “izole olmak” arzusunda olsa da bunu sağlayamaz ve rahatsız edici bir ortamda sıklıkla bulunmak, hayatta kalmak adına kabullenilir – Sıklıkla bulunulan bu rahatsız edici ortam, damgalama ve dışlanmaya maruz kalınan bir işyerinin yanı sıra, devasa ve kalabalık binalarda hasta hak ve haysiyetinin ihla-

line sıkça tanık olunmuş günümüz hastaneleri de olabilir.

Yukarıdaki eğilimin aksi de vakidir; hastalığı henüz bedensel fonksiyonlarını aksatmayan bireyler, kopmak değil oldukları yerde kalmak, hastalıktan önceki yaşam tarzlarını muhafaza etmek isteyebilirler. Ancak aynı hastalar, bu kez ayrımcılığa ve işten uzaklaştırılma raddesine varan haksızlığa uğrayabilmektedir. Bu, üretkenliğini ve rutinini sürdürmek isteyen bireyler için düş kırıklığı, değersizlik ve elverişsizlik hisleri anlamına gelecektir. İşveren ve iş arkadaşları tutumlarına kendi güvenlik ve haklarını gerekçe gösterebilir; ancak bu tür yaklaşımların yürütülmesi şart ve mümkündür: Bulaşıcı hastalıklardan sakınmak, kuşkusuz her sağlıklı insan için haklı ve mantıklı bir davranıştır; gelgelelim AIDS, bulaşma yolu itibarıyla, *sosyal* temasla bulaşabilecek – örneğin pulmoner- hastalıklardan apayrı bir kategoriye girmektedir. Suni ve istisnai bulaşma senaryolarına dayanan itirazlar, hayatın olağan akışına yön veren bilimsel ve etik kaideleri bozmaz. Günlük hayatta, normal şartlar altında bulaşmayacak bir virüs taşıdığı için HIV pozitif bireyin evde inzivasına yol açmak ya da göz yummak, yine normal şartlar altında bulaşmayacak cüzzamın toplumca cüzzamhanelerde tecrit edildiği geçmiş yüzyılları anımsatacaktır.

HIV pozitif, ifşaat halinde dışlanmaktan ve yargılanmaktan başkaca tepkiyle karşılaşmayacağı kanınsındaysa, diğerlerini hastalığından haberdar etmemeyi düşünebilir. Zira tenkitte ifrat, istenmeyen ortadan kalkmasına değil kamufle olmasına yarar. Sonrasında “normal” bir görünüm vermek adına ve kendi zararı pahasına, belki de hastalığını içten içe yadsıyarak, hastalığının gerektirdiği yaşam tarzını ve tedavisini ihlal ve de ihmal edebilir. Yoğun öfke- isyan halinde, en saldırgan ve son adım, virüsü bilerek başkalarına bulaştırmak olabilecektir. Hastalığı kasten yayacak kadar ileri gitmek, ekstrem ve nadir adedilmelidir, çok kere örneklenmiştir. Bu olası tepkilerden ötürü vakalar, hem reddedilen hastalar hem de dışlayıcı sağlıklılar için ciddi zararlar sonuçlanma potansiyeline her zaman sahiptir.

Öte yandan bir tedavi hiçbir zaman reçete edilen ilaçlardan ibaret değildir; çevresindekilerin hastaya yaklaşımı son derece önemlidir: Tıbbi müdahaleler, zorlu ilaç temini, temin edilen ilacın yan etkileri, ilaca karşın ilerleyen kaçınılmaz komplikasyonlar gibi fiziksel ızdıraplara ilaveten yalnızlık ve yargılanmışlık gibi psikolojik yük-

ler, sistemin çöküşünü iki kere garantiler; o halde hayata adaptasyon, HIV pozitif için normal bir faaliyet değil yapılacak bir başarı haline gelmektedir. Ancak her hasta bu denli başarılı olmayabilir ve çoğu olamamaktadır.

