



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÖZEL BİR ÜNİVERSİTEDEKİ ÖĞRENCİLERİN CİNSEL
YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR HAKKINDAKİ BİLGİ
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

CANAN ÇETİN

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd.Doç.Dr. Ayşe İstanbullu TOSUN

İSTANBUL-2015

TEZ ONAYI

Kurum: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (x) Doktora ()

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı (Halk Sağlığı)

Tez Sahibi: Canan ÇETİN

Tez Başlığı: Özel Bir Üniversitedeki Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan

Enfeksiyonlar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Kampüsü

Sınav Tarihi : 04.06.2015

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan ve Adı)

Yrd.Doç.Dr. Ayşe İstanbullu TOSUN

Kurum

İMÜ-Tıp Fakültesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan ve Adları)

Prof.Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN

İÜ-Florance Nightingale

Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Ahmet Zeki ŞENGİL

İMÜ-Uluslararası Tıp Fakültesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 17/06/2015 tarih ve 2015/22-02 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlamasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine tezin çalışılması ve yazım sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Haziran 2015

Canan ÇETİN

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitiminin sırasında vaktini ayıran ve bilgilerini benimle paylaşan değerli tez danışmanım Yrd.Doç.Dr. Ayşe İstanbullu Tosun'a,

Bilgilerini ve fikirlerini benden esirgemeyen arkadaşım Hülya Köroğlu'na,

Araştırmaya izin veren Medipol Üniversitesi Rektörlüğü'ne ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerine,

Her daim yanımda olan ve desteklerini hissettiren aileme en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| TEZ ONAYI | i |
| BEYAN..... | ii |
| TEŞEKKÜR | iii |
| İÇİNDEKİLER | iv |
| KISALTMALAR LİSTESİ..... | vii |
| ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ..... | viii |
| 1. ÖZET..... | 1 |
| 2. SUMMARY | 2 |
| 3. GİRİŞ ve AMAÇ | 3 |
| 4. GENEL BİLGİLER..... | 6 |
| 4.1. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar..... | 6 |
| 4.1.1. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Sınıflandırılması, Etkenleri, Belirtileri, Bulaşma Yolları, Tanı ve Tedavisi | 8 |
| 4.1.1.1. Cinsel Yolla Bulaşan Bakteriyel Enfeksiyonlar | 8 |
| 4.1.1.1.1. Sifiliz..... | 8 |
| 4.1.1.1.2. Gonore | 10 |
| 4.1.1.1.3. Klamidya..... | 11 |
| 4.1.1.1.4. Bakteriyel Vajinozis | 12 |
| 4.1.1.1.5. Şankroid | 14 |
| 4.1.1.2. Cinsel Yolla Bulaşan Viral Enfeksiyonlar..... | 14 |
| 4.1.1.2.1. AIDS | 14 |
| 4.1.1.2.2. Hepatit B | 22 |
| 4.1.1.2.3. Genital Herpes | 24 |

| | |
|--|-----------|
| 4.1.1.2.4. Genital Papül..... | 26 |
| 4.1.1.2.5. Genital Siğiller | 27 |
| 4.1.1.3. Cinsel Yolla Bulaşan Fungal Enfeksiyonlar | 29 |
| 4.1.1.3.1. Kandida Vajiniti..... | 29 |
| 4.1.1.4. Cinsel Yolla Bulaşan Protozoon Enfeksiyonlar..... | 30 |
| 4.1.1.4.1. Trichomonas Vajiniti | 30 |
| 4.1.1.5. Cinsel Yolla Bulaşan Parazit Enfeksiyonları..... | 30 |
| 4.1.1.5.1. Pubik Bit | 30 |
| 4.1.1.5.2. Pubik Uyuz | 31 |
| 4.2. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan Korunma Yolları | 32 |
| 4.2.1. Kondom..... | 32 |
| 4.2.2. Damak Ağız Koruyucusu (Dental Dam)..... | 34 |
| 4.2.3. Mikrobisitler..... | 35 |
| 4.3. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü..... | 35 |
| 4.4. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Etkileri..... | 37 |
| 4.4.1. Gençler Üzerine Etkileri | 37 |
| 4.4.2. Toplum Üzerine Etkileri | 37 |
| 5. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 38 |
| 5.1. Araştırmanın Tipi | 38 |
| 5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman | 38 |
| 5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi | 38 |
| 5.3.1. Araştırmanın Evreni | 38 |
| 5.3.2. Araştırmanın Örneklemi Seçimi | 38 |
| 5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları | 39 |
| 5.5. Araştırmanın Değişkenleri | 39 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 5.5.1. | Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri | 39 |
| 5.5.2. | Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri | 39 |
| 5.6. | Verilerin toplanması | 39 |
| 5.6.1. | Veri Toplama Aracı..... | 39 |
| 5.6.2. | Veri Toplama Yöntemi | 40 |
| 5.6.3. | Verilerin İstatistiksel Analizi | 40 |
| 5.7. | Araştırmanın Etik Yönü | 41 |
| 6. | BULGULAR..... | 42 |
| 6.1. | Öğrencilerin Sosyo-demografik Özellikleri ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara Yaklaşımına İlişkin Bulguları | 42 |
| 6.2. | Öğrencilerin Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulguları | 47 |
| 7. | TARTIŞMA ve SONUÇ | 53 |
| 7.1. | Tartışma ve Sonuç | 53 |
| 7.2. | Sonuç ve Öneriler | 57 |
| 8. | KAYNAKLAR | 58 |
| 9. | EKLER..... | 67 |
| 9.1. | EK-1: Etik Kurul İzni | 67 |
| 9.2. | EK-2: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çalışma Kurum İzni | 70 |
| 9.3. | EK-3: Anket Formu | 72 |
| 9.4. | EK-4: Anket Uygulama İzin Formu | 76 |
| 10. | ÖZGEÇMİŞ..... | 77 |

KISALTMALAR LİSTESİ

- CDC : Centers for Disease Control
- CISID : The Centralized Information System for Infectious Diseases
- CYBE : Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
- ELISA : Enzyme-linked Immunosorbent Assay
- HBV : Hepatit B Virüs
- HCV : Hepatit C Virüs
- HPV : Human Papilloma Virüs
- HSV : Herpes Simpleks Virüs
- NAAT : Nükleik Asit Amplifikasyon Testleri
- PIH : Pelvik İnflamatuar Hastalık
- WHO : World Health Organisation

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Şekil 1. HIV/AIDS 2010 Verileri Toplam 33,3 Milyon | 15 |
| Tablo 1. CYBE'lerin Belli Başlı Klinik Sendromları ve Komplikasyonları | 7 |
| Tablo 2. CYBE'lerin Sınıflandırılması | 8 |
| Tablo 3. Bakteriyel Vajinozis/Nugent Skorlaması..... | 13 |
| Tablo 4. T.C Sağlık Bakanlığı'nın Bildirdiği AIDS Olgu ve Taşıyıcıların Yıllara Göre Dağılımı Ekim 1985-Haziran 2014 Yılları Arası..... | 16 |
| Tablo 5. Türkiye'de Bildirilen, Olası Bulaşma Yoluna Göre HIV/AIDS Olgularının Haziran 2013 Oranı | 18 |
| Tablo 6. HIV'in Akut Dönemde Görülen Bulgu ve Yakınmalar ve Görülme Sıklıkları | 19 |
| Tablo 7. Anti-HIV antikor testi yapılması önerildiği durumlar | 20 |
| Tablo 8. Sınıflara Göre Ulaşılabilen Öğrenci Dağılımı | 39 |
| Tablo 9. Öğrencilerin Demografik Özellikleri (n=148)..... | 42 |
| Tablo 10. Öğrencilerin Anne ve Baba Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı (n=148)..... | 43 |
| Tablo 11. Öğrencilerin Cinsel Konulara Yaklaşımlarına Göre Dağılımı | 43 |
| Tablo 12. Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarla İlgili Bilgini Alma Yerleri | 44 |
| Tablo 13. Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarla İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı (n=148) | 46 |
| Tablo 14. Öğrencilerin Kondoma Genel Yaklaşımlarının Dağılımı | 47 |
| Tablo 15. Bölümlere Göre Öğrencilerin Bilgi Düzeyleri..... | 48 |
| Tablo 16. Öğrencilerin Anne-Babalarının Eğitim Durumuna Göre Bilgi Düzeyleri. 48 | |
| Tablo 17. Öğrencilerin Eğitim Durumlarına ve Eğitim Almayı İsteme Durumlarına Göre Bilgi Düzeylerinin Dağılımı..... | 48 |

| | |
|---|----|
| Tablo 18. Öğrencilerin Bazı Cinsel Davranışlarına Göre Bilgi Düzeylerinin Dağılımı | 49 |
| Tablo 19. Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan Korunmak İçin Doğru Davranışlarına Göre Bilgi Düzeyleri | 50 |

1. ÖZET

ÖZEL BİR ÜNİVERSİTEDEKİ ÖĞRENCİLERİN CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Araştırma, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 4. sınıf öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Materyal ve Metod: Araştırma evrenini 2014-2015 eğitim-öğretim yılı güz döneminde İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde hemşirelik, beslenme ve diyetetik, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve sağlık yönetimi bölümlerinin son sınıfına kayıt yaptıran toplam 296 öğrenci oluşturdu. Anket sürecinin sonunda toplam 148 öğrenciye ulaşılarak kullanılabilir anket elde edildi. Veriler, gerekli izinler alındıktan sonra anket uygulama yöntemiyle toplandı. İstatistiksel değerlendirmede Kolmogorov – Smirnov, Pearson Ki-Kare, Kruskal Wallis testleri kullanıldı.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması $22 \pm 1,5$ olup %80,4'ünü kız öğrenciler, %19,6'sını erkek öğrenciler oluşturdu. Öğrencilerin büyük çoğunluğu cinsel konuları aileleriyle konuşmadıklarını ifade etti. Cinsel sağlık bilgilerini en çok okuldan ve en az aileden öğrendiklerini belirttiler. Öğrencilerin tercih ettikleri korunma yönetimine göre bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulundu ($p < 0,05$). Bölümler arasında ders içeriğinde cinsel sağlık eğitimi alan ve almayan öğrencilerin bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Öğrencilerin cinsel konularla ilgili bilgileri iyi olmasına karşın bu konuda eğitim almak istediklerini belirttiler.

Sonuç: Araştırma bulgularına göre üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusundaki bilgilerinin yeterli olduğuna fakat bu konuda riskli davranışlar sergileyebilecekleri sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Bilgi, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, Öğrenci, Üniversite

2. SUMMARY

INVESTIGATION OF STUDENTS KNOWLEDGE LEVEL ABOUT SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AT ONE OF THE PRIVATE UNIVERSITY

Objective: The purpose of the study was to determine the knowledge level of Medipol Istanbul University Faculty of Health Sciences 4th class students about sexually transmitted infections as descriptive.

Material Method: Research universe was formed by Istanbul Medipol University fall semester of the 2014-2015 academic year; Faculty of Health Sciences Nursing, Nutrition and Dietetics, Physiotherapy and Rehabilitation, and has a total of 296 students enrolled in the final year of the Health Management section. At the end of the survey period, reaching a total of 148 usable responses were obtained. Data were collected through survey method after obtaining the necessary permits. Kolmogorov - Smirnov, Pearson chi-square, Kruskal-Wallis tests was used for statistical evaluation.

Results: The average age of students was $22 \pm 1,5$ to %80,4 female students constitute %19,6 of male students. the vast majority of students expressed that, they are not doing any sexual issues conversation with their families. Students indicated that, most of the Sexual health information learned from school; (but) however, they learned least from their family. According to their preferred contraceptive methods was a significant relationship between students' knowledge ($p < 0,05$). According to their preferred contraceptive methods was a significant relationship between students' knowledge ($p < 0,05$). Sections of the course content of sexual health education were no significant difference between students with and without the knowledge level ($p > 0,05$). Despite of good knowledge of regarding sexual matters, students indicate that they wanted to get education to increase their knowledge in this regard.

Conclusion: According to the findings, students have sufficient knowledge on sexually transmitted infections. But, they may behave risky in this manner.

Keywords: Knowledge, Sexually Transmitted Infections, Student, University

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) bir halk sağlığı sorunudur (1). Görülme sıklıkları gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Epidemiyolojik özellikleri toplumdan topluma farklılık gösterdiği gibi aynı toplumdaki gruplar arasında da farklılıklar görülebilmektedir (2, 3).

World Health Organisation (WHO) 2008 yılındaki raporuna göre; her yıl tahminen 499 milyon tedavi edilebilir yeni CYBE görülmektedir (4). Günümüzde sık görülen CYBE'lerden olan HIV hastalığı; Afrika'da birinci, dünyadaysa dördüncü ölüm nedenidir (2). WHO 2013 verilerine göre; dünyada 35 milyon kişi HIV taşımaktadır ve 1,5 milyon kişi bu virüse bağlı AIDS hastalığı nedeniyle hayatını kaybetmiştir (5).

15-24 yaşları arasındaki kişilerde CYBE görülme oranı en yüksektir (6). CYBE'lere yakalanma oranı en fazla 20-24 yaş aralığında olup, bunu 15-19 yaş aralığı takip etmektedir. CYBE'lerin prevalansı şehirde yaşayan evlenmemiş bireylerde ve genç yetişkinlerde yüksektir (7). Her yıl 20 gençten birinin tedavi edilebilir bir CYBE'ye yakalandığı belirtilmektedir (2, 8, 9, 10).

Üniversite çağındaki gençler, cinsel açıdan aktiftirler ya da aktif olmaya meyillidirler. Farklı yaşantılara ve güvenli olmayan davranışlara açıktırlar. Cinsel partnerlerini sıklıkla değiştirme gibi davranışları, kendilerinden yaş olarak daha büyük kişilerle olan ilişkilerinde güvenli olmayan sekse hayır demede zorluk çekmeleri gibi nedenlerle risk altındadırlar (2, 3).

Gençlik döneminde; CYBE'lere yakalanma, istenmeyen gebeliklerin oluşması ve buna bağlı olarak isteyerek düşükler gibi birçok fiziksel, psiko-sosyal ve ekonomik sorunların da ortaya çıktığı görülmektedir (11, 12, 13). Cinsel deneyim yaşının küçülmesi, birden fazla seksüel partnere sahip olmak, para karşılığı cinsel ilişki kuranlarla beraber olmak, özel cinsel tercihlere sahip olmak, cinsel ilişki

sırasında kondom kullanmamak gibi çeşitli etmenler CYBE'lerdeki artışa sebep olmaktadır.

Bu hastalıkların bir kısmının antibiyotiklerle tedavi edilebiliyor olması ve doğum kontrol yöntemlerindeki gelişmelerin meydana getirdiği güven, CYBE'lerin görülme sıklığındaki artışa sebep olan diğer faktörlerdendir. Yapılan araştırmalara göre büyük şehirlerde yaşamak, genç ve bekar olmak gibi bazı sosyo-demografik özellikler CYBE'lere yakalanma riskini artırmaktadır (14, 15).

CYBE'ler;

1. Anneden bebeğe plesanta yoluyla,
2. Kan ve kan ürünleri transfüzyonlarıyla,
3. Cinsel ilişkiyle,
4. Kan, semen ve diğer vücut sıvılarıyla bulaşabilirler (8, 14, 15, 28).

Korunmasız cinsel ilişki en yaygın bulaşma yoludur (17, 18). CYBE'ler genellikle cinsel organda akıntı, yara ve siğil gibi belirtiler gösterebildiği gibi belirti ve bulgu vermeksizin de seyredebilirler (2, 3, 16). Bu nedenle hastalığın tanısının konması ve sıklığının saptanması zorlaşır (2, 3).

Tedavi masrafları açısından CYBE'ler ciddi ekonomik harcamalara yol açmaktadır. Bunun yanı sıra iş gücü kaybı söz konusudur. Dünyada CYBE'lerin kontrol ve tedavisi için yapılan yıllık harcamaların 3,5 milyar doları geçtiği, Afrika'nın bazı ülkelerinde CYBE'leri tedavi etmek için kullanılan antibiyotik giderlerinin genel bütçenin %70'ini oluşturduğu bildirilmektedir (2). Tedavi edilmemiş olan enfeksiyonlar, pelvik inflamatuvar hastalığı (PIH), kısırlık ve ektopik gebelik gibi çok ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir (1).

WHO'nun 21. yüzyılda ulaşmayı amaçladığı 21 sağlık hedefi listesinin başında "yaşama sağlıklı başlangıç ve gençlerin sağlığının geliştirilmesi" maddesi yer almaktadır. WHO'nun Avrupa Bölgesi'nde, "21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" politikaları çerçevesindeki dördüncü hedefi, "2020 yılına kadar, bölgedeki gençlerin daha sağlıklı olmaları ve toplumdaki rollerini daha iyi yerine getirebilmeleri"

amacıyla sağlık kuruluşlarını yeniden dzenlemek ve ‘‘Genç Dostu’’ sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamaktır (2).

Gençler koruyucu sağlık hizmetlerini en az kullanan graplardan biridir. Birçoğu toplumsal ve kültürel nedenlerle koruyucu sağlık hizmetlerine erişememekte ve üreme sağlığı haklarını kullanamamaktadır (17, 18). Gençlerin inançları, davranış ve tutumları aynı zamanda geleceğin toplumlarını da şekillendireceğinden koruyucu sağlık hizmetleri onlara en iyi şekilde verilmelidir (19, 20, 21, 22, 23).

Cinsel sağlık eğitiminin başlıca amaçları;

1. Gençlerin yaşamlarını bilinçli seçeneklerle dzenleyebilmelerini,
2. Seçim yapma özgürlüklerini kullanabilmelerini,
3. Yaptıkları seçimlerin sorumluluklarını alabilmelerini,
4. Cinselliğe karşı olumlu bir tutum içinde cinsel kimliklerinden hoşnut, bedenlerinin ve duygularının bilincinde erişkinler olabilmelerini sağlamaktır (24, 25).

Gençlerin ihmal edilmesi hem kısa vadede hem de uzun vadede üreme sağlığı sorunlarına yol açabilir. Yeniliğe, değişime, gelişmeye en açık olan bu yaş grubuna doğru yöntemlerle, doğru yerde, doğru kişilerle ulaşıldığında toplumun üreme sağlığının gelişmesine büyük katkı sağlanacaktır (2, 9). Gençlerin cinsel yaşamlarına yaklaşımlarını ve davranışlarını anlamak, CYBE’ler konusundaki bilgilerini, risklerini ve cinsel davranışlarını önceden belirlemek için yararlı olacaktır (2).