Hastalığı kontrol altına almak için zorunlu HIV testi ve HIV taşıyanlara yönelik karantina-gözetim gibi uygulamalar, HIV taşımayan çoğunluğun sağlığını korumak adına azınlığın hak ve hürriyetini ihlal anlamına gelebilse de, geçmişte değerlendirilmiştir (17-21). Ancak bu gibi yöntemlerin AIDS karşısında yetersizlikleri, gereksizlikleri ve etiğe aykırılıkları bir yana, kimin HIV taşımakta olduğunu tespit kadar zor olan, taşıdığı bilinenlerin takibi ve kimlerin hastalığa yakalanabileceğinin tayinidir. Bir grubu, HIV kapma ve yayma ihtimali görece yüksek olduğu öngörüsüyle kısıtlamak ise, tehlike potansiyeli görüldüğü bahanesiyle bir kişiyi alıkoymak ile eşdeğerdir. Uyuşturucu ve kayıtdışı fuhuş yasaya aykırı olsa da, erişkin insanlar karşılıklı rıza halinde cinselliği istediği ölçüde yaşama – ya da yaşamama – özgürlüğüne hukuken sahiptir. Daha yakın geçmişte kimilerince “AIDS hastalarına hoşgörül!” çağrısı yapılmıştır. Gelgelelim kabahatler ya da farklılıklar hoş görülür. Ve hiçbir hastalık hali, hoşgörüye muhtaç bir kabahat ya da farklılık teşkil etmez.

### Sonuç

Yukarıdakilerden daha etkili, insancıl ve ekonomik çözümler getirilebilir. Bilgi her zaman korkunun panzehiri olduğundan, hastalığın bulaşma – ve bulaşmama – gerçeklerini bilmek, sosyal ilişkilerde HIV taşıyanlardan sakınmanın gereksizliğini görmek için başlı başına yeterlidir. Hastalığın doğru bilinirliği arttıkça HIV pozitif bireyin sosyal hayata entegrasyonu yolundaki zikredilen engellerden ilki – korku – elimine olacaktır. Bilginin dağıtımında ise en etkili yol iletişim, bilhassa sözlü ve karşılıklı iletişimdir: AIDS konuşulmalıdır.

AIDS’in bir hastalıktan başka ya da fazla bir şey olmadığı idrak edilene dek, hastalık ve hastalığa ait gerçekler çekincesizce ve sıklıkla dillendirilmelidir. Hastalığa yakalanmak için “ahlakdışı faaliyetler” ya da yasadışı uyuşturucular ile iştigalin her zaman şart olmadığı, ayrıca bulaşma yoluna dayanarak hastalık üzerinden “ahlak” tayin etmenin, ahlakla bağdaşmayacağı anlaşılmalıdır. Bunu yaparken, örneğin, tüm HIV pozitif vakaların %15’inin 15 yaş altı çocuklardan oluştuğu şeklindeki verinin paylaşımı, kimileri için yeterince ikna edici olabilir

(22). Bilgiyi alan kişiye göre, gerekirse daha basit ve özet bir dil seçilebilir: “AIDS hastası milyonlarca çocuk olduğunu biliyor muydunuz?” vb. Ancak bu tür konuşmalar daima AIDS’in başta cinsel yolla bulaşan, hala ciddi ve kesin tedavisi olmayan bir hastalık olduğu gerçeğinin tekrarı ile sona erdirilmelidir. Amaç hastalığı hafife almak ya da masumlaştırmak değildir. Marjinalleşmiş bulunan sözcüğü normalleştirmektir: AIDS, uzak ve “ötekilere” özgü bir tehlike olduğu yanlışlığından sıyrılarak yakına ve gündeme geldikçe, hastalara yönelik negatif tutum başkaca hiçbir gayrete gerek kalmaksızın minimize olacaktır; çünkü insanlar normal kabul ettiklerini etiketlemezler ve ona karşı müstakil bir tutum geliştirmezler. İnsanlar normale kayıtsızdır.

Bu noktada “O halde hastalara ilgisiz mi kalınsın?” sorusu yöneltilebilir. Hastalara yönelik sırf iyi niyet ürünü bir ilgi, hasta olmayanlar için hayli değerli bir davranış olsa da, bir mecburiyet değildir; zira bu, ulusal sağlık sistemlerinin varoluş nedeni ve sağlık çalışanlarının mesleki mükellefiyetidir. Yaklaşım şayet böyle müspet fitratlı olmayacak ise, halk tarafından kayıtsız kalınmak, HIV taşıyan için travmatik bir ilginin odağı olmaktan kuşkusuz iyi ve yeğdir.