Bu alışma özel bir üniversitedeki sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrencilerin geleceğin sağlık profesyoneli adayları olarak önemli bir halk sağlığı sorunu olan CYBE’lerle ilgili bilgi düzeylerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Cinsel ilişki sonucu taşıyıcı kişiden konakçıya bulaşmasıyla ortaya çıkan enfeksiyonlara CYBE denilmektedir (17). Hastalık belirtileri kendisini cinsel organda, deride, ağızda, anüste, boğazda, gözde ya da tüm vücutta gösterebilir (26, 27).

CYBE'lerin artışında büyük rol oynayan özel risk grupları vardır. Bunlar;

- Gençler,
- Cinsel yönden aktif genç kızlar,
- Birden fazla cinsel eşi olan erkek ve kadınlar,
- Seks işçileri ve onların müşterileri,
- İşleri nedeniyle eşlerinden uzun süre ayrı kalmak zorunda olan kişiler,
- Sokak çocukları,
- Madde bağımlıları,
- Mahkumlardır (2, 26, 28, 29).

Hastalıkların genellikle asemptomatik seyretmeleri, kişilerin tıbbi yardım talep etmemeleri, hastaların kimliklerini gizlemeleri, ilgisizlik ve hekimlerce hastalık bildirimlerinin ihmal edilmesi gibi nedenlerden dolayı CYBE'lerin gerçek oranları bilinmemektedir. Cinsel konuların tabu olarak kabul edilmesi ve sorunun görmezden gelinmesi nedeniyle toplumda yeterli korunma davranışı gelişmemektedir. Korunmasız cinsel ilişkinin sürmesi nedeniyle CYBE'lerin yayılmasına neden olmuştur (29).

CYBE'lerin en önemli komplikasyonu olan PİH'in sonucunda tubalarda daralma, infertilite ve ektopik gebelik gelişebilmektedir. Genital siğiller sonucunda anogenital kanserler oluşabilmektedir (30). Etken ne olursa olsun en sık rastlanan üç klinik bulgu genital akıntı, ülser ve siğildir. (31, 32).

Tablo 1. CYBE'lerin Belli Başlı Klinik Sendromları ve Komplikasyonları (30)

| |
|--|
| 1. AIDS |
| 2. Viral hepatitler ve siroz |
| 3. Kadında alt genital sistem enfeksiyonları; servisit, üretrit, vajinal enfeksiyon |
| 4. PİH |
| 5. Gebelik ve doğum komplikasyonları; spontan abortus, prematür eylem, erken membran rüptürü, koriyoamniyonit, postpartum endometrit |
| 6. Kadında infertilite ve ektopik gebelik |
| 7. Fetal ve neonatal enfeksiyonlar; konjunktivit, pnömoni, farengeal enfeksiyon, ensefalit, sağırılık |
| 8. Erkeklerde üretrit |
| 9. Epididimit |
| 10. Neoplaziler; servikal displazi ve karsinoma, kaposi sarkomu, anüs, vulva ya da peniste yassı hücreli karsinoma |
| 11. HPV enfeksiyonları ve genital siğiller |
| 12. Molluskum contagiosum |
| 13. Genital ülser ve inguinal lenfadenopati sendromları |
| 14. Gastrointestinal enfeksiyonlar; proktit, enterit, kolit |
| 15. Akut artrit |
| 16. Mononükleozis sendromu |
| 17. Ektoparazitik enfeksiyonlar (skabies, kasık biti) |

4.1.1. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Sınıflandırılması, Etkenleri, Belirtileri, Bulaşma Yolları, Tanı ve Tedavisi

Etkenlerine göre CYBE'ler beş gruba ayrılmaktadır.

Tablo 2. CYBE'lerin Sınıflandırılması (11)

| SINIFLANDIRMA | ETKEN | HASTALIK |
|----------------------|--|--|
| Bakteriyel | Treponema pallidum Neisseria gonorrhoeae Chlamydia trachomatis Gardnerella vaginalis Haemophilus ducreyi | Sifiliz Gonore Klamidya Bakteriyel Vajinozis Şankroid |
| Viral | HIV Hepatit B Virüs Herpes Simpleks Virüs Tip 1 ve 2 Molluscum Contagiosum Virüs Human Papilloma Virüs | AIDS Hepatit B Genital Herpes Genital Papül Genital Siğiller |
| Fungal | Candida albicans | Kandida Vajiniti |
| Protozoon | Trichomonas vaginalis | Trichomonas Vajiniti |
| Parazit | Pediculus pubis Sarcoptes scabiei | Pubik Bit Pubik Uyuz |

4.1.1.1. Cinsel Yolla Bulaşan Bakteriyel Enfeksiyonlar

4.1.1.1.1. Sifiliz

Cinsel ilişkiyle bulaşan, tüm iç organları ve deriyi tutan zamanında tedavi edilmediğinde kronikleşen, bildirimi zorunlu bir hastalıktır. Etkeni Treponema pallidum'dur (33, 34). Cinsel ilişki dışında lezyonlarla direkt temas, kan transfüzyonu ve transplasental geçişle de bulaşabilir (34). Ayrıca doğum sırasında

anneden bebeğe de geçebilir (35). Gebelerde sifiliz ve HIV taramasının başlamasıyla anneden bebeğe geçiş olasılığı azalmıştır (36).

Sifilizin primer, sekonder ve latent olmak üzere üç evresi vardır. Primer evrede; enfeksiyonun organizmaya girmesi ile primer lezyon olan şankırın ortaya çıkması arasındaki süre ortalama 3-4 haftadır. şankır oval, ağrısız, sert, yüksek ve ortalama bir cm çapında, kırmızımsı bir papül görünümünde ve belirgin çeperli lezyonlardır. Bu lezyonlar yaraya dönüşebilir. Bulaşıcılık oranları yüksektir. Genellikle vulvada ve ağızda lokalize olurlar nadiren de olsa vücudun diğer bölgelerinde de görülebirlirler. Tek bir şankır dikkat çekmez ve 4-6 hafta içinde kendiliğinden iz bırakmadan kaybolur (11). Sekonder evrede; her türlü deri hastalığını taklit edebilen belirtiler ortaya çıkar. Bunlar; vücutta ortaya çıkan döküntüler, el ayası ve ayak tabanındaki yaralar, ağız içinde beyaz kabarık lezyonlar, anal bölgede deriden kabarık yumuşak lezyonlar ve saçlarda güve yeniği gibi dökülmelerdir (35). Latent Evrede; sekonder sifilizden sonraki ilk bir yıllık dönemde hastalık tedavi edilmezse olguların bir kısmında relaps gelişir. Hasta bu dönemde bulaştırıcıdır. İlk relapsın %90'ı birinci yılda görülebilir. Latent dönemden sonra geç latent dönem başlar ve bu dönemde bulaşıcılık yoktur. Bu dönem artık çok nadir görölmektedir (33, 35).

Sifilizin tanısı serolojik testler ile konur. Penisilin yıllardan beri enfeksiyonun her evresinde başarı ile kullanılmıştır (33). Tedavi görmemiş sifilizli anneden doğan bebekler belirti olmasa bile penisilin tedavisine alınmalıdırlar (11, 33).

Tedavi bitince ilk sene, üç ayda bir kontrol sonrasındaki bir yılın bitiminde altı ay sonra kontrol gereklidir. Primer ve sekonder sifilizli kişi tedavi bitiminden sonra en az bir ay kadar korunmasız cinsel ilişkiden kaçınmalıdır. Eğer evliyse çiftlerin ikisine de tedavi uygulanmalıdır (37). Sifiliz geçiren kişiler tedaviyi tamamlandıktan 12 ay sonra kan bağışçısı olabilirler (38). Bakterinin cinsel yolla bulaşmasını önlemede en önemli yol kondom kullanımı ve güvenli cinsel ilişki yöntemleridir (37).

4.1.1.1.2. Gonore

Halk arasında “bel soğukluğu” olarak bilinen gonore, önceleri sifilizin üretrit şeklindeki bir belirtisi olarak kabul edilmiş, 1831’den sonra ayrı bir hastalık olarak bildirilmiştir. Etkeni *Neisseria gonorrhoeae*’dır ve doğal konakçısı sadece insandır (33, 34, 39). Erkeklerde gonokoksik üretrit, kadınlarda servisit veya asemptomatik enfeksiyon yapar. Rektum, farenks ve gözde de enfeksiyona neden olabilir. Erkeklerde pürülan akıntı, dizüri ve pollaküri; kadında vajinal pürülan akıntı, dizüri, anormal kanamaya neden olur. Enfekte kadınların % 60’ı minimal enfekte veya asemptomatiktir (34, 39). Cinsel ilişkiyle bulaşan en sık rastlanan enfeksiyonlar arasındadır (37, 40, 41).

Gonore’nin sıklığı birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de bilinmemektedir. Gerçek sıklığının bilinmemesi nedenleri arasında epidemiyolojik çalışmaların yetersizliği, kişilerin tek doz antibiyotik tedavisiyle kendi kendilerini tedavi etme yolunu seçmeleri ve kadınlarda genelde hastalığın asemptomatik seyir göstermesi sayılabilir (42).

Cinsel ilişkiyle bulaşan bir hastalıktır ve doğum sırasında anneden bebeğe geçebilir (41). Kuluçka dönemi 2-8 gündür (37). Kadınlarda genellikle belirti vermez. Ancak idrar yaptıktan sonra ağrı ve yanma hissi en önemli bulgudur. Bunun yanında vajinal akıntı, pelvik veya karın bölgesinde ağrı önemlidir. Erkeklerdeki en önemli şikayet penis içinde yanma ve kaşınma hissidir. İdrar yaptıktan ya da ejakülasyondan sonra yanma veya akıntı diğer bulgulardır. Genital alan dışında anal bölgenin iç kısmı olan rektumda, gözlerde, boğaz bölgesinde ve eklemlerde de gonore ortaya çıkabilir. Anal bölgede ortaya çıkan belirtiler ise akıntı, kaşıntı ve kanamadır (11, 34, 41, 43).

Gonore hastalığının kesin tanısı laboratuvar yöntemleriyle konur. Örnekler üretradan, endoserviksten, vajinadan, anorektal bölgeden, bartolin bezinden, kandan veya idrardan alınabilir (44). Kadınlardan kültür alınacak en uygun yer endoservikstir. Çünkü *N.gonorrhoeae* en çok bu bölgede barınır. Kültür almak için en uygun zamansa bakterinin çoğaldığı menstruasyon anıdır (11).

Gonorenin tedavisi yüksek doz penisilinle yapılır (45). Tedavi edilmemiş üretritler komplikasyon olarak erkeklerde; periüretrit, prostatit, epididimit kadınlarda; PİH'a neden olabilir (34).

Güvenli cinsel ilişki ve kondom kullanmak gonorenden en etkili korunma yoludur. Bu hastalığın belirtilerini taşıyan kişilerden uzak kalmak gerekir (41). Ayrıca cinsel ilişkiden önce ve sonra antibiyotik alımı hem gonorenden hem de sifilizden korur. Ancak bu uygulamanın, dirençli gonokokların gelişme ve yayılması gibi önemli bir riski vardır. Bu nedenle rutin bir uygulama değildir. Aşı çalışmaları henüz araştırma aşamasındadır. Seksüel olarak aktif kişilerin, özellikle risk grubu kadınların taranması önemli bir kontrol yöntemidir (33).

4.1.1.1.3. Klamidya

Klamidya hastalığının etkeni Chlamydia trachomatis bakterisidir. Hastalık kadınların %75'inde ve erkeklerin en az %50'sinde asemptomatik seyretmektedir. PİH'ın ana etkenlerinden biri olması nedeniyle aynı zamanda infertilite ve ektopik gebeliğin oluşumunda rol oynayan önemli nedenlerden biridir (37).

Hastalık cinsel ilişki sırasında enfekte kişilerin veya taşıyıcıların vajen veya üretra sıvılarıyla temas edilmesiyle geçer. Kuluçka dönemi 7-14 gündür. Belirtiler sürdüğü sürece bulaşıcılık devam eder. Tedavi edilmezse belirtisiz kişiler de hastalığı bulaştırabilirler (46, 57).

Klamidya çoğu zaman belirti vermeyebilir. Bazı kadınlarda hafif sarımsı akıntı, idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma, vajinal bölgede yanma ve kaşınma, kızarıklık, şişlik, dış genital organlarda yaralar, ilişki sırasında ağrı ve anormal kanama gibi belirtiler olabilir. Erkeklerdeyse en sık bulgu penisten gelen akıntı ve idrar yaparken yanmadır (37, 48).

Centers for Disease Control (CDC) 25 yaş ve altı cinsel aktif kadınlarda ve daha ileri yaşlarda olup, risk gruplarına giren kadınlarda yıllık C.trachomatis taraması önermektedir. Tanıda kullanılan başlıca yöntemler: kültür, direkt immunofloresans, enzim immüno assay (EIA), nükleik asit hibridizasyon testleri ve nükleik asit amplifikasyon testleri (NAAT) dir. Tüm bu testler içinde en duyarlı test

NAAT'dir. Ancak ülkemizde az kullanılmaktadır. Çünkü maliyet açısından pahalı bir testtir (49).

Klamidya hastalığı için tedavi azitromisin veya doksisisiklin uygun dozlarda uygulanır. Eşlerin her ikisi de tedavi edilmelidir. Tedavi uygulanan kişilerin yedi gün süreyle cinsel ilişkiden uzak durması gerekir. Tedaviyi takip aşamasında kontrol testi yapılması gereksizdir.

Hastalık tedavi edilmeyecek olursa; kadında fallop borusu iltihabına, erkekte epididim iltihabına neden olur (47). Kondom kullanımının, klamidya hastalığının cinsel ilişkiyle geçişini önemli derecede azalttığı görülmektedir (11, 37, 44).

4.1.1.1.4. Bakteriyel Vajinozis

Bakteriyel vajinozis 15-44 yaş arasındaki kadınlarda en sık görülen vajinal hastalıktır (49). Olguların çoğunda Gardnerella enfeksiyonu görüldüğü için gardnella vajiniti olarak da bilinmektedir (50). Bakteriyel vajinozis'li kadınlarda Neisseria gonorrhoeae, Herpes Simpleks Virüsü (HSV) gibi enfeksiyonların da gelişim riski artmıştır (51). Bu enfeksiyon CYBE'ler arasında yer almaz, sadece yakalanma riskini arttırabilir (52).

Olguların %50'si asemptomatiktir. Semptomatik olan hastalardaysa tanı üç şekilde konulmaktadır. Çürümüş balık kokusu, koyu kıvamda olmayan beyazımsı ve homojen vajinal akıntı görülür. Akıntı vajina duvarını kaplar. Vajinada ağrı, kaşıntı ve irigasyon yoktur. Amsel ve arkadaşlarına göre aşağıdaki dört kriterin üçü bulunmalıdır. Bunlar:

- a) Homojen, ince, beyaz akıntı
- b) Mikroskopik incelemede ipucu (Clue cell) hücrelerinin görülmesi
- c) Vajina pH'nın >4,5 olması (normal değeri 3,8-4,5 arasındadır)
- d) %10 KOH ile çürümüş balık kokusu (52).

Tablo 3. Bakteriyel Vajinozis/Nugent Skorlaması (46)

| Morfotip | Sayı/Alan | Skor |
|--------------------------------|------------------|-------------|
| Laktobasiller | >30 | 0 |
| | 5-30 | 1 |
| | 1-4 | 2 |
| | <1 | 3 |
| | 0 | 4 |
| Mobiluncus spp. | >5 | 2 |
| | <1-4 | 1 |
| | 0 | 0 |
| Gardnerella/Bacteriodes | >30 | 4 |
| | 5-30 | 3 |
| | 1-4 | 2 |
| | <1 | 1 |
| | 0 | 0 |

Tüm skorlar toplanır ve yorumlanır:

Skor Yorum

0-3 Normal

4-6 Belirtisiz, testi daha sonra tekrarlayınız

7-10 Bakteriyel Vajinozis

Bakteriyel vajinozis'in tanısı için kullanılan Amsel kriterleri ve Nugent skorlaması kıyaslandığında Nugent skorlamasının daha belirleyici olduğu sonucuna varılmıştır. Nugent skorlaması altın standart kabul edilmektedir. Servikal Pap smear'in BV tanısında duyarlılığı çok düşüktür (53).

Bakteriyel vajinozis'de tedavi, enfeksiyonun semptomatik olması, hastanın operasyon geçirecek olması ve asemptomatik gebelerde preterm doğumun önlenmesi

için gereklidir (37). Cinsel partnerin tedavisi önerilmemektedir (51). Gardnella vajiniti genellikle metronidazol (flagyl) ile tedavi edilir. Bakteriye vajinozis'in gebelikte rutin taraması yapılmamaktadır. Tespit edilirse klindamisin tedavisi önerilmektedir (11).

4.1.1.1.5. Şankroid

Şankroid az gelişmiş tropikal ülkelerin hastalığıdır ve gelişmiş ülkelerde nadiren görülür. Fakat ABD'de 1981 yılından bu yana bazı eyaletlerde sınırlı olmak üzere dokuz büyük salgın bildirilmiştir. Etken Haemophilus Ducreyi'dir (11, 37, 39, 44). H.ducreyi'nin oluşturduğu ülseri olan kişilerle cinsel ilişki sonucu bulaşan enfeksiyon, alt sosyoekonomik gruplar, hayat kadınları ve sünnetsiz erkeklerde daha sık görülür.

Bakterinin servikte asemptomatik olarak taşınabileceği bildirilmiştir. Şankroid erkeklerde daha sık görülür. Tanı konmuş hastaların %90'ı erkektir. Bu durum asemptomatik taşıyıcılığa, görülmeyen lezyonlara ve enfekte hayat kadınlarının çok sayıda erkekle ilişki kuruyor olmalarına bağlı olabilir. Enfeksiyonun enfekte erkekte kadına tek cinsel ilişkiyle bulaşma olasılığı %35, enfekte kadından erkeğe bulaşma olasılığı ise %30 olarak bildirilmiştir (44).

Kuluçka dönemi 12 saatle bir ay arasında değişir, ortalama yedi gündür (37). Şankroidin klinik tanısı; sifiliz, genital herpes, nadiren Lenfograduloma Venereum lezyonlarının ve sonradan enfekte olmuş travmatik lezyonların benzerliği nedeniyle güçtür. Hastalığın sifilize beraber görülebileceği de unutulmamalıdır (44). Tanı için akıntıdan kültür alınması ve mikroskopik inceleme yapılması gerekmektedir (11). Tedavide azitromisin veya seftriakson uygulanır (40). Enfekte anneden doğan bebeklerde hastalık gelişmez (44).

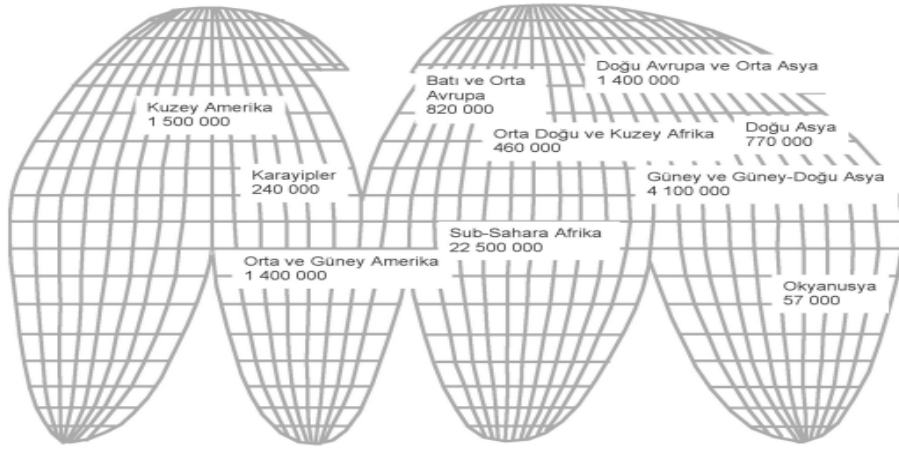
4.1.1.2. Cinsel Yolla Bulaşan Viral Enfeksiyonlar

4.1.1.2.1. AIDS

İlk kez 1981 yılında tanımlanan AIDS, fırsatçı enfeksiyonlar ve kanserlerle birlikte görülen ve tedavisiz bırakıldığında ölüme sonuçlanan edinsel bir bağışıklık

eksikliği sendromudur (9, 11, 37, 44, 46). HIV, AIDS'in etkenidir (36, 48, 50). Kesin tedavisi olmasa bile tedavi ile önlenebilir olması, AIDS üzerine bu denli çaba sarfedilmesinin sebebidir (37).

WHO'nun verilerine göre dünya üzerinde 2013 yılı itibariyle 35 milyon kişi HIV'le yaşamaktadır ve sadece 2013 yılında 1,5 milyon kişi HIV enfeksiyonuna bağlı AIDS hastalığı nedeniyle ölmüştür (54).



Şekil 1. HIV/AIDS 2010 Verileri Toplam 33,3 Milyon (55)

Türkiye'de ilk AIDS olgusu 1985 yılında bildirilmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın resmi sitesindeki verilere göre 2014'ün ilk altı ayında 32 AIDS olgusu, 600 HIV taşıyıcısı bulunmaktadır (56). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)'in 2012 tahminlerine göre Türkiye'de HIV'le yaşayan kişilerin sayısı 3900-8000 arasındadır (57). T.C. Sağlık Bakanlığı'nın olgu sayıları incelendiğinde bu sayıların arttığı görülmektedir (Tablo 4).

HIV'in başlıca bulaşma yolları cinsel ilişkiyle, kan ve kan ürünleri transfüzyonuyla, parenteral temasla ve perinatal dönemde enfekte anneden bebeğine geçişiyle olur (37, 44, 58, 75). HIV taşıyan kişinin kanındaki virüs yükü, ilişki tipi, ilişki sıklığı, virüsün bulaşma riskinin olduğu kişinin bağışıklık durumu HIV'in bulaşmasını etkileyen temel faktörlerdendir. Ayrıca herpes, gonore ve sifiliz gibi hastalıklar vajinal sekresyonları arttırdıkları ve mukozal bütünlüğü bozdukları için HIV'in bulaşma riskini belirgin şekilde arttırırlar (37).

Tablo 4. T.C Sağlık Bakanlığı'nın Bildirdiği AIDS Olgu ve Taşıyıcıların Yıllara Göre Dağılımı Ekim 1985-Haziran 2014 Yılları Arası (56)

| YILLAR | HIV(+) | AIDS | TOPLAM |
|---------------|---------------|-------------|---------------|
| 1985 | 0 | 3 | 3 |
| 1986 | 1 | 1 | 2 |
| 1987 | 32 | 8 | 40 |
| 1988 | 21 | 11 | 32 |
| 1989 | 22 | 11 | 33 |
| 1990 | 23 | 13 | 36 |
| 1991 | 27 | 24 | 51 |
| 1992 | 36 | 29 | 65 |
| 1993 | 47 | 33 | 80 |
| 1994 | 48 | 35 | 83 |
| 1995 | 59 | 28 | 87 |
| 1996 | 92 | 35 | 127 |
| 1997 | 95 | 38 | 133 |
| 1998 | 82 | 42 | 124 |
| 1999 | 89 | 28 | 117 |
| 2000 | 111 | 46 | 157 |
| 2001 | 137 | 45 | 182 |
| 2002 | 136 | 41 | 177 |
| 2003 | 136 | 46 | 182 |
| 2004 | 175 | 58 | 233 |
| 2005 | 246 | 46 | 292 |
| 2006 | 253 | 44 | 297 |
| 2007 | 345 | 24 | 369 |
| 2008 | 390 | 53 | 443 |
| 2009 | 437 | 66 | 503 |
| 2010 | 516 | 73 | 589 |
| 2011 | 632 | 78 | 710 |
| 2012 | 973 | 95 | 1068 |
| 2013 | 1280 | 111 | 1391 |
| 2014* | 600* | 32* | 632* |
| TOPLAM | 7041 | 1197 | 8238 |

*İlk 6 aylık verilerdir.

HIV'in bulaşma riski günlük ilişkilerde araştırılmıştır. Tekrarlayan kan ve diğer vücut sekresyonlarına maruz kalma sonucu bir bulaşma sonucu bildirilmiştir. Ancak bu tür bulaşın nadir olduğu unutulmamalıdır. HIV'le enfekte kişilerin evde bakımını üstlenenlerin kan ve vücut sıvılarıyla temasında gerekli önlemleri almaları gerekmektedir (44). Tükürük, HIV virüsü içerebilse de bu yolla gelişen bir bulaşma olgusu bildirilmemiştir (37, 44).

HIV pozitif (+) anneden bebeğine bulaşma hem uterus içinde hem doğum sırasında hem de doğum sonrası emzirme sırasında olabilir. Bununla birlikte plesantal geçiş daha nadirdir. Peripartum HIV geçiş riskini arttıran faktörler anne kanında yüksek viral yük, düşük CD4 (+) hücre sayısı ve koryoamniyonittir. Vertikal geçiş oranı %10-40 arasında değişmekle birlikte, antiretroviral tedavi ve iyi bir antenatal-postnatal bakım ile %2'nin altına indirilebilir (37).

HIV ile enfekte kadın insidansı giderek artmaktadır. Kadınların AIDS'i daha çok bir erkek hastalığı olarak gördükleri için bir sağlık kuruluşuna gitmekte ve buna bağlı tanıda gecikirler (11).

Ülkemizde 2013 HIV/AIDS olgularında genel olarak ve cinsiyete göre dağılımı göz önüne alındığında HIV bulaşı en çok cinsel ilişki sonucu olmaktadır (%46,1 3137 olgu). Bu grupta 3137 olguda bulaşma heteroseksüel cinsel ilişki, 670 olguda ise homoseksüel/biseksüel cinsel ilişki sonucu gelişmiştir. Damar içi madde bağımlılığıyla bulaşma 129 olguda görülmüştür. Olguların %39,4'ünün bulaşma yolunun bilinmemesi dikkat çekicidir. Ayrıca HIV/AIDS, 40-49 yaş arası erkeklerde ve 25-29 yaş arası kadınlarda en yoğun yaş grubunu oluşturmaktadır. Tablo 5'de olası bulaşma yoluna göre AIDS olgu ve taşıyıcılarının dağılımı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de HIV endemik değildir (55).

Tablo 5. Türkiye’de Bildirilen, Olası Bulaşma Yoluna Göre HIV/AIDS Olgularının Haziran 2013 Oranı (55)

| OLASI BULAŞMA YOLU | TOPLAM VAKA | YÜZDE |
|-------------------------------------|--------------------|--------------|
| Heteroseksüel cinsel ilişki | 3137 | 46.1 |
| Homoseksüel/biseksüel cinsel ilişki | 670 | 9.9 |
| Damar içi madde bağımlılığı | 129 | 1.9 |
| Nozokomiyal bulaşma | 109 | 1.6 |
| Anneden bebeğe geçiş | 77 | 1.1 |
| Bilinmeyen | 2680 | 39.4 |
| TOPLAM | 6802 | 100 |

HIV, CDC’nin sınıflamasına göre dört dönemde incelenir:

1. Akut enfeksiyon
2. Asemptomatik enfeksiyon
3. Persistan yaygın lenfadenopati
4. Terminal dönem
 - a. Konstitüsyonel semptomlar
 - b. Nörolojik hastalık
 - c. Sekonder enfeksiyon
 - d. Sekonder neoplazi
 - e. Diğer (37)

Tablo 6. HIV'in Akut Dönemde Görülen Bulgu ve Yakınmalar ve Görülme Sıklıkları (37)

| | |
|-----------------------|-----|
| Ateş | %96 |
| Lenfadenopati | %74 |
| Farenjit | %70 |
| Döküntüler | %70 |
| Miyalji veya artralji | %54 |
| Diyare | %32 |
| Baş ağrısı | %32 |
| Bulantı-kusma | %27 |
| Hepatosplenomegali | %14 |
| Kilo kaybı | %13 |
| Kandiyazis | %12 |
| Nörolojik semptomlar | %12 |

HIV hastalığının belirtileri değişiktir ve bazı kişiler yıllarca asemptomatik kalabilirler. Erken belirtileri gribe benzemektedir. Bunlar; boğaz ağrısı, rinitis ve vücutta lekelenme şeklindedir. Sonraki belirtileri ise; lökopeni ve idiopatik trombositopenidir. Diğer belirtiler arasında; ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, başparmak tırnağında sararma, lenfadenopati, oral lökoplaki (ağızda beyaz plaklar) ve tonsillerde büyümedir. Bağışıklık sistemindeki düşüğe bağlı herpes, ensefalit, meninjit ve vajinal kandidiyazis gibi ikincil enfeksiyonlar gelişebilir (11).

Olguların %30-50'sinde akut belirtileri ortaya çıkmayabilir ya da hafif geçer ve fark edilemeyebilir. Bu tür olgularda tanı, bulaşma gerçekleşikten aylar hatta yıllar sonra immün yetmezlik bulgularının ortaya çıkmasıyla konur (46).

HIV vücuda girdikten sonra anti-HIV antikorları oluşur. Bu antikorlar kişinin kanındaki serumda saptanabilir. Antikor varlığını saptamak için Enzyme-linked Immunosorbent Assay (ELISA) testi kullanılır. ELISA, AIDS tarama ve tanısında

kullanılan çok değerli bir testtir. ELİSA pozitifliğini doğrulamak için Western-blot testi kullanılmaktadır. Bu test antikorların hangi viral antijene karşı yapıldığını gösterir. Dolaşımdaki HIV antijenini tespit etmek için P24 antijen testi kullanılır (11, 46). Tablo 7’de anti-HIV antikor testlerinin yapılmasının önerildiği durumlar gösterilmiştir. Ayrıca kendi isteği ile test yaptırmak isteyen herkese antikor testi yapılmalıdır. Antikor testi uygulanacak kişilere öncesinde ve sonrasında HIV hastalığıyla ilgili danışmanlık hizmeti verilmelidir (46).

Tablo 7. Anti-HIV antikor testi yapılması önerildiği durumlar(46)

- Homoseksüel veya biseksüel erkekler
- İntravenöz madde bağımlıları
- Sık cinsel eş değiştirenler
- Seks işçileri
- Yukarıda belirtilen özellikleri taşıyan kişilerin cinsel eşleri
- CYBE hikayesi olanlar
- 1977-1985 yılları arasında kan, kan ürünü ve organ nakli yapılanlar,
- HIV hastalığını düşündürecek klinik belirti ve bulgusu olanlar,
- Tüm kan, organ ve sperm donörleri
- Tüm gebeler (erken gebelik aylarında)
- HIV seropozitif anneden doğan bebekler
- HIV ile kontamine olma olasılığı yüksek olan kan ve vücut sıvılarıyla temas etmiş kişiler

HIV hastalığında tedavi çok yönlüdür. HIV ile enfekte olgularda amaç;

- HIV bulaşmasını takiben çok erken dönemde profilaksi,
- HIV’in yayılmasının yavaşlatılması,
- Fırsatçı enfeksiyonların tedavisi ve profilaksisi,
- Nörolojik komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi,
- Hastalığın kendi seyri sırasında veya antiretroviral tedavinin komplikasyonu olarak ortaya çıkan metabolik bozuklukların tedavisi,
- İmmün reaksiyonlar sonucu oluşan hastalıkların tedavisi,
- Ortaya çıkması muhtemel neoplastik oluşumlarla mücadele,
- Hastanın ihtiyaç duyduğu psikolojik desteğin sağlanmasıdır (37).

AIDS'in kesin tedavisi olmadığı bilinmektedir. Ancak tedavi genel sağlık durumunu yükseltmek; fırsatçı enfeksiyonları önleme, kontrol ve tedavi etmek; vücut dengesini düzeltme ve sürdürme açısından önemlidir. Bunun yanında zidovudin (AZT, retrovir) gibi antiviral ilaçlar ile erken tedaviye başlamak, HIV'in vücut hücrelerine yayılımını kontrol ederek semptomları geciktirmektedir. Pnömoni ve diğer enfeksiyonların profilaksisi için antibiyotik tedavisi de başlanmalıdır (11). Erken tedavinin ilaç etkileşimi nedeniyle yaşam kalitesini düşürmesi, eğer viral enfeksiyon etkin olarak baskılanmaz ise ilaç direnci oluşmasının ilerideki tedaviyi kısıtlaması, muhtemelen hayat boyu ilaç alma zorunluluğu ve uygun immün cevap oluşumunu engelleme gibi riskleri de bulunmaktadır (44).

AIDS tedavisinin geciktirmenin yararları:

- Tedaviye bağlı negatif etkilerin ve ilaç etkileşiminin yaşam kalitesini etkilemesini engellemek,
- Başlangıçta var olan tedavi seçeneklerini sürdürmek,
- İlaça direnç gelişimini geciktirmek,
- Toplam tedavi kullanma süresini azaltmak,
- Daha etkin, daha az toksik antiretroviral kombinasyonlar için zaman kazanmak.

Tedaviyi geciktirmenin zararları:

- Geri dönüşümsüz immün sistem hasarı olasılığı,
- AIDS hastalığının ağırlaşma riski,
- Başkalarına HIV bulaştırma riskinin artması (46).

HIV (+) bir hastaya enfeksiyonu yakın çevresine bulaştırma yolları konusunda bilgi verilmelidir. Eğer sağlık personeline istenmeyen bir sebeple bulaştırma gerçekleştirdiyse deriye bulaşan yeri deri su ve sabunla, gözü steril fizyolojik serumla, ağız ve burunu suyla iyice yıkanmalıdır. İğne batmasıyla bulaşma riski ortalama %0,2-0,5'tir. Tedaviye ideal olarak temas sonrası bir saat içinde

başlanmalıdır. Bulaşma durumunda bazal olarak HIV antikor testi yapılmalı, altı hafta, üç ay ve altı ay sonrasında tekrarlanmalıdır (46).

HIV (+) kişinin kanı bir yere damlarsa çamaşır suyuyla silmek yeterlidir. HIV hastalarının enfeksiyon riski olan kişisel eşyaları başkalarıyla ortak kullanılmamalıdır. Bu kişiler cinsel ilişkide de çok dikkatli olmalı, mutlaka kondom kullanmalı ve vücut sıvılarının teması önlenmelidir (37).

AIDS'le ilgili bu önlemlerin dışında alınması gereken genel önlemler şunlardır; kan ve organ bağışında AIDS testinin yapılmış olmasına dikkat etmek, tek kullanımlık iğne ve enjektör kullanmak, tüm cerrahi aletlerin dış tedavisi de dahil olmak üzere steril olmasını sağlamak, manikür-pedikür, kulak deldirme ve dövme gibi işlemlerde kullanılan aletlerin steril yada tek kullanımlık olmasına dikkat etmek, vajinal muayene sırasında kullanılan pensler, spekulum ve eldivenlerin tek kullanımlık ya da steril olmasını sağlamak, ele şüpheli kan bulaşmışsa hemen su ve sabunla yıkamak ve HIV (+) olan kadınların gebe kalmasını önlemektir (11).

4.1.1.2.2. Hepatit B

Viral hepatitin etkeni Hepatit B Virüsü (HBV) Hepadnaviridae ailesinden bir DNA virüsüdür (46). HBV kadın ve erkekte sistemik enfeksiyona yol açarak kronikleşme eğilimi olan ve sık karşılaşılan CYBE'lerden biridir (46). Viral hepatitlerin cinsel ilişki sonucu bulaşabileceğine ait ilk bulgular 1946 yıllarında bildirilmiştir. Bu tarihte akut veya kronik hepatit geçirenlerin eşlerinde, benzer enfeksiyonların ortaya çıktığı tespit edilmiştir. 1970'li yıllarda HBV'nin CYBE'ler arasında yer alması önerilmiştir (44).

Dünya nüfusunun yaklaşık yarısı HBV ile karşılaşmış, bunun sonucu, 350 milyon dolayında kişi HBV taşıyıcısı olmuştur. Ülkemizde ise en az üç kişiden biri bu enfeksiyonla karşılaşmıştır ve nüfusumuzun %4-10'u (3-5 milyon) HBV taşıyıcısıdır (9, 46).

HBV'ye yakalanma riski yüksek olanların başında sağlık personeli gelmektedir. Bunu takiben hemodiyaliz hastaları, hayat kadınları, intravenöz ilaç bağımlıları, homoseksüeller ve enfekte anneden doğan bebekler gelmektedir (59).