Hastanelerde, mevcut ya da yeni sivil toplum örgütlerinde; hekimlerin –örneğin enfeksiyon hastalıkları uzmanı, dermatolog ya da ürolog gibi HIV pozitif bireyin tanı sürecinde karşılaşacağı ilk hekimlerin–, ya da diğer sağlık çalışanlarının, ya da başka mesleklerden gönüllülerin katkılarıyla gerçekleştirilecek olan normalleşme süreci sonunda, hastalar daha dışa dönük ve konuşmaya açık olacaktır; çünkü konuşmakta bir sakınca ve saklanmak için bir neden görmeyeceklerdir. İhbar ve takip şart ise, hasta bilgi ve destek almak üzere rahatlıkla yetkililere başvurduğunda kendi rızası ile kendisini ihbar etmiş, “kontrol ve takip” altına girmiş olacaktır. İlaçtan ibaret olmayan, çekincesiz diyaloglarla psikolojik açıdan da desteklenen bir tedavi mümkün olacaktır. Hastalığın kesin tedavisi henüz mümkün değilse de, hasta halihazırda yaşadıklarına kıyasla daha az ruhsal sıkıntı ile baş etmek zorunda kalacaktır. AIDS’i konuşmak, insanları – özel – hayatları hakkında beyanatlara teşvik demek de değildir. Merak ya da ifşaatlarını dile getirdiklerinde yargılanmayacaklarını bildikleri bir ortam temin etmek, sonrasında sorular sorup sormamayı kişinin tercihine bırakmaktır.

**Kaynaklar**

1. "Murtiden uyarı" *Milliyet*. 25.5.1992, Sf 19.
2. "Murti için özel cenaze talimatı" *Milliyet*. 17.6.1992, Sf 17.
3. "Profesörler Sipahioğlu'nu eleştirdi" *Milliyet*. 7.1.1986, Sf 2.
4. "Murti, 100 milyon istiyor" *Milliyet*. 16.1.1986, Sf 3.
5. Kıyan M, Cengiz L, Cengiz T. Human Immunodeficiency Virus (HIV)'un Bulaş Yolları ve AIDS'in Risk Grupları. *OMÜ Tıp Dergisi*. 1993;10(1-2):57-64. 49
6. Ağaçfidan A, Akın L, Altan P. TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE) ve HIV/AIDS'in Sürveyans Sistemine İlişkin Durum Analizi. Ankara, 2007. Sf 3.
7. Kasapoğlu A, Kaya NÇ, Turan F, Kuş E. TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de HIV ile Yaşayan Kişilerin Hassasiyet/Savunmasızlık Araştırması/Değerlendirmesi. Ankara, 2007. Sf 6.
8. Tümer A, Ünal S. HIV/AIDS Epidemiyolojisi ve Korunma. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 1999;8(12).
9. "Işıkgözler'e AIDS tazminatı" *Milliyet*. 4.5.2001, Sf 5.
10. "Kızılay'dan AIDS bulaşan Y.O. için tarihi karar" *Radikal*. 23.3.2010.
11. Ungan M, Yaman H. AIDS knowledge and educational needs of technical university students in Turkey. *Patient Educ Couns*. 2003;51(2):163-7.
12. Acaroglu R. Knowledge and Attitudes of Mariners about AIDS in Turkey. *JANAC*. 2007;18(1):48-55.
13. Bakır B, Tümerdem N, Özer M, Tüfekçi F, Uçar M, Hasde M. İstanbul ve Ankara'daki Bir Grup Askerin AIDS Konusundaki Yaklaşımları. *Güllhane Tıp Dergisi*. 2003;45(1):19-24.
14. Öcal BÇ, Börekçi G. Genelev Kadınlarının Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2008;1(2):30-6.
15. Budakoğlu İİ, Erdem Ö, Bakar Ç, Yeşildağ G, Akgün HS. Hemşirelerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar AIDS Bilgi Düzeyi ve Davranışları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*. 2006;3(4):271-5.
16. Baybuğa MS, Çelik SS. The level of knowledge and views of the street children/youth about AIDS in Turkey. *Int J Nurs Stud*. 2004;41(6):591-7.
17. Danziger R. HIV prevention in Hungary. *Health Policy*. 1997;40(3):231-6.
18. Cock K, Mbori-Ngacha D, Marum E. Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21<sup>st</sup> century. *Lancet*. 2002;360(9326):67-72.
19. Luginaah IN, Yiridoe EK, Taabazuing MM. From mandatory to voluntary testing: Balancing human rights, religious and cultural values, and HIV/AIDS prevention in Ghana. *Social Science & Medicine*. 2005;61(8):1689-1700.
20. Wu Z, Sullivan SG, Wang Y, Rotheram-Borus MJ, Detels R. Evolution of China's response to HIV/AIDS. *Lancet*. 2007;369(9562):679-90.
21. Kaldor JM, Delpech V, Guy RJ. Aids case reporting: do we still need it? *Lancet*. 2009;373(9658):181-3.
22. Viganò A, Manfredini V, Penagini F, Giacomet V, Zuccotti GV. Antiretroviral drugs in HIV-infected children. *Pharmaceutical Research*. 2011;64(1):1-3.