Kontamine iğne batması sonucu HBV bulaşma riski %30'dur. Bu oran HIV'in aynı yolla bulaşma olasılığıyla (%0,3) karşılaştırıldığında yüksektir. Damar içi madde kullanımı, bu riski daha da arttırmaktadır. Diğer bir risk grubu da anal ilişki mukoza damarlarının zedelenmesi ve anal mukozanın savunma gücünün zayıflığı sebebiyle virüs bulaşmasının daha sık görüldüğü homoseksüel erkeklerdir (37).

HBV'nin kuluçka süresi ortalama 70 gündür (37). Tek konak yeri insan vücududur. Kişinin kanında, genital sıvısında, tükürük, süt, ter, gözyaşı gibi vücut salgılarında bulunur. En çok cinsel ilişkiyle bulaşma gerçekleşmektedir. Kan ve kan ürünleri transfüzyonuyla, iğne veya cerrahi aletlerle, plasenta yoluyla ve ayrıca yakın temasla da bulaşabilmektedir (46). Anneden bebeğine transplental yolla, doğum sırasında ya da anne sütüyle annenin bebeğine HBV'yi bulaştırması gerçekleşmektedir. HBV'li anneden doğan bebeklerde ilk altı ay içerisinde enfeksiyon gelişme riski %70-90'dır ve bunların %90'ı kronikleşir (60).

HBV'de hedef organ karaciğerdir. Bu virüs karaciğer dokusunu oluşturan hücreleri tutmaktadır ve bu hücreler zamanla fonksiyonlarını yapamaz hale gelmektedir. Genellikle kuluçka süresinden sonra belirtiler kendini göstermeye başlamaktadır. Bunlardan başlıcaları; aşırı halsizlik ve yorgunluk hissi, iştah kaybı, bulantı, kusma, deride ve göz aklarında sararma, idrar renginde koyulaşma, karın ağrısı, karaciğer bölgesinde hassasiyet olarak özetlenebilir (61).

HBV'nin tanısı genellikle virüsün antijeni ve bu antijene karşı oluşan antikörlerin saptandığı serolojik testlerle konmaktadır (9, 11, 37, 46, 60). HBV'nin üç temel antijeni ve vücutta bunlara karşı oluşturulan üç tip antikoru vardır:

1. HBsAg: HBV yüzey antijenidir.
2. HBcAg: HBV çekirdek antijenidir.
3. HBeAg: HBV zarf antijenidir.

Akut HBV hastalığında serumda HBsAg ve HBeAg pozitifdir. Genelde her ikisi de üç ayda negatifleşir ancak bazen HBsAg altı aya kadar pozitif kalabilir. Bu süreden fazla pozitif kalması taşıyıcılık geliştiğini gösterir. Bulaşıcılık özelliğini

gösteren bulgu HBeAg'dir. HBeAg pozitifse bulaşıcılık özelliği yüksek, anti-HBe pozitifse bu özellik düşüktür (37).

Akut HBV'ye yönelik bir tedavi yoktur. Enfeksiyon genellikle kendini sınırlar ve %90-95'i kendiliğinden iyileşir. Kronik enfeksiyonlarda ise interferon tedavisi uygulanabilir. Bu tedavinin olguların %40'ında etki ettiğini ve antiretroviral ilaçların HBV'nin tedavisinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (9, 46).

HBV'den korunmanın en önemli yolu aktif bağışıklamadır. Ülkemizde HBV aşısı Sağlık Bakanlığı rutin aşılama programı kapsamındadır (11, 37, 46). Bu aşı 1981'den beri kullanılmaktadır. Üç doz uygulanmaktadır ve %95 oranında anti-HBs oluşturmaktadır. Aşının koruyuculuğu üç yıldır ve serumdaki titreye bakılarak rapel dozu yapılabilir (60). Yenidoğanların, özellikle HBV taşıyıcı annelerin bebeklerinin doğar doğmaz aşılması ile %100 koruyuculuk sağlanabilmektedir (11).

Ayrıca cinsel yönden riskli davranış gösteren kişilerin; aktif homoseksüel ve biseksüel erkekleri, CYBE'si olan erkekleri ve kadınları, birden fazla cinsel partneri olanları, seks işçilerini ve onların müşterilerini, damar içi madde kullananların aşılması gerekmektedir. Bu riskli davranış gösteren kişilerin cinsel ilişkilerinde mutlaka kondom kullanmaları konusunda bilgilendirme yapılması gerekmektedir (11, 46, 60). Özellikle gençleri eğitmek, kanla bulaşmış kesici delici aletleri iyi sterilize etmeden kullanmamak, tek eşli yaşamı tercih etmek alınacak diğer önlemler arasında yer almaktadır (11, 60).

4.1.1.2.3. Genital Herpes

Genital herpes, CYBE'ler arasında dünyada en sık görülen enfeksiyonlardan biridir. Hayat boyu süren, ağrılı ve tekrarlatıcı genital ülserasyonlarla karakterize, sistemik komplikasyonlar ve ciddi psikososyal hastalıklara neden olan viral bir enfeksiyondur (9). Etken ajanı Herpes Simpleks Virüs (HSV) tip 1 ve tip 2'dir. HSV-1 daha çok belin üst bölgesini ve bu bölgede en çok ağzı; HSV-2 daha çok belin alt bölgesini burada en çok genital organları etkiler. Genital herpesin hemen hemen tamamına yakın nedeni HSV-2'dir. Sadece %5'nin nedeni HSV-1'dir. Herpes hızla

enfekte etme özelliğine sahiptir. Enfekte kişiyle temas sonucu %80 oranında bulaşma gerçekleşir (9, 11, 37).

Birçok ülkede genital herpes bulaşıcı bir hastalık olarak bildirilmediği için prevalansının saptanması güçtür. ABD’de serolojik araştırmalara dayanılarak 50 milyon kişinin genital HSV-2 enfeksiyonu olduğu bildirilmektedir (46).

Virüsün kuluçka süresi 2-14 gündür. Herpes Virüsü vücuda girdikten ve enfeksiyon oluşturduktan sonra ömür boyu vücutta kalır. Erkeklerde en sık yerleşim yeri glans, prepusyum ve penis shaftında; kadınlarda vulva ve servikstedir (37, 46).

Herpes hafif olguların çoğunda belirti vermeyebilir. Deride lezyonların gelişebilmesi için deri bütünlüğünün bozulması gerekir. İştahsızlık ve kırgınlık gibi sistemik belirtiler görülebilir. Lokal belirtiler lezyonların yerine göre değişir. Ağız tutan lezyonlarda ağız ve boğaz ağrısı, genital lezyonlarda idrarda yanma ve tenezm, immün yetmezlikli hastalarda görülebilen dissemine yayılım varsa ensefalopati, baş ağrısı, öksürük, solunum sıkıntısı, sarılık gözlenebilir. Genellikle lezyonlar çıkmadan önce lezyonun çıkacağı bölgede yanma ve kaşıntı şeklinde prodromal semptomlar ortaya çıkar. Daha sonra eritematöz bir taban üzerinde ağrılı, sert kabuklu veziküller ve ülserler görülür. Bu lezyonlar bir süre sonra birleşip, vezikül kümeleri haline gelirler.

HSV-2 maternal - fetal geçişle yenidoğanda enfeksiyona neden olabilir. Bir çeşit meslek hastalığı olarak, çocuk bakımı ve sağlığıyla uğraşanlarda parmak ucunda veziküler döküntü şeklinde (herpetik whitlow) ve güreşçilerde herpes gladiatorum görülebilir.

Latent ve hastalığın tekrarlama dönemi:

HSV-1 genellikle tregeminal, HSV-2 ise sakral ganglionda latent olarak kalır. Virüs ateş, fiziksel veya emosyonel stres, ultraviyole ışınları ve aksonal hasar gibi uyarılarla reaktif olur. Tekrar ortaya çıkan enfeksiyonlar gelişen immünite nedeniyle genellikle hafiftir. Özellikle HSV-2 sıklıkla yeniden kendini gösterebilir.

Bir genital herpes atağı geçiren hastaların en az % 85'i bir kez, % 38'i 6 kez, % 20'si ise 10 kezden fazla hastalığı tekrar yaşabilir (62).

HSV'nin laboratuvar tanısında kullanılan tüm testlerin duyarlılığının en yüksek olduğu evre veziküllü evredir (46). Tanı, viral kültür veya immünofloresan gibi uygulaması zor yöntemlerle konabilir. Lezyon tabanında yapılan kazıntı, Giemsa ya da Wright boyası ile boyanıp incelenir. Multinükleer dev hücrelerin görülmesi tanı koydurucudur. Ancak Tzacnk testi denilen bu inceleme ülserleşmiş lezyonlarda pek güvenilir değildir. Şüpheli olgularda hücre kültürü çalışması yapılabilir (9).

HSV'nin gerçek anlamda tedavisi yoktur. Kullanılan ilaçlar sadece enfeksiyon süresini kısaltmaya ve tekrarların arasını açmaya yarar (63). Antiviral tedavi virüs sökülmesini azaltarak bulaşma riskini azaltmaktadır, ancak kesin olarak önleyememektedir (64). Tedavide kullanılan asiklovir kullanılır. Sık tekrarlayan olgularda prafilaktik olarak sürekli asiklovir kullanımı da önerilebilmektedir (9, 37, 46).

Korunmada temas izolasyonu ve immün yetmezlikli hastalarda hava yolu izolasyonu önerilir. Genital herpeste lezyonlar süresince cinsel ilişkiden kaçınılmalı, asemptomatik virus yayılması nedeniyle rutin kondom kullanılması yönünde halk eğitimi yaygınlaştırılmalıdır. Hastalar ve hasta kişiye temas edenler diğer CYBE'ler yönünden de araştırılmalıdır. Sağlık personeli herpetik whitlow'dan korunmak için, lezyonlara ve sekresyonlara temas edeceği zaman eldiven kullanmalıdır ve lezyonlara elle dokunduktan sonra enfeksiyonu vücudun başka bir kısmına taşımamak için ellerini sabunla yıkamalıdır. Sabunla temas eden virüs iyice parçalanır. Doğum sırasında aktif lezyonlar varsa, neonatal herpesi önlemek için, doğumun sezaryenle yaptırılması uygun olur. Aşı alışmaları devam etmektedir. Henüz klinikte kullanılan etkin bir aşı yoktur (9, 62).

4.1.1.2.4. Genital Papül

Genital papül deri ve mukozalarda birçok papülden seyreden bir enfeksiyondur. Etkeni poxvirus ailesinden bir DNA virüsü olan Molluscum Contagiosum'dur. Virüs cinsel ilişki dışında doğrudan vücut teması ve kontamine

havluların ortak kullanımıyla kişiden kişiye bulaşabilir (11, 37, 46). Kuluçka dönemi 2-8 haftadır (11, 37). Lezyonlar küçük, ortası pembe, beyaz (sıkılınca içinden peynirimsi bir madde çıkar) papuller olarak gelişir ve genellikle alt karın, pubis, dış genitaler ve baldırların iç yüzünde yerleşir (46). Oldukça bulaşıcıdır. Enfeksiyon yerel olup, kendi kendini sınırlar ve sistemik komplikasyonları yoktur (37)

Tedavide lezyonlar sivilce sıkır gibi sıkılıp içi iyot içeren antiseptikle silinmesi yeterlidir. M.contigiosum birkaç ay içerisinde kendiliğinden iyileşebilir. Bazı araştırmacılar tedavide lezyonların koterize edilebileceğini bildirmiştir (41).

4.1.1.2.5. Genital Siğiller

Genital siğillerin insanlık tarihi kadar eski olduğu söylenmektedir. Harald Zur Hausen'in 1982'de Papilloma Virüs enfeksiyonlarıyla genital kanser arasında bir ilişki olabileceğine dair hipotezinden sonra bu virüse tıbbın birçok dalından ilgi gösterilmiştir. Genital warts ya da kondiloma aküminata diye de adlandırılırlar. Ayrıca virüse aşı geliştirilmesiyle de dikkatleri üzerine toplamıştır (37).

Genital ve anal siğillerin nedeni Popovavirüs grubundan Human Papilloma Virüstür (HPV). HPV'nin 40'dan fazla türü vardır ve bunlar genital sistemi enfekte edebilir. Bu enfeksiyonların çoğu asemptomatik ya da subklinikdir. Gözle görülür siğiller genellikle HPV Tip 6 ve 11'le meydana gelir. HPV tip 16, 18, 31, 33, 35, 45, 58, 59 ve 66 enfeksiyonları çoğunlukla servikal neoplazilerle birlikte (9, 37, 46).

Vajinal doğumlarda doğum kanallarından alınmış yenidoğan hastalığı olmakla birlikte esas bulaşma şekli cinsel ilişkiyle olmaktadır. Genital papillomlu bir partnere sahip olan kadınlarda risk oranı %60-85 arasındadır. Hastalık genellikle seksüel aktivitenin fazla olduğu 16-26 yaşlar civarında görülmektedir. Fakat çocuklarda bile görülebilir (9).

Yavaş üreyen bu virüsün kuluçka süresi 9-12 aydır. Genellikle asemptomatiktir. Kişiye estetik problem oluşturması nedeniyle huzursuz eder, lezyonun kaşınması sonucu kanama görülebilir. Lezyonlar tek ya da çok sayıdadır.

Yumuşak, karnabahar görünümünde, ağrısız olup anüs civarında, vulvovajinal bölgede, penis, uretra ve perinede görülür (9, 37, 46).

Genital HPV sonucu serviks, vulva ve vajinada meydana gelen intraepitelyal lezyonlar ilerleyerek kansere dönüşebilir (37). Serviks kanseri, dünya çapında kadınlar arasında görülen en sık ikinci kanser türüdür; her yıl yaklaşık 490,000 kadına servikal kanser teşhisi konulmaktadır ve 270,000 kadın bu kanserden ölmektedir (68).

Gebelikte bağışıklık sisteminin baskılanması daha önceden var olan (latent) virüsün aktive olmasına neden olabilir ve bu süre boyunca kondiloma akuminata lezyonları büyür ve sayıca artar. Fakat lezyonlar gebelik sonrası gerileme eğilimindedirler. Gebelikte en sık görülen belirtisi ses kısıklığıdır (37).

Tanı klinik görünümüne dayanır. Olağan dışı olgular karanlık alan mikroskopisi ile araştırılmalıdır. Atipik veya kalıcı lezyonlar için biyopsi yapılmalı, tanı doğrulanmalı, neoplazmalar ekarte edilmelidir. Görünür lezyonlar bulunduğu sürece cinsel ilişkiyle bulaştığı kabul edilmektedir (46). Tedavisi çeşitli solüsyonlarla yapılır. Fakat siğiller tedaviyle her zaman kaybolmayabilir veya yeni siğiller çıkabilir. Bu durumda tedavi tekrarlanmalıdır (66).

Genital siğillerden korunmada kondom kullanımının önemi tartışmalıdır. Kondom, penis derisi üzerindeki lezyonlardan bulaşmayı engeller, ancak kondom ile örtülü olmayan lezyonlar için yeterli koruma sağlamaz (67).

HPV'den korunmada diğer bir yöntemse aşıdır. Amerikan Kanser Derneği'nin HPV aşısı ile önerileri şunlardır:

- 11-12 yaşlarındaki kızların rutin HPV aşılınması önerilmektedir.
- 13-18 yaşlarında olup henüz aşılınmamış kızlar aşılmalıdır.
- 19-26 yaş arasındaki kızların aşılama gerekliliğiyle ilgili henüz veri bulunmamaktadır.
- Aşılanan veya aşılınmayan kadınlarda servikal intraepitelyal lezyon ve kanser taramaları sürdürülmelidir (68).

İngiltere’de yapılan bir çalışmada 9-26 yaş arası erkeklerin de HPV aşısı olması gerektiği belirtilmektedir. Erkek çocuklarının ve erkeklerin aşılmasının sadece kızlar ve kadınlar açısından sağlık faydaları yoktur (örneğin erkeklerde HPV yayılmasını azaltması ve bu nedenle de eşlerine bulaştırmayı azaltmıştır), aynı zamanda erkeklerin kendileri de doğrudan bu faydalardan yararlandığına dair açık kanıtlar vardır (69).

4.1.1.3. Cinsel Yolla Bulaşan Fungal Enfeksiyonlar

4.1.1.3.1. Kandida Vajiniti

Kandida normal vajina florasında bulunur. Vajina florasının diğer elemanları (özellikle laktobasiller) tarafından baskı altında tutulur ve kandida sayısının artması önlenir. Bu doğal dengenin bozulması halinde mantarlar çoğalır ve fırsatçı enfeksiyonla kandida vajiniti tablosu meydana gelir. Genel bir görüşe göre mantar hastalığının CYBE olmadığı yönündedir. Fakat bazı olgularda yani tekrarlayan vulvovajinal kandidiyazis olgularında bulaşma şekli cinsel ilişkidir (37). Vajinanın normal PH seviyesi 4,5’tur. Enfeksiyon, bu seviyenin altına düştüğünde yüksek oranda glikojen bulunan ortamda rahat üreyebilir. AIDS, gebelik, kanser, bağışıklık sistemin baskılandığı durumlar, oral kontraseptif kullanımı, menopoz, obezite, ısı ve nemliliği arttıran dar iç çamaşırı kullanılması mantarların hızla üremesine zemin hazırlar (41).

Etken ajanı Candida albicans’tır. Başlıca belirtileri; vajina akıntısı, ağrı, vajina içinde ve vulvada kaşıntı, dispareni, dizüridir (16). Genelde partnerde belirti yoktur (37). Candida albicans beyaz, süt kesiğine benzer, peynirimsi bir akıntı ile kendini gösterir. Vulva ve vajina ödemli ve kızarıktır. Vajina kuru ve parlak kırmızı görünümündedir (11).

Kandida vajinitinde en kolay tanı yöntemi ıslak lam’ın mikroskopik incelenmesidir. Örnekler vajindeki beyaz plaklardan alınır ve %10 KOH (potasyum hidroksit) ile karıştırılır. Mikroskop altında kandidanın karakteristik sporları ayırt edilir. Tedavide, antifungal ilaçlar önerilir (11). Vulvite bağlı olarak kaşıntı, batma, yanma hissi olan kişilerde zayıf etkili steroid kremler ve tropikal anitfungal kremler

birlikte kullanılabilir. Antibiyotik kullanımı sırasında antimikrobiklerin kullanılması, tuvalet sonrası temizliğin önden arkaya doğru yapılması, vajinal duştan kaçınmak, ve vestibulumun kuru tutulması kandida vajinitinden korunmada önerilmektedir. Son yıllarda evde yapılan doğal yoğurdun profilaktik etkisinden dolayı düzenli tüketildiği takdirde gerek koruyucu, gerekse tedavi edici özelliği olduğundan söz edilmektedir (37).

4.1.1.4. Cinsel Yolla Bulaşan Protozoon Enfeksiyonlar

4.1.1.4.1. Trichomonas Vajiniti

Trichomonas vajinitin etken ajanı Trichomonas vaginalis olan cinsel ilişkiyle bulaşabilen bir protozoondur. Kontamine havuz, havlu ve jinekolojik muayene sırasında kontamine aletlerden de bulaşma gerçekleşebilmektedir. Kuluçka süresi 5-28 gündür. Vajinal bir enfeksiyondur ve vajinitlerin en yaygın nedenidir. Kadınların %25'i asemptomatiktir. Gebelikte insidansı artar. Kadında vajinal akıntı, vajen ve vulvada kaşıntı şikayeti olabilir. Akıntı köpüklü, sarı-yeşil renkte ve çok kötü kokulu olabilir. Serviks kırmızı noktalı tipik çilek manzarası görünümündedir. Nadiren dizüri, dispareni ve pelvis ağrısına neden olur. Bazı durumlarda cinsel ilişki sonrası kanamalar görülebilir. Erkeklerde semptom bulunmaz, bazı olgularda gözle görülür şekilde beyaz sulu bir üretral akıntı bulunabilir (11, 37, 46).

Trichomonas tanısı, akıntıdan alınan ıslak lam sürüntüsünün mikroskopik incelenmesiyle yapılır. Mikroskopta tek hücreli, kamçılı trichomonaslar kolaylıkla ayırt edilebilir (11). Direk mikroskop incelenmesi ucuz olması nedeniyle halen ilk basamak tanı yöntemi olarak kabul edilmektedir. Ancak negatif olgularda PCR veya kültürle incelenmelidir (37). Tedavi şeklinde, tek doz metronidazol (flagyl) eşlerin her ikisine birden uygulanmaktadır. (70)

4.1.1.5. Cinsel Yolla Bulaşan Parazit Enfeksiyonları

4.1.1.5.1. Pubik Bit

Genital bölgede kaşıntıya neden olan bir parazittir. Etkeni Pediculus pubis'tir. Nadiren kirpik, kaş ve aksilla gibi vücudun bölgelerinde görülebilmektedir. Cinsel

ilişki dışında, kalabalık ve sosyoekonomik düzeyi düşük, hijyenik koşullara dikkat edilmeyen toplumlarda yakın temas sonucu da bulaşabilmektedir. En belirgin belirtisi kaşıntıdır. İç çamaşırında görülen siyah-mavi renkte nokta şeklinde lekelerin, parazitin dışkısı olduğu düşünülmektedir. Genital bölge dikkatli incelendiğinde parazit gözle görülebilmektedir (37).

Parazitin yaşam süresi 30 gündür. Pubik bölgedeki kıllı kısımdan, kıl follüküllerinin dibindeki yumurtalarının veya bitin kendisinin bir mercek yardımıyla saptanmasıyla tanı konabilir. Tedavide enfekte bölgeye %1'lik lindan solüsyonu uygulanır. Bu uygulamadan 12 saat sonra o bölgenin yıkanması yeterli tedaviyi sağlamaktadır (9). Başka bir yöntemle %1'lik permetin losyon ya da krem kullanılabilir (71). Eğer kıl-deri birleşiminde parazitin yumurtaları görülür ise yedi gün sonra tedavinin tekrarlanması önerilmektedir. Cinsel eşler de aynı biçimde tedavi edilmelidir (11, 46). Korunmada enfekte kişilerle cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır (9). Bu kişilerin kullandıkları elbise ve yatak takımları gibi kişisel eşyalarıyla temas edilmemelidir (46).

4.1.1.5.2. Pubik Uyuz

Uyuz, aşırı kaşıntılı ve bulaşıcı bir ektoparazitdir. Uyuzun bulaşması yakın temasla olduğu için CYBE'ler arasına girmiştir. Çocuklarda bulaşma oyun, güreş vs. ile olurken, yetişkinlerde cinsel ilişkiyle olur. Etkeni *Sarcoptes scabiei*'dir. Tanı genellikle klinik değerlendirmeyle konulmaktadır. Bir el merceğiyle tüneller, oyuklar görülebilir. Şüpheli lezyonların kazıntısıyla alınan materyalin mikroskopik incelemesi yetişkin scabieslerin yumurtaları ve onların atıkları görülebilmektedir (9, 46).

Tedavide kişilerin cinsel eşleri ve ailedeki diğer kişiler tedavi edilmelidir. Elbise, yatak ve evin dezenfeksiyonu tedaviye yardımcı olabilmektedir. Permetrin krem veya şampuan yüz ve baş hariç tüm vücuda ovularak sürülmelidir, 8-12 saat sonra yıkanmalıdır. Gebeler ve emziciler de bu ilacı kullanılabilir (46, 71, 72). Gerekirse bir hafta sonra bu uygulama tekrarlanabilir (37).

Korunmada başarılı olabilmek için kişilerin temizlik kurallarına uymaları konusunda ciddi bir eğitim verilmelidir. Hasta kişilerle birlikte cinsel partnerleri ve yakın temas halindeki kişilerin iç çamaşırları ve yatak takımları kaynatılmalıdır ve güneşte kurutulmalıdır (9).

4.2. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan Korunma Yolları

4.2.1. Kondom

Kondomun diğer bir adı da prezaratiftir. Kondom genellikle lateks veya poliüretan maddeden üretilir ve spermilerin geçişini, sekresyon temasını ve deri temasını engellemek amacıyla kullanılır. Doğru kullanıldığı takdirde CYBE'lerden (HSV, HBV, HIV, HPV, N.gonorrhoea, C.trachomatis) ve gebelikten korunmada en etkili yöntemdir (26, 37, 46).

Ne yazık ki toplumda kondom kullanımı konusunda bilgisizlik ve çeşitli yanlış söylentiler nedeniyle kondom yöntemiyle korunmada başarısız olunmaktadır (37). Eşlerden birisi HIV taşıyıcısı olduğunda kondomun koruyucu etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Düzensiz ve doğru kullanılmayan kondom, koruyuculuğun başarısız olmasının nedenidir (46).

Kondom sadece gebelikten korunmak için değil, özellikle CYBE'lerden korunmak için kullanılan bir yöntemdir. Bazı çiftler aile planlaması yöntemi olarak kondom kullanmak istememektedir. Bu kişiler herhangi bir kontraseptif yöntemi kullanmasalar bile riskli bir cinsel ilişkide kondom kullanmaları gerektiği konusunda aydınlatılmalıdırlar. Kondomun CYBE'lerden koruyucu özelliği, gebelikten koruma özelliğinden daha önemli bir özellik olduğu kişilere vurgulanmalıdır (50). Fakat en sık rastlanan CYBE'lerin üçünden (HPV, tip 2 Herpes Virüs ve Chlamydia) korunmak için kondom yetersiz kalabilmektedir (73).

Kondom, vücut sekresyonlarının mukoza yüzeyleriyle temasını önlemede daha başarılıdır. Erkek kondomu, penis yüzeyi ya da vajina yüzeyi hariç diğer genital bölgeleri örmediği için derinin deriyle temasıyla bulaşan genital herpes, genital HPV, sifiliz, uyuz, pediculosis pubis ve şankroid gibi enfeksiyonları önlemede yetersiz kalmaktadır (37, 74). Bunun yanı sıra kadın kondomu, dış genital kısmında

“örtülmüş” olması HPV, HSV ve sifilize karşı erkek kondomundan daha etkilidir (26). Tayland’da yürütülen “%100 kondom kullanımı kampanyası” ile seks işçileri arasında kondom kullanımı beş yıl içinde 6-7 kat artmış, aynı süre içinde bakterilerin neden olduğu CYBE olgu sayısı dört kat azalmıştır (26).

Kondom iki çeşittir. Bunlar erkek kondomu ve kadın kondomu olarak adlandırılır.

1. Erkek kondomu: Erkekten penis üzerine geçirilir ve boşalma sırasında meninin kondom içinde kalıp, kadının cinsel organına, ağıza veya anüse ulaşmasını engeller. Genellikle lateksten yapılan ortalama 0,06 mm kalınlığında, silindirik şekilde ve açık ucunun kenarı, kullanımı kolaylaştırmak için kalın olan, kapalı ucunda meninin toplandığı bir boşluğu olan kılıftır (26). Kondom kullanırken şunlara dikkat etmek gerekir;

- Kondom penis vajinaya girmeden önce ereksiyondayken takılmalıdır.
- Kondomun uç kısmı yani semenin boşalacağı yer başparmakla sıkıştırılarak havası alınmalıdır.
- Cinsel ilişki sona erdikten sonra, kondomun içindeki semen vajina içine akmaması için ereksiyon kaybolmadan önce penis vajinadan çekilmelidir. Bu esnada kondom tutularak kayması önlenmelidir.
- Kondom, penisin üzerinden bir kağıt mendille tutularak çıkarılmalıdır.
- Kondom bir kere kullanıldıktan sonra atılmalıdır.
- Yedek kondom bulundurulmalıdır.
- Kondomu kayganlaştırmak için mineral, bebek yağları veya vazelin kullanılmamalıdır, su bazlı özel kayganlaştırıcılar kullanılmalıdır.
- Kondomun son kullanma tarihine dikkat edilmelidir ve günü geçmiş kondomlar kullanılmamalıdır.
- Kondomlar nemli ve serin bir ortamda saklanmalıdır. Asla aşırı sıcak veya buzdolabı gibi ya da cüzdanda saklanmamalıdır (26, 28).

2. Kadın kondomu: Özellikle cinsel partneri kondom kullanmayan kadınlar için uygundur. 17 cm. uzunluğunda, şeffaf yumuşak ve ince poliüretan maddeden yapılmış, vajinanın içini tümüyle kaplayan tek taraflı silindir bir kılıftır (28). Tüm kadın kondomları tek kullanımlık olarak standart boyda üretilmekte ve kayganlaştırıcı madde olarak silikon kullanılmaktadır. Kadın kondomu kullanırken şunlara dikkat etmek gerekir;

- Kişi ilk defa kullanıyorsa öncesinde deneme yapmalıdır.
- Kondom cinsel ilişki olmadan önce yerleştirilebilir. Sekiz saat önce de yerleştirme işlemi olabilir.
- Ucu kapalı halkanın vajen içine yerleşmesine dikkat edilmelidir.
- Cinsel ilişki bitiminden sonra halka kendi etrafında döndürülecek çıkarılmalıdır.
- Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır.
- Poliüretan maddesi özelliğinden dolayı vazelin, bebek yağı, el kremleri gibi petrol bazlı ürünlerden etkilenmez.
- Kondom erkek kondomuyla birlikte kullanılmamalıdır (26, 28).

4.2.2. Damak Ağız Koruyucusu (Dental Dam)

Dental dam, vajinal ve anal açıklıkları kullanılarak oral seks yapıldığında CYBE'lerin geçişini önlemek için kullanılan kare şeklinde lateksten üretilen ince bir tabakadır. Vücut sıvılarının geçişini önlemek için anal veya vajinal açıklık dental damla kaplanır. Kayganlaştırıcı içermez. Anal, vajinal açıklığa gelen yüzünde yerleştirmeyi kolaylaştırmak ve duyarlılığı arttırmak için su bazlı kayganlaştırıcılar kullanılabilir (46).

Dental dam, oral-vajinal ve oral-anal seks sırasında HIV, HSV ve HPV'nin geçişini azaltmaya yardımcıdır. Ancak %100 koruyucu değildir. Tek kullanımlıktır. Ancak ülkemizde henüz bulunmamaktadır (26, 46).

4.2.3. Mikrobisitler

Krem, jel, köpük şeklinde HIV ve diğer CYBE etkenlerini öldürmek amacıyla mikrobisitlerle ilgili çalışmalar sürmektedir. 45 çeşite kadar mikrobisit üzerinde çalışılmaktadır. Ancak henüz vajinal ve anal kullanıma uygun topikal kullanımlı bir mikrobisit kullanıma geçilmemiştir. Toksik olmayan, kokusuz jel formundaki bu maddenin cinsel ilişkiden önce genital, anal bölgeye uygulanması ve vücut ısısıyla HIV ve HSV'nin geçişini fiziksel olarak engelleyeceği düşünülmektedir. Ancak ülkemizde henüz bulunmamaktadır (46).

4.3. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü

Gelişmekte olan ülkelerde CYBE'lerin önlenmesine yönelik yürütülecek etkinlikler en etkin ve verimli sağlık yatırımları arasında sayılmaktadır. Bunun en önemli nedeni, bu ülkelerde yeni olgu sayısının fazla olması ve giderek artmasına karşın, olguların önemli bir bölümünün kolaylıkla önlenebilecek nitelikte olmasıdır (46).

CYBE'si olan kişilerin etkin tedavisi, yalnızca bulaşıcılığı azaltma ve iyileştirme amaçlı antibiyotik tedavisinden ibaret değildir. Bunlara ek olarak, gelecekte riskli davranışların azaltılması ve cinsel partnerlerin uygun biçimde tedavisini de amaçlamaktadır. Bu amaca ulaşmak için:

- Erken ve doğru tanı,
- Etkili tedavi,
- Kişinin ve partnerin/partnerlerinin eğitimi,
- Kondom önerme, kullanımını öğretme ve verme,
- Cinsel partnerin belirlenmesi ve tedavileri,
- Gebeler, gençler, seks işçileri vb. gibi özel önem gerektiren gruplara uygun yaklaşımlar geliştirilmelidir (26, 28).

WHO CYBE'lerin önlenmesi konusunda kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesini önermektedir. Bu yaklaşıma göre:

- Sağlıklı cinsel davranış biçimleri desteklenmeli,
- Kondom yaygın olarak ulaşılabilir ve maddi olarak karşılanabilir kılınmalı,
- CYBE konusunda erken ve etkili bir tanı-tedavi yaklaşımı geliştirilmeli,
- Kişilerin sağlık hizmetlerinden hemen yararlanabilmeleri için gereken düzenlemeler desteklenmeli,
- Bazı “sessiz” enfeksiyonların (gebelikte sifiliz) tanısı için tarama testleri uygulanmalıdır (46).

Türkiye’de son yıllarda CYBE zerine yoğunlaşan çalışmalar ve bu konuya verilen önem toplumu bilinlendirmiş ve bu konuda sivil toplum kuruluşlarının oluşmasına olanak sağlamıştır. Bunlar:

1. AİDS ile Mücadele Derneği
2. AİDS Savaşım Derneği
3. Bulaşıcı Hastalıklar ve Uyuşturucu ile Savaş Topluluğu
4. Cinsel Sağlık Eğitim ve Danışman Merkezi
5. Cinsel yolla Bulaşan Hastalıklar ile Savaşım Derneği
6. HATAM (Hacettepe AİDS Merkezi)
7. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı
8. Türkiye Aile Planlaması Derneği
9. Türkiye Aile Planlaması Vakfı
10. Türkiye Tıp ğrencileri Uluslararası Komitesi
11. Zührevi Hastalıklarla Mücadele Derneği

İsimleri geçen bu merkezler ve sivil toplum kuruluşları halkı bilinçlendirerek özellikle risk altındaki gruplara olumlu katkı sağlamaktadırlar (7).

4.4. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Etkileri

4.4.1. Gençler Üzerine Etkileri

Her yıl 20 gençten birisi CYBE'lere yakalanmaktadır. Ülkemizde cinsel olgunlaşma yaşı erkene kaymıştır. Bununla birlikte gençlerin cinsel deneyim yaşı da daha erken yaşlarda yaşanmaya başlanmıştır. Gençlerin özgürlük anlayışı, aile planlaması yöntemlerine istedikleri zaman ulaşamamaları gençlerin cinsel sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir (60).

4.4.2. Toplum Üzerine Etkileri

CYBE'lerin topluma sosyal ve ekonomik yükü oldukça fazladır. CYBE'ler aile, toplum ve sağlık kurumlarının olağan işleyişini bozabilmektedirler ve bu kurumları ağır bir ekonomik yük altında bırakabilmektedirler. Örneğin bazı Afrika ülkelerinde, CYBE'leri tedavi etmek için kullanılan antibiyotik giderleri genel bütçenin %70'ini oluşturmaktadır. CYBE'ler kadın ve erkeklerin yaşamlarının en verimli çağlarında üretkenliğini azaltmaktadır. Ayrıca bu enfeksiyonların salgınları kontrol edilemediğinde topluma maliyetleri artacaktır (28, 51).

CYBE/HIV/AİDS'e yakalanan kişilerin toplumda damgalanmasına, dışlanmasına ve ayrımcılığa uğramasına neden olmaktadır. Bu nedenle sorun giderek ağırlaşmaktadır (26).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma özel bir üniversitedeki öğrencilerin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkındaki bilgi düzeylerinin incelemesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul'da Anadolu yakasındaki İstanbul Medipol Üniversitesi'nde yürütülmesi planlandı. Üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 2014-2015 eğitim ve öğretim yılında, 24/10/2014-31/12/2014 tarihleri arasında yapıldı.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

5.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; 2014-2015 eğitim ve öğretim yılı güz döneminde İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik, Sağlık Yönetimi, Beslenme ve Diyetetik ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümleri son sınıfa kayıt yaptıran öğrenciler oluşturdu. Evren sayısı dört sınıfta toplamda 296 olarak belirlendi.

5.3.2. Araştırmanın Örneklemi Seçimi

Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler dahil edildi. Bölümlerin son sınıftaki öğrenci listesi fakülte idaresinden alındı. Tüm bölümlerde okuyan öğrencilerin sayısı dört sınıfta toplam 296 olarak belirlendi. Anket sürecinin sonunda toplam 148 öğrenciye ulaşılarak kullanılabilir anket elde edildi.

Tablo 8. Sınıflara Göre Ulaşılabilen Öğrenci Dağılımı

| | Mevcut | Ulaşılan öğrenci sayısı |
|---------------------|---------------|--------------------------------|
| Hemşirelik sınıfı | 78 | 37 |
| Beslenme sınıfı | 76 | 38 |
| Fizik tedavi sınıfı | 71 | 37 |
| Yönetim sınıfı | 71 | 36 |
| Toplam | 296 | 148 |

5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'ndeki diğer bölümler, ön lisans ve lisansüstü programlarda okuyan öğrenciler araştırma kapsamına dahil edilmedi.

5.5. Araştırmanın Değişkenleri

5.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Öğrencilerin cinsel deneyimleri, cinsel sağlık bilgileri, cinsel yaşama ilişkin tutumları.

5.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, okul türü, cinsiyet.

5.6. Verilerin toplanması

Veriler araştırma için gerekli izinler alındıktan sonra toplandı.

5.6.1. Veri Toplama Aracı

Verileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan anket formu kullanıldı (**Ek: 3**). Anket formu 20 sorudan oluşan öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara

ilişkin bilgi düzeylerine yönelik sorulardan oluşturuldu. Aydınlatılmış onam formu anket formlarının her birine eklendi (Ek: 4).

5.6.2. Veri Toplama Yöntemi

Anket formu 24/10/2014-31/12/2014 tarihleri arasında araştırmacı tarafından örnekleme seçilen öğrencilere araştırmanın amacı açıklanarak araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere sınıf ortamında 15 dk. süre verilerek toplu halde gözlem altında uygulandı.

5.6.3. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences IBM, USA, 2012) İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasındaysa Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Sorulara verilen yanıtlar kodlanarak cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkında bilgi puanı oluşturuldu. 14 soruya verilen yanıtların toplanmasından oluşan bilgi puanında doğru yanıtlara 1; yanlış yanıtlara 0 verilmiş ve 0 ile 14 arasında bir puan elde edildi. Öğrencilerin alacakları toplam bilgi puanı minimum "0", maksimum "14"arasındaydı. Değerlendirmede 14 puan "100", 7'de "50" olarak kabul edildi ve 11-14 arası çok iyi, 7-10 arası iyi, 3-6 arası orta bilgi düzeyi üç grupta (çok iyi, iyi, orta) değerlendirildi. 3'ün altında puan alan olmadığından kötü bilgi düzeyinde kimse olmadı.

5.7. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın planlama aşamasında Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik kurul izni (**Ek: 1**) ve İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan kurum izni (**Ek: 2**) alındı. Araştırmaya katılacak öğrencilere çalışmanın amacı açıklanıp katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve kişisel bilgilerin gizli tutulacağı belirtildi.

6. BULGULAR

Bu bölüm de, araştırma probleminin çözümü için araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yaklaşımına ilişkin oluşturulan ankete verdikleri yanıtlarla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer aldı. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapıldı.

6.1. Öğrencilerin Sosyo-demografik Özellikleri ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara Yaklaşımına İlişkin Bulguları

Araştırmamıza öğrencilerin 29'u (%19,6) erkek, 119'u (%80,4) kadındı. Öğrencilerin %4,7'si 20, %33,8'si 21, %35,1'i 22, %26,4'ü 23 ve üstü yaş grubundaydı. Yaş ortalaması $22 \pm 1,5$ (20-31)'di. %25'i hemşirelik, %24,3'ü sağlık yönetimi, %25,7'si beslenme ve diyetetik ve %25'i fizik tedavi bölümü öğrencisiydi (Tablo 9).

Tablo 9. Öğrencilerin Demografik Özellikleri (n=148)

| | | Frekans (n) | Yüzde (%) |
|----------|-----------------------|-------------|-----------|
| Cinsiyet | Erkek | 29 | 19,6 |
| | Kadın | 119 | 80,4 |
| Yaş | 20 | 7 | 4,7 |
| | 21 | 50 | 33,8 |
| | 22 | 52 | 35,1 |
| | 23 Ve üstü | 39 | 26,4 |
| Bölüm | Hemşirelik | 37 | 25 |
| | Sağlık Yönetimi | 36 | 24,3 |
| | Beslenme Ve Diyetetik | 38 | 25,7 |
| | Fizik Tedavi | 37 | 25 |

Öğrencilerin annelerinin eğitim durumu dağılımı; %0,7'si okur-yazar değil, %28,4'ü ilkökul mezunu, %14,2'si ortaokul mezunu, %33,8'i lise mezunu, %23'ü üniversite mezunuydu. Öğrencilerin babalarının eğitim durumu dağılımı; %18,9'u ilkökul mezunu, %12,8'i ortaokul mezunu, %29,7'si lise mezunu, %38,5'si üniversite mezunuydu (Tablo 10).

Tablo 10. Öğrencilerin Anne ve Baba Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı (n=148)

| | Anne | | Baba | |
|-------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| | Frekans (n) | Yüzde (%) | Frekans (n) | Yüzde (%) |
| Okur-yazar değil | 1 | 0,7 | 0 | 0 |
| İlkokul mezunu | 42 | 28,4 | 28 | 18,9 |
| Ortaokul mezunu | 21 | 14,2 | 19 | 12,8 |
| Lise mezunu | 50 | 33,8 | 44 | 29,7 |
| Üniversite mezunu | 34 | 23 | 57 | 38,5 |
| Toplam | 148 | 100 | 148 | 100 |

Öğrencilerin %70,3'ü cinsel konuları ebeveynleriyle cinsel konuları paylaşabildiklerini belirttiler. Öğrencilerin %13'ünün aktif cinsel hayatı vardı. Aktif cinsel hayatı olduğunu söyleyen öğrencilerin ilk deneyim yaşı ortalaması 20 ± 3 (16-27)' tü (Tablo 11) .

Öğrenciler arasında modern yöntemle korunmayı tercih edenlerin oranı %74,3'tür. %2'si geleneksel yöntemi seçtiğini, %4,1'i herhangi bir korunma yöntemi kullanmadığını belirtti ve %19,6'sıysa bu soruya yanıt vermemeyi tercih etti. Öğrencilerin %63,5'i CYBE'ler ile ilgili eğitim almak istediklerini ifade ettiler (Tablo 11).

Tablo 11. Öğrencilerin Cinsel Konulara Yaklaşımlarına Göre Dağılımı

| | | Frekans (n) | Yüzde (%) |
|---|---------------------|--------------------|------------------|
| Cinsel konuları ebeveynlerinizle paylaşabiliyor musunuz? | Evet | 44 | 29,7 |
| | Hayır | 104 | 70,3 |
| | Toplam | 148 | 100 |
| Aktif cinsel hayatınız var mı? | Evet | 19 | 13 |
| | Hayır | 127 | 87 |
| | Toplam | 146 | 100 |
| Cinsel birlikteliğinizde hangi korunma yöntemini tercih edersiniz? | Modern yöntem | 110 | 74,3 |
| | Geleneksel yöntem | 3 | 2 |
| | Hiçbirini kullanmam | 6 | 4,1 |
| | Yanıtsız | 29 | 19,6 |
| | Toplam | 148 | 100 |
| Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgili eğitim almak ister misiniz? | Evet | 94 | 63,5 |
| | Hayır | 54 | 36,5 |
| | Toplam | 148 | 100 |

Araştırmaya katılan öğrencilerin %75,7'si en çok bilgiyi okuldan aldıklarını belirttiler. İkinci sırada %52 oranında internet kaynağı gösterildi. Bunların yanında sırasıyla %41,2'si televizyondan, %31,8'i arkadaştan, %22,3'ü kitaptan, %21,6'sı gazeteden, %16,9'u dergiden, %14,9'u doktordan ve %12,2'si aileden bilgi aldığını belirtti (Tablo 12).

Tablo 12. Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarla İlgili Bilgini Alma Yerleri

| * | Frekans (n) | Yüzde (%) |
|------------|-------------|-----------|
| Okul | 112 | 75,7 |
| Televizyon | 61 | 41,2 |
| Kitap | 33 | 22,3 |
| Arkadaş | 47 | 31,8 |
| Doktor | 22 | 14,9 |
| Aile | 18 | 12,2 |
| Gazete | 32 | 21,6 |
| Dergi | 25 | 16,9 |
| İnternet | 77 | 52 |

***Bireyler birden fazla seçeneği işaretlemişlerdir.**

Öğrencilerin %74,3'ü cinsel ilişkiyle bulaşan enfeksiyonların tedavi edilebileceğini %25,7'si tedavi edilemeyeceğini belirtti. Öğrencilerin %98'i sağlıklı görünen birinde de cinsel yolla bulaşan enfeksiyon taşıyabileceğini ifade etti. Araştırmaya katılan öğrencilerin %87,8'i cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyona yakalandığını şüphe ettiğinde rahatlıkla bir sağlık kuruluşuna başvurabileceklerini söylediler (Tablo 13).

Öğrencilerin hepsi (%100) CYBE'lerin hem erkeklerden hem de kadınlardan bulaşabileceğini belirtti. Öğrencilere "Hangisi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan biri değildir?" sorusu sorulduğunda %94,6'si kanseri belirterek doğru yanıtı verdiler (Tablo 13).

Öğrencilerin %27,7'si cinsel ilişkiden sonra hemen banyo yapılmalı, %52'si enfeksiyon şüphesi olan kişilerle ilişkiye girerken kondom kullanılmalı, %70,3'ü tek eşli cinsel yaşam, %44,6'sı diş çektirme, dövme, manikür yaptırma sırasında kullanılan aletlerin mikroplardan temizlenmiş olmasına dikkat edilmeli, %50,7'si başkaları ile ortak eşya (jilet, enjektör vb) kullanmamalı davranışının cinsel yolla

bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için doğru davranış olduğunu söylediler (Tablo 13).

Tablo 13. Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarla İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı (n=148)

| | | Frekans (n) | Yüzde (%) |
|---|--|--------------------|------------------|
| Cinsel ilişkiyle bulaşan enfeksiyonlar tedavi edilebilir mi? | Evet | 110 | 74,3 |
| | Hayır | 38 | 25,7 |
| Sağlıklı görünen birinde de cinsel yolla bulaşan enfeksiyon taşıyabilir mi? | Evet | 145 | 98 |
| | Hayır | 3 | 2 |
| Cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyona yakalandığınızı şüphe ettiğinizde rahatlıkla bir sağlık kuruluşuna başvurabilir misiniz? | Evet | 130 | 87,8 |
| | Hayır | 18 | 12,2 |
| Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hem erkekten hem de kadından bulaşabilir mi? | Evet | 148 | 100 |
| | Hayır | 0 | 0 |
| Aşağıdakilerden hangisi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan biri değildir? | Sifiliz | 2 | 1,4 |
| | Gonore | 2 | 1,4 |
| | Hepatit | 2 | 1,4 |
| | AIDS | 2 | 1,4 |
| | Kanser | 140 | 94,6 |
| Hangileri cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için doğru davranışlardandır? * | Cinsel ilişkiden sonra hemen banyo yapılmalı | 41 | 27,7 |
| | Enfeksiyon şüphesi olan kişilerle ilişkiye girerken kondom kullanılmalı | 77 | 52 |
| | Tek eşli cinsel yaşam | 104 | 70,3 |
| | Diş çektirme, dövme, manikür yaptırma sırasında kullanılan aletlerin mikroplardan temizlenmiş olmasına dikkat edilmeli | 66 | 44,6 |
| | Başkaları ile ortak eşya (jilet, enjektör vb) kullanmamalı | 75 | 50,7 |

*Bireyler birden fazla işaretleme yapmıştır.

CYBE'lerden en yüksek korumaya sahip olan kondomu, öğrencilerin %73,2'si cinsel ilişkilerinde kullanacaklarını söylediler. Öğrencilerin %75,6'sı kondomu hem gebelik oluşmaması hem de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma sebebiyle kullanacaklarını ifade ederek kondomun kullanım amacına uygun cevabı verdiler. Öğrencilerin %45'i partneri kondom kullanmak istemezse buna razı olabileceklerini ifade ettiler. %55'i partneri kondom kullanmayı kabul etmezse buna razı olacaklarını belirttiler (Tablo 14).

Tablo 14. Öğrencilerin Kondoma Genel Yaklaşımlarının Dağılımı

| | | Frekans (n) | Yüzde (%) |
|---|--|------------------------|----------------------|
| Cinsel ilişkinizde kondom kullanır mısınız? | Evet | 101 | 73,2 |
| | Hayır | 37 | 26,8 |
| | Toplam | 138 | 100 |
| Kondomu ne amaçla kullanırsınız? | Gebelik oluşmasını önlemek için | 20 | 15,3 |
| | Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için | 12 | 9,2 |
| | Hem gebelik oluşmaması, hem de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için | 99 | 75,6 |
| | Toplam | 131 | 100 |
| Partneriniz kondom kullanmak istemiyorsa kullanmaz mısınız? | Evet | 58 | 45 |
| | Hayır | 71 | 55 |
| | Toplam | 129 | 100 |

6.2. Öğrencilerin Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulguları

Öğrencilerin Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ilişkin bilgi puanı ortalamalarının değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı (KW=6,360; p=0,095>0,05) (Tablo 15).

Tablo 15. Bölümlere Göre Öğrencilerin Bilgi Düzeyleri

| | Hemşirelik | | Sağlık yönetimi | | Beslenme ve diyetetik | | Fizik tedavi | | KW* | p |
|---|------------|-------|-----------------|-------|-----------------------|-------|--------------|-------|-------|-------|
| | Ort | Ss | Ort | Ss | Ort | Ss | Ort | Ss | | |
| Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ilişkin bilgi puanı | 10,216 | 2,200 | 9,694 | 1,849 | 8,921 | 2,210 | 9,486 | 2,411 | 6,360 | 0,095 |

*Kruskal Wallis

Öğrencilerin anne ve babalarının eğitim düzeyine göre cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin bilgi puanı ortalamalarının değişkeni açısından öğrenciler arasında anlamlı fark yoktu (KW=4,097; p=0,251>0,05, KW=3,773; p=0,287>0,05) (Tablo 16).

Tablo 16. Öğrencilerin Anne-Babalarının Eğitim Durumuna Göre Bilgi Düzeyleri

| | | N | Ort | Ss | KW* | P |
|--------------------|-------------------|----|--------|-------|-------|-------|
| Anne eğitim düzeyi | ilkokul mezunu | 43 | 10,047 | 2,193 | 4,097 | 0,251 |
| | ortaokul mezunu | 21 | 9,429 | 1,964 | | |
| | lise mezunu | 50 | 9,180 | 2,037 | | |
| | üniversite mezunu | 34 | 9,647 | 2,557 | | |
| Baba eğitim düzeyi | ilkokul mezunu | 28 | 9,429 | 2,251 | 3,773 | 0,287 |
| | ortaokul mezunu | 19 | 9,947 | 2,147 | | |
| | lise mezunu | 44 | 9,091 | 2,260 | | |
| | üniversite mezunu | 57 | 9,895 | 2,144 | | |

*Kruskal Wallis

Cinsel sağlık eğitimi alan grupla almayan grubun bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadı (X²=1,496; p=0,473>0,05). Cinsel sağlık eğitim alan grubun bilgi düzeylerine göre dağılımında %50'sinin orta, %54,5'nin iyi %43,9'unun çok iyi olduğu belirlendi (Tablo 17).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili eğitim almak isteyen ve istemeyen öğrencilerin bilgi düzeyleri arasında ilişki anlamlı bulunmadı (X²=5,328;

$p=0,070>0,05$). Bilgi düzeyleri çok iyi olan grubun da eğitim almak istediği görüldü (Tablo 17).

Tablo 17. Öğrencilerin Eğitim Durumlarına ve Eğitim Almayı İsteme Durumlarına Göre Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

| | | Bilgi Düzeyi | | | | | | p |
|---|--------------------------------|--------------|------|-----|------|---------|------|--------------------------------|
| | | Orta | | İyi | | Çok İyi | | |
| | | N | % | N | % | n | % | |
| Cinsel sağlık eğitimi | Cinsel sağlık eğitimi almayan* | 7 | 50 | 42 | 54,5 | 25 | 43,9 | $X^2=1,496$ $p=0,473^{***}$ |
| | Cinsel sağlık eğitimi alan** | 7 | 50 | 35 | 45,5 | 32 | 56,1 | |
| Cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili eğitim almak ister misiniz? | Evet | 5 | 35,7 | 50 | 64,9 | 39 | 68,4 | $X^2=5,328$ $p=0,070^{***}$ |
| | Hayır | 9 | 64,3 | 27 | 35,1 | 18 | 31,6 | |

*Sağlık yönetimi ve beslenme ve diyetetik bölüm

**Fizik tedavi ve hemşirelik

*** Pearson Ki kare

Öğrencilere “Hangisi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan değildir?” diye sordurulduğunda öğrencilerin bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($x^2=21,644$; $p=0,006<0,05$). Bilgi düzeyi orta olanların %14,3’ü gonore, %85,7’si kanser; bilgi düzeyi iyi olanların %1,3’ü sifiliz, %1,3’ü hepatit, %2,6’sı AIDS, %94,8’i kanser; bilgi düzeyi çok iyi olanların %1,8’i sifiliz, %1,8’i hepatit, %96,5’i kanser olduğu görüldü (Tablo 18).

Öğrencilerin korunma yöntemi olarak modern yöntemi tercih edenlerin %87,7’sinin bilgi düzeyleri çok iyidir ve korunma yöntemiyle ilgili bilgi düzeyleri arasındaki ilişki anlamlıydı ($x^2=32,472$; $p=0,000<0,05$) (Tablo 18).

Bilgi düzeyine göre kondom kullanım arasında anlamlı ilişki vardı ($x^2=14,443$; $p=0,001<0,05$) (Tablo 18) .

Bilgi düzeyi orta olanların, kondomu gebeliği önlemek için tercih ettikleri saptandı. Bilgi düzeyleriyle arasında anlamlı fark bulundu ($x^2=15,406$ $p=0,004$) (Tablo 18).

Tablo 18. Öğrencilerin Bazı Cinsel Davranışlarına Göre Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

| | | Bilgi Düzeyi | | | | | | P |
|--|--|--------------|------|-----|------|---------|------|--|
| | | Orta | | İyi | | Çok İyi | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Aşağıdakilerden hangisi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan biri değildir? | Sifiliz | 0 | 0 | 1 | 1,3 | 1 | 1,8 | X²=21,644 p=0,006* |
| | Gonore | 2 | 14,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Hepatit | 0 | 0 | 1 | 1,3 | 1 | 1,8 | |
| | AIDS | 0 | 0 | 2 | 2,6 | 0 | 0 | |
| | Kanser | 12 | 85,7 | 73 | 94,8 | 55 | 96,5 | |
| Cinsel birlikteliğinizde hangi korunma yöntemini tercih edersiniz? | Modern yöntem | 3 | 21,4 | 57 | 74 | 50 | 87,7 | X²=32,472 p=0,000* |
| | Geleneksel yöntem | 0 | 0 | 3 | 3,9 | 0 | 0 | |
| | Hiçbirini kullanmam | 1 | 7,1 | 3 | 3,9 | 2 | 3,5 | |
| | Yanıtsız | 10 | 71,4 | 14 | 18,2 | 5 | 8,8 | |
| Cinsel ilişkinizde kondom kullanır mısınız? | Evet | 2 | 22,2 | 52 | 72,2 | 47 | 82,5 | X²=14,443 p=0,001* |
| | Hayır | 7 | 77,8 | 20 | 27,8 | 10 | 17,5 | |
| Kondomu ne amaçla kullanırsınız? | Gebelik oluşmasını önlemek için | 4 | 57,1 | 10 | 14,9 | 6 | 10,5 | X²=15,406 p=0,004* |
| | Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için | 1 | 14,3 | 9 | 13,4 | 2 | 3,5 | |
| | Hem gebelik oluşmaması, hem de cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için | 2 | 28,6 | 48 | 71,6 | 49 | 86 | |

* Pearson Ki kare

Cinsel ilişkiden sonra hemen banyo yapılmalı ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulundu ($\chi^2=26,295$; $p=0,000<0.05$). Bilgi düzeyi iyi olanların 12'si (%15,6) işaretlemiş, bilgi düzeyi çok iyi olanların 29'unun (%50,9) bu bölümü işaretlemiş oldukları görüldü (Tablo 19).

Hastalık şüphesi olan kişilerle ilişkiye girerken kondom kullanımıyla ilgili bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulundu ($\chi^2=18,069$; $p=0,000<0.05$). Bilgi düzeyi orta olanların 4'ünün (%28,6); bilgi düzeyi iyi olanların 31'i (%40,3); bilgi düzeyi çok iyi olanların 42'si (%73,7) bu kısmı işaretlemiş oldukları görüldü (Tablo 19).

Tek eşli cinsel yaşam ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulundu ($\chi^2=35,460$; $p=0,000<0.05$). Bilgi düzeyi orta olanların 3'ünün (%21,4); bilgi düzeyi iyi olanların 47'si (%61); bilgi düzeyi çok iyi olanların 54'ünün (%94,7) bu bölümü işaretlemiş oldukları görüldü (Tablo 19).

Diş çektirme, dövme, manikür yaptırma sırasında kullanılan aletlerin mikroplardan temizlenmiş olmasına dikkat edilmeli ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulundu ($\chi^2=66,552$; $p=0,000<0.05$). Bilgi düzeyi iyi olanların 17'si (%22,1); bilgi düzeyi çok iyi olanların 49'unun (%86) bu kısmı işaretlemiş oldukları görüldü (Tablo 19).

Başkalarıyla ortak eşya (jilet, enjektör vb) kullanmamalı ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulundu ($\chi^2=70,251$; $p=0,000<0.05$). Bilgi düzeyi iyi olanların 22'si (%28,6); bilgi düzeyi çok iyi olanların 53'ünün (%93) bu bölümü işaretlemiş oldukları görüldü (Tablo 19).

Tablo 19. Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan Korunmak İçin Doğru Davranışlarına Göre Bilgi Düzeyleri

| * | Bilgi Düzeyi | | | | | | | P |
|--|--------------|----|------|-----|------|---------|------|--------------------------------|
| | Orta | | | İyi | | Çok İyi | | |
| | n | % | N | % | n | % | | |
| Cinsel ilişkiden sonra hemen banyo yapılmalı | Evet | 0 | 0 | 12 | 15,6 | 29 | 50,9 | $X^2=26,295$ $p=0,000^{**}$ |
| | Hayır | 14 | 100 | 65 | 84,4 | 28 | 49,1 | |
| Hastalık şüphesi olan kişilerle ilişkiye girerken kondom kullanılmalı | Evet | 4 | 28,6 | 31 | 40,3 | 42 | 73,7 | $X^2=18,069$ $p=0,000^{**}$ |
| | Hayır | 10 | 71,4 | 46 | 59,7 | 15 | 26,3 | |
| Tek eşli cinsel yaşam | Evet | 3 | 21,4 | 47 | 61 | 54 | 94,7 | $X^2=35,460$ $p=0,000^{**}$ |
| | Hayır | 11 | 78,6 | 30 | 39 | 3 | 5,3 | |
| Diş çektirme, dövme, manikür yaptırma sırasında kullanılan aletlerin mikroplardan temizlenmiş olmasına dikkat edilmeli | Evet | 0 | 0 | 17 | 22,1 | 49 | 86 | $X^2=66,552$ $p=0,000^{**}$ |
| | Hayır | 14 | 100 | 60 | 77,9 | 8 | 14 | |
| Başkaları ile ortak eşya (jilet, enjektör vb) kullanmamalı | Evet | 0 | 0 | 22 | 28,6 | 53 | 93 | $X^2=70,251$ $p=0,000^{**}$ |
| | Hayır | 14 | 100 | 55 | 71,4 | 4 | 7 | |

*Bu bölümde bireyler birden fazla cevap vermişlerdir.

** Pearson Ki kare

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

7.1. Tartışma ve Sonuç

Bu bölüm öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkındaki bilgi düzeylerinin tartışılması olarak iki bölümde ele alınmıştır.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin %19,6'sı erkek, %80,4'ü kadındı. Yaş ortalaması $22\pm 1,5$ (20-31)'tu. Öğrencilerin %25'i hemşirelik, %24,3'ü sağlık yönetimi, %25,7'si beslenme ve diyetetik, %25'i fizik tedavi bölümü öğrencisiydi (Tablo 9).

Araştırmamıza katılan öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyi ortalaması, Demir'in (9) ve Akalpler'in (2) çalışmalarına göre daha yüksektir. Öğrencilerin annelerinin okuma-yazma bilmeme oranı; Demir'in (9) 2006'daki çalışmasında %11,8 Akalplerin (2) 2010'daki çalışmasında %6,5'tur, bizim çalışmamızda bu oran %0,7'ydi (Tablo 10). Aradan geçen yıllarda Türkiye'deki kadınların okuma-yazma bilme oranında artış olduğunu ve gelecek yıllarda annelerin eğitim seviyelerinin yükseleceğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda öğrencilerin anne-babalarının eğitim durumuyla onların CYBE'ler hakkındaki bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,287>0,05$) (Tablo 16). Akalpler'in çalışmasında da ebeveynlerin eğitim düzeyinin öğrencilerin CYBE'lerle ilgili bilgi düzeyine katkı sağlamamıştır (2). Araştırmamız sonucunda öğrencilerin anne-babalarının eğitim seviyesinin artması, aile içerisinde başlanması beklenen cinsel eğitimi verecek olan ebeveynlerin gençlerin cinsel sağlık bilgilerine katkı sağlamadığını düşünebiliriz.

Öğrencilerin %70,3'ü cinsel konuları ebeveynleriyle paylaşmadıklarını söylediler (Tablo 11). Benzer çalışmaların sonucunda da gençler ebeveynleriyle cinsel konuları rahat konuşmadıklarını belirtmişlerdir (9, 25, 76, 77, 78). Türkiye'de ailelerin çoğunluğu geleneksel değerler nedeniyle cinsel konularda çocuklarıyla konuşmaya açık değildir ve pek çok aile çocuklarının ergenlik döneminde yaşadıkları sıkıntıları göz ardı edilebilmektedir (76).

Çalışmaya katılan öğrencilerin %87'sinin aktif cinsel hayatı yoktu. Aktif cinsel hayatı olduğunu söyleyen öğrencilerin ilk deneyim yaşı ortalaması 20 ± 3 'tü (Tablo 11). Yazganoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %70,8'nin cinsel hayatı yoktur ve cinsel hayatı olanların deneyim yaşı $17,98\pm 2,25$ 'tir (87). Vivancos ve arkadaşlarının British Üniversitesi'ndeki çalışmasında ilk cinsel deneyim yaşı ortalama 17'dir (77). Araştırmaların bulguları bizim çalışmamızla aynı doğrultuda olduğu görülmektedir. Cinsel ilişkiye başlama yaşının ortaöğretim zamanında görülmesi cinsel sağlık eğitiminin liselerde başlaması gerektiği sonucuna varabiliriz.

Türkiye'de yapılan pek çok çalışmada, gençlerin CYBE'ler konusunda en önemli bilgi kaynağının yazılı -görsel medya ve okul dersleri olduğunu göstermektedir (12, 14, 25). Geçmiş yıllardaki çalışmalarda öğrencilerin CYBE'ler konusundaki en az bilgiyi ailelerinden almış oldukları görülmektedir (9, 14, 25, 76, 79). Araştırmamızda öğrenciler bilgiyi en çok okuldan en az ailelerinden aldıklarını söylediler (Tablo 12). Çıkan sonuç Kaya, Karaköse ve arkadaşının yaptıkları çalışmaların sonuçlarıyla uyum göstermektedir (14, 25). Ebeveynlerin bilgilerinden emin olamama, utanma, otoritelerini kaybetme korkusu gibi nedenlerle çocuklarıyla bu konuları konuşmakta isteksiz olmaları gençlerin cinsellik konusunda bilgilenmek için aile dışı kaynaklara başvurmalarına neden olabilmektedir (76). Öğrencilerin cinsel sağlık konularını aileleriyle paylaşamamaları onların bilgi kaynağının ilk sırasında okulun olmasında etkili olduğunu düşünebiliriz.

Öğrencilerin %74,3'ü CYBE'lerin tedavi edilebilir olduğunu ifade etti (Tablo 13). Geçmiş yıllardaki çalışmalarda da öğrencilerin çoğunluğu CYBE'lerin tedavi edilebileceğini söylemiştir (2, 15, 79). Araştırmamızın sonucu literatür sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. CYBE'ler, tedavi edilmediğinde kısırlık, hatta sonucu ölüme varan ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Bazı CYBE'ler tedavi edilebilirse iyileşebilir ama önemli bir bölümünse kesin bir tedavisi yoktur (80). Öğrencilerin geleceğin sağlık profesyoneli olacaklarını düşünürsek okuldan aldıkları eğitimin onlar için farkındalık yaratmış olabildiği sonucuna varabiliriz.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %98'i sağlıklı birinin de CYBE taşıyabileceğini belirtti (Tablo 13). Özdemir'in çalışmasında öğrencilerin %92,6'sı da sağlıklı bir kişide CYBE bulunabileceğini belirtmiştir (79). Öğrencilerin

neredeşey tamamı sağlıklı bir kişide de CYBE olabileceğini bildiği halde sadece %74,3'ü modern yöntem kullanmayı tercih edeceğini ifade etti (Tablo 11). Aradaki %23,7'lik kısmın konunun öneminin farkında olmadıklarının veya sağlıklarını önemsemediklerini düşünebiliriz.

Araştırmamıza katılan öğrenciler CYBE'lerle karşılaştıklarını şüphe ettiklerinde %87,8'i rahatlıkla sağlık kuruluşuna başvuracaklarını belirttiler (Tablo 13). Özdemir'in çalışmasında da öğrencilerin %92,6'sı sağlık kuruluşuna başvuracaklarını belirtmişlerdir (79). Çıkan sonuç Özdemir'in çalışmasıyla uyumludur. CYBE'ler yönünden risk grubunda olan gençlerin bu bilgiyi bilmeleri sevindiricidir.

Çalışmamızda öğrencilerin tümü (%100), CYBE'lerin cinsiyet fark etmeksizin her iki cinsten de bulaşabileceğini söylediler (Tablo 13). Cinsel organlarının yapısı nedeniyle cinsel ilişki sırasında CYBE'lerin erkeklerden kadınlara hastalık bulaşması daha kolaydır (83). Öğrencilerin sağlıkla ilgili mesleklerde eğitim aldıklarından ve sağlığın içerisinde olduklarından dolayı bu bilgiye doğru yanıt vermiş olabilirler.

Cinsel birliktelikte tercih edilen korunma yöntemini incelediğimizde öğrencilerin %74,3'ü modern yöntemi kullandığını ve %4,1'i yöntem kullanmadıklarını belirttiler (Tablo 11). Öğrenciler arasında tercih ettikleri korunma yöntemine göre bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulundu ($p=0,001<0,05$) (Tablo 18). Kızıltoprak'ın 2007 yılında yaptığı çalışmada öğrencilerin %36,3'ü modern yöntemi kullandığını, %43,5'i hiç yöntem kullanmadığını saptamıştır (3). Efe'nin 2003 yılında yaptığı çalışmadaysa öğrencilerin modern yöntem kullanma oranı %31, hiç yöntem kullanmama oranı 61,9'dur (60). 2003 yılından bu yana aradan geçen zamanda modern yöntem kullanım oranının arttığını görmekteyiz. Okulda verilen eğitimler etkili olmuştur.

Modern yöntemler içerisinde olan kondom, CYBE'lerden korunmak için etkin bir yoldur (73, 81, 82, 83, 84, 85). Öğrencilerin büyük bölümü kondomu kullanacaklarını söylediler (Tablo 14). Kondomu, hem gebeliği önlemek hem de CYBE'lerden korunmak için kullandıklarını belirtenlerin oranı %75,6'ydı (Tablo 14). Demir'in çalışmasındaki öğrencilerin de korunma yöntemi olarak kondomu

belirttiklerini ancak %69,6'sının kondomu gebeliği önlemek için kullandıklarını ifade etmişlerdir (9). Çalışmamızda öğrencilerin bilgi düzeyine göre kondom kullanımı arasında anlamlı ilişki vardı ($p=0,001<0.05$). Buradan öğrencilerin okulda aldıkları eğitimin kalitesinin önceki yıllara göre artış göstermiş olduğu sonucuna varabiliriz.

Araştırmamızda öğrencilerin %45'i partnerleri kondom kullanmayı kabul etmediğinde bunu kabul edeceklerini belirttiler (Tablo 14). Yüksek bilgi düzeyi her zaman doğru davranış ve tutumları beraberinde getirmemektedir (86). Çalışmamızda öğrencilerin kondom kullanımının amacını bilmeleri ve kondom kullanım oranının yüksek olması, onların cinsel ilişkilerinde her zaman doğru davranışta bulunmayacaklarını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda, öğrencilerin ders müfredatını incelediğimizde cinsel sağlık eğitimi alanla almayan bölümlerin bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,473>0.05$) (Tablo 17). Akadepilerin çalışmasında eğitim almayan öğrencilerin bilgi düzeyleri eğitim alanlara göre daha düşüktür (2). Araştırmamıza katılan öğrencilerin okulda aldıkları eğitimlerin veya seminerlerin onların cinsel sağlık bilgilerine katkısı olduğunu düşünebiliriz.

Öğrencilerin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgili bilgi düzeylerinin iyi olmasına karşın yine de eğitim almak istediklerini ifade ettiler (Tablo 17). Akadepilerin araştırmasında da öğrencilerin cinsel sağlık bilgileri iyi fakat onlar da bu konuda eğitim almak istediklerini belirttiler (2). Çıkan sonuçlar Akadepier'in çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Öğrencilerin yeterli bilgiye sahip oldukları onların riskli davranışlarda bulunmayacağı anlamına gelmemektedir. Bundan dolayı öğrencilerin eğitim almak istedikleri sonucuna varabiliriz.

7.2. Sonuç ve Öneriler

Öğrencilerin en çok bilgi edindikleri kaynaklar sırasıyla okul, internet ve televizyon olmuştur. Ders müfredatında CYBE'lerle ilgili eğitim alanlar ile almayanlar arasında bilgi düzeyi farkı bulunmamıştır. Araştırmaya katılan sağlık bilimleri fakültesindeki öğrencilerin bilgi düzeyleri genel olarak iyidir. Buna karşın riskli cinsel davranışta bulunabilirler. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Medya yoluyla kondom kullanımının amacını ve yararlarını içeren reklamlar, yazılar, videolar, gazetede köşe yazıları arttırılmalı ve böylece kişilerin kondom kullanımı yaygınlaştırılmalı,
- Gençler cinsel deneyim yaşını mümkün olduğunca evlenene kadar ertelemeli ve cinsel perhize teşvik edilmeli,
- Sağlık kuruluşları, danışmanlık merkezleri ve aile planlaması yöntemleri kolay ulaşılabilir hale getirilmeli,
- Cinsel sağlık eğitim programlarına gençlerin ebeveynleri de dahil edilmeli,
- Eğitim programlarının kalitesi bir anketle değerlendirilmeli,
- Aileler, çocuklarının cinselliğini ifade etmeleri için eğitilmeli,

8. KAYNAKLAR

1. Huges G, Lowndes CM. Epidemiology of sexually transmitted infections:UK. *Epidemiology and behavior*, 2012. *Medicine* 42: 2 (281-286).
2. Akalpler Ö. Üniversite Öğrencilerinin sık görülen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ilişkin bilgileri ve cinsel davranışları. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi (Prof. Dr. Kafiye E.) Lefkoşa: 2010.
3. Kızıltoprak E. Gençlerin Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel yaşam konusunda bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi. Harran Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi (Danışman Zeynep Ş.) Şanlıurfa: 2007.
4. World Health Organizations Sexually Transmitted Infections (STIs). Erişim tarihi: 5/01/2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82207/1/WHO_RHR_13.02_eng.pdf.
5. World Health Organization (WHO,2013) Erişim tarihi: 02/01/2015.
<http://www.who.int/gho/hiv/en/>
6. Cheung KK, Montgomery D, CPCP, Benjamins LJ, MD, MPH. Prevalence of Sexually Transmitted Infections Among Adolescents Entering Child Protective Services. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* (2014),
doi:10.1016/j.jpag.2014.09.011.
7. Saraçoğlu F. Türkiye'de Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar. *Kadın Doğum Dergisi* 2007;6:1365-1404.
8. Deniz Ü. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Konusundaki Üniversite Öğrencilerinin Görüşleri. Ankara Üniversitesi (Danışmanlar Mehmet K, Ömer RÖ, Ahmet MA.) Ankara:2003.

9. Demir G. Selçuk Üniversitesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi (Danışman Tahir KŞ.) Konya:2006.
10. World Health Organization (WHO,2005) Progress in Reproductive Health Research. No.67. Sexual Health-A New Focus for WHO.
11. Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 6. Basım Ankara. Sistem Ofset Matbaacılık (2007).
12. Patricia, S. Adolescent Sexual Health. J of Family Practice. 53: 3-5 (2004).
13. World Health Organization. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections. WHO Library Cataloguing in-Publication Data (2003).
14. Karaköse A, Aydın S. Genç erkeklerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyinin incelenmesi. Yeni Üroloji Dergisi 2011; 6(1): 31-37.
15. Siyez DM, Siyez E. Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi 35(1): 49-55 (2009).
16. Zarakolu P. HIV/AIDS dışında cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyonlar. Erişim tarihi: 20/01/2015. <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/diger.shtml>.
17. Akın A, Özvarış ŞB. Adölesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları ve Araştırma Merkezi (2004).
18. Koçoğlu MH. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, Toplum Hekimliği Bülteni, 21(1) (2000).
19. Bertan M. Introduction. In: Adolescence and Adolescent Reproductive Health. International Children's Center, Meteksan AŞ, Ankara, 2003; 118-123.
20. Kreipe RE., McAnarney ER. "Psychosocial aspects of adolescent medicine". Semin Adolesc Med. 1985 Mar;1(1):33-45.

21. Kristi J. Ferguson “Health Behavior” Fourteenth Maxcy _ Robenau-Last Public Health&Preventive Medicine” (Eds: Robert B. Wallace) Appleton And Kange Stanford Connecticut, 1998; 811-816.
22. Türkiye’de Gençlerin Üreme ve Cinsel Sağlık Durumları” Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005:2-11.
23. Vicdan K. Ülkemizde adölesanların demografik ve epidemiyolojik özellikleri, mevcut problemler ve çözüm önerileri. Uzmanlık Tezi, Ankara: 1993.
24. Aslantekin F, Aslan G. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda Sağlık Eğitiminin Önemi ve Ebenin Eğitimci Rolü, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(1): 89-90 (2006).
25. Kaya F, Serin Ö, Genç A. Eğitim Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yaşamlarına İlişkin Yaklaşımlarının Belirlenmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni; 6 (6): 441-448 (2007).
26. Özgülner N, Pektaş H. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında ulusal ve yerel medya yoluyla savunuculuk projesi. Bilgilendirme Dosyası-4: Güvenli Cinsellik. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD,2006)
27. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve neden olan etkenler. Erişim tarihi: 18/11/2014. <http://bilkent.edu.tr/uremesagligi/cinselyollabulhast.html>.
28. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar(CYBE/HIV/AIDS) katılımcı kitabı, Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı No: 4-B, Ankara: 2009.
29. Sevensan F. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar yönünden riskli davranış gösteren kişilerin bilgilerinin, korunmaya ilişkin görüşlerinin, davranışlarının ve sağlık hizmeti kullanımına yönelik yaklaşımlarının belirlenmesi ile ilgili niteliksel bir çalışma. Hacettepe Üniversitesi, Uzmanlık tezi (Danışmanlar Ayşe A, Dilek A.), Ankara: 2009.

30. Zarakolu P. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar. Hacettepe Tıp Dergisi 2006; 37(1): 21-34.
31. Zarakolu P, Ünal S. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M, eds. İnfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi. İstanbul: Nobel Kitabevi, 2002; 1111-15.
32. Zarakolu P, Akın A. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar: epidemiyoloji ve risk faktörleri. Arman D, Ünal S, eds. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve tedavisi. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2004; 9-25.
33. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, Etkenlere Göre Enfeksiyonlar 2. cilt 3.Basım Nobel Tıp Kitabevleri s:1569-1655.
34. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar.Erişim Tarihi: 03/03/2015.
<http://yeniweb.mersin.edu.tr/uploads/300/files/Sifilizt.doc>.
35. Türk Dermatoloji Derneği Venoroloji Çalışma Grubu Sifiliz (Frengi) Hasta Bilgilendirme Broşürü. Erişim Tarihi: 18/02/2015.
<http://www.turkdermatoloji.org.tr/files/file/SIFILIZ.pdf>.
36. Gottlieb SL, Newman LM, Amin A, Temmerman M, Broutet N. Sexually Transmitted Infections and Women's Sexual and Reproductive Health. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 123 (2013) 183-184.
37. Altınok T, Güralp O. (2008) Kadınlarda Cinsel İlişki ile Bulaşabilen Hastalıklar. Nobel Tıp Kitabevleri.
38. Bakteri ve Parazitler.Erişim Tarihi: 21/03/2015.
http://www.kmtd.org.tr/pdf/4_1_15_bakteri_ve_parazitler.pdf.
39. Willke A, Balık İ. İnfeksiyon hastalıklar seminerler. Güneş Medikal Kitabevi.
40. Tabak F. Enfeksiyon Hastalıkları. Genişletilmiş 2. Basım. Nobel Tıp Kitabevleri.

41. Türk Dermatoloji Derneği Veneroloji Çalışma Grubu Gonore (Bel Soğukluğu) Hasta Bilgilendirme Broşürü. Erişim Tarihi: 15/03/2015.
<http://www.turkdermatoloji.org.tr/files/file/GONORE.pdf>.
42. T.C. Sağlık Bakanlığı, Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi-2004, Standart Tanı ve Sürveyans Rehberi, Gonore.
43. Bel Soğukluğu. Erişim Tarihi: 19/02/2015.
<http://tr.wikipedia.org/wiki/Belsoğukluğu>.
44. Ağaçfıdan A, Anđ Ö. Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar(CTBH), Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Yayın No: 35 (1999).
45. Scholdberg Goh BT. Syphilis in adults. Sex Transm Infect. 2005; 81: 448-52.
46. Neyzi O, Özgülnar N. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Tanı ve Tedavi Rehberi. Yenilenmiş 3. baskı. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı UNFPA Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. İstanbul: 2006.
47. Klamidya.Erişim Tarihi: 23/03/2015.
<http://www.gata.edu.tr/cerrahitipbilimleri/kadinhastaliklaridogumad/sss/cybh7.html>.
48. T.C Sağlık Bakanlığı. Klamidya. Erişim Tarihi: 14/03/2015.
<http://www.zhd.gov.tr/klamidya-nedir-1964h.html>.
49. Chlamydia. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Erişim Tarihi: 12/01/2015. <http://www.cdc.gov/std/chlamydia/stdfact-chlamydia-detailed.htm>
50. Bakteriyel Vajinozis Tedavisinin İzlenmesinde Basit Metotlar: Clue Cell-Whiff Testi. Danışman N. ve ark. Mikrobiyol Bülten 28: 113-117, 1994 (Ankara).
51. Kurt H, Gündeş S, Geyik MF. Enfeksiyon Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri.
52. Bacterial Vaginosis. CDC (2010) Erişim Tarihi: 02/01/2015.
<http://www.cdc.gov/std/bv/stdfact-bacterial-vaginosis.htm>.

- 53.** Kadında genital akıntıya yaklaşım : laboratuvar testleri. Erişim Tarihi: 7/01/2015.
http://www.tmconline.org/userfiles/sunumlar/11_Kas/Pinar_Zarakolu_Kosker.pdf
- 54.** HIV/AIDS. WHO 2013. Erişim Tarihi: 08/01/2015.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>
- 55.** Tümer A. Dünyada ve Türkiye’de Güncel Verilerle AIDS, Türk HIV/AIDS Dergisi 2006; 9(4).
- 56.** T.C. Sağlık Bakanlığı HIV/AIDS Veri Tabloları. Erişim Tarihi: 23/04/2015.
http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/veriler_Haziran_2014.pdf
- 57.** HIV and AIDS estimates (2013). Erişim Tarihi: 4/01/2015.
<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/turkey/>
- 58.** Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, Etkenlere Göre Enfeksiyonlar 1. cilt 3.Baskı Nobel Tıp Kitabevleri s:383-723.
- 59.** Öz Bölükbaşı FF, Yıldız Zeyrek F, Bölükbaşı C, Zeyrek CD, Uzunköy A, Tabur S ve ark. Hasta bakımı ve hastane hijyeninden sorumlu sağlık personelinde HBV, HCV ve HIV sıklığı, Viral Hepatit Dergisi, 2004; 9(2), 90-91.
- 60.** Efe ŞY. Üniversite son sınıf öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi ve davranışları. Hacettepe Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Bilim Uzmanlığı Tezi (Danışman Taşkın L.). Ankara:2003.
- 61.** Hepatit B (Viral Hepatit-Bulaşıcı Hepatit). Erişim Tarihi (15/01/2015).
<http://bilheal.bilkent.edu.tr/aykonu/AY2002/October2002/heptb.htm> .
- 62.** Herpes Simpleks Virüs Enfeksiyonları. Erişim Tarihi: 02/05/2015.
<http://www.gata.edu.tr/cerrahitipbilimleri/kadinhastaliklaridogumad/sss/cybh6.html>.

63. Moomaw MD, Cornea P, Rathbun RC, Wendel KA. Review of antiviral therapy for herpes labialis, genital herpes and herpes zoster. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2003 Aug; 1(2):283-95.
64. Corey L, Ashley R; Valaciclovir HSV Transmission Study Group. Prevention of herpes simplex virus type 2 transmission with anti-viral therapy., *Herpes.* 2004 Aug; 11 Suppl 3:170A-174A.
65. Kahn JJ, M.D, M.P.H. HPV Vaccination for the Prevention of Cervical Intraepithelial Neoplasia. *The New England Journal of Medicine* 2009; 361:271-8.
66. T.C. Sağlık Bakanlığı (2003), Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri, Ankara:15-187.
67. Arvas M, Gezer A, Genital HPV, HPV İnfeksiyonunun Bulaşma Yolları, İstanbul Medikal Yayıncılık, 975-9944-211-04-8, 2007 sf:41.
68. Saslow D, American Canser Society Guideline for Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Use to Prevent Cervical Canser and Its Precursors, *CA Canser J Clin* 2007; 57; 7-28.
69. Kim JJ, PH.D Weighing the Benefits and Costs of HPV Vaccination of Young Men. *The New Englang Journal of Medicine* 2011.
70. Global Report, UNAIDS report on the Global AIDS epidemic, 2013. Erişim Tarihi: 25/01/2015.
http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf.
71. Süzer Ö. Heltmintlere ve Ektoparazitlere Etkili İlaçlar. *Süzer Farmakoloji.* 3. Baskı 2005, s:399.
72. Abacıoğlu N ve ark. Dermatolojikler. *Türkiye Tıbbi İlaç Rehberi Güncel Farmalist* 2005, s:690.

73. McIlhaney JS, Jr, MD. Sexually transmitted infection and teenage sexuality. Presented at the Sixty-second Annual Meeting of The South Atlantic Association of Obstetricians and Gynecologists Austin, Texas. Am J Obstet Gynecol 2000;183:334-9.
74. Condom Fact Sheet In Brief.CDC. Erişim Tarihi: 20/01/2015.
<http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/brief.html>.
75. Akgün HS, Budakoğlu İİ, Erdem Ö, Bakar C, Yedildağ G. Hemşirelerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar, aids bilgi düzeyi ve davranışları. Başkent Üniversitesi. Ankara: 2006; 3 (4): 271-275.
76. Pınar G. Ve ark. Özel bir üniversitede okuyan öğrencilerin cinsel sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışları. Tıp Araştırmaları Dergisi: 2009 : 7 (2) :105 -113.
77. Vivancos R, Abubakar I, Howard PP, Hunter PR. School-based sex education is associated with reduced risky sexual behaviour and sexually transmitted infections in young adults. Public Health 2013; 127: 53-57.
78. Demirtař B. Bir Üniversitesi Eczacılık Fakóltesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Bilgileri. Erişim Tarihi: 12/01/2015.
<http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/81/Makale02.pdf>.
79. Özdemir L, Ayvaz A, Poyraz Ö. Cumhuriyet Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri. C. Ü. Tıp Fakóltesi Dergisi 25 (1): 10-14, 2003.
80. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Nedir? Erişim Tarihi: 02/02/2015.
<http://bilheal.bilkent.edu.tr/uremesagligi/uremesagliginedir.html>.
81. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü. Erişim Tarihi: 03.02.2015.
http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/egtModul/ureme/Cinsel_Yolla_Bulasan_Enfeksiyonlar.pptx.

- 82.** Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar. Erişim Tarihi: 21/01/2015.
<http://www.turkcebilgi.org/saglik/erkek-sagligi/cinsel-yolla-bulasan-enfeksiyonlar-385.html>.
- 83.** Aile Planlaması Yöntemleri. Erişim Tarihi: 25/02/2015.
http://bhs.gov.tr/galeri/dokuman/Iletisim_Aile_Planlamasi_Yontemleri.ppt.
- 84.** Aile Planlaması. Erişim Tarihi: 03/03/2015.
http://www.gata.edu.tr/ureme_sagligi/aile_planlama.htm.
- 85.** Yazgan S, Koçberber Ç, Suleymanzade N, Değdaş UC. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar? Sağlığını Şansa Bırakma; Korumayı. (Danışman Öğrt. Dr. Sare M.). Erişim Tarihi: 12/12/2014.
<http://tip.baskent.edu.tr/egitim/mezuniyetoncesi/calismagrp/ogrsmpzsnm15/15.P4.pdf>.
- 86.** Anwar M, Sulaiman SA, Ahmadi K, Khan TM: Awareness of school students on sexually transmitted infections (STIs) and their sexual behavior: a cross-sectional study conducted in Pulau Pinang, Malaysia. *BMC Public Health* 2010; 10:47.
- 87.** Yazganoğlu KD, Özarmağan G, Tozeren A, Özgülner N. Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkında bilgi, tutum ve davranışları İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İstanbul; 2011.

9. EKLER

9.1. EK-1: Etik Kurul İzni

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 10840098 – 232
Konu: Etik Kurulu Kararı

26/09/2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşe İSTANBULLU TOSUN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Özel bir üniversitede öğrencilerin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)






26/09/2014-İ.FİL



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| | | | | |
|---------------------------------|---|---------------|--------------------------|--|
| Değerlendirilen Belgeler | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili |
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI | 17.09.2014 | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | 17.09.2014 | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| Karar Bilgileri | Karar No: 214 | | Tarih: 26.09.2014 | |
| | Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir. | | | |

| | |
|---|-----------------------|
| İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU | |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI | Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile ilişki | | Katılım * | | İmza |
|--|--------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| | | | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK | Eczacılık | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Prof. Dr. Tangül MÜDOK | Histoloji ve Embriyoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK | Farmakoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Yrd. Doç. Dr. Berna EREN | Halk Sağlığı | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU | Protetik Diş Tedavisi | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN | Histoloji ve Embriyoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK | Kulak-Burun Boğaz | Özel Nisa Hastanesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |

* :Toplantıda Bulunma

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU

| | | | | | |
|--------------------------|---|---|--|---|--|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Özel bir üniversitede öğrencilerin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI | Yrd. Doç. Dr. Ayşe İSTANBULLU TOSUN | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | İstanbul | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | - | | | |
| | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> |

**9.2. EK-2: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Çalışma Kurum İzni**

**T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

22/10/2014

Sayı : 44274237 - 302.08.01- 620
Konu: Canan ÇETİN-Anket Çalışması

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 17.10.2014 tarihli ve 31034136 / 302.08.01-302 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Canan ÇETİN'in, "Özel Bir Üniversitede Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi" isimli yüksek lisans tez çalışması kapsamındaki anket çalışmasını Fakültemizin 4. sınıf öğrencilerine uygulaması Dekanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.



Prof. Dr. Erdoğan KUNTER
Dekan

EK:
-Anket (.3.. sayfa)

.../10/2014-E.YILMAZ: D. Sekreteri

.../10/2014- Ş. AĞKOÇ: F. Sekreteri


T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayı : 31034136 / 302.08.01 - 302
Konu: Canan ÇETİN-Anket Çalışması

17.10.2014

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Canan ÇETİN'in, "*Özel Bir Üniversitede Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi*" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Fakültenizin 4. sınıf öğrencilerine uygulayabilmeleri konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.


Prof. Dr. Nesrin EMEKLİ
Müdür V

EK:
Yazı Örneği (4 sayfa)

9.3. EK-3: Anket Formu

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ'NDEKİ ÖĞRENCİLERİNİN CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

Değerli öğrenci arkadaşlarım;

Bu çalışma, önemli bir sağlık sorunu olan cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında üniversite öğrencilerinin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla planlandı. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen her bir soruyu dikkatle okuyarak yanıtlayınız.

Canan Çetin

1.Cinsiyet : Erkek () Bayan ()

2.Yaş :.....

3.Bölümünüz :.....

4. Annenizin eğitim durumu nedir?

- () Okur-yazar değil
- () İlkokul mezunu
- () Ortaokul mezunu
- () Lise mezunu
- () Üniversite mezunu

5. Babanızın eğitim durumu nedir?

- () Okur-yazar değil
- () İlkokul mezunu
- () Ortaokul mezunu
- () Lise mezunu
- () Üniversite

6. Cinsel konuları ebeveynlerinizle paylaşabiliyor musunuz?

- Evet
 Hayır

7. Aktif cinsel hayatınız var mı?

- Evet
 Hayır

*Cevabınız evet ise 8. soruyu cevaplayınız.

8. İlk cinsel deneyim yaşıınız:

9. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ile ilgili bilginizi daha çok nereden öğrendiniz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Okul
 Televizyon
 Kitap
 Arkadaş
 Doktor
 Aile
 Gazete
 Dergi
 İnternet

10. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgili eğitim almak ister misiniz?

- Evet
 Hayır

11. Aşağıdakilerden hangisi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan biri değildir?

- Sifiliz
- Gonore
- Hepatit
- AIDS
- Kanser

12. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar tedavi edilebilir mi?

- Evet
- Hayır

13. Sağlıklı görünen birinde de cinsel yolla bulaşan enfeksiyon taşıyabilir mi?

- Evet
- Hayır

14. Cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyona yakalandığınızı şüphe ettiğinizde rahatlıkla bir sağlık kuruluşuna başvurabilir misiniz?

- Evet
- Hayır

15. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, hem erkeklerden hem de kadınlardan bulaşabilir mi?

- Evet
- Hayır

16. Cinsel birlikteliğinizde hangi korunma yöntemini tercih edersiniz?

- Modern yöntem(prezervatif, RIA, doğum kontrol hapı, iğne, vs.)
- Geleneksel yöntem (geri çekme, adet gün sayma, sıcaklık kontrolü vs.)
- Hiçbirini kullanmam
- Yanıtsız

17. Cinsel ilişkinizde kondom kullanır mısınız?

- Evet
- Hayır

18. Kondomu ne amaçla kullanırsınız?

- Gebelik oluşmasını önlemek için
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için
- Hem gebelik oluşmaması, hem de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için

19. Partneriniz kondom kullanmak istemiyorsa kullanmaz mısınız?

- Evet
- Hayır

20. Aşağıdakilerden hangileri cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için doğru davranışlardır?

- Cinsel ilişkiden sonra hemen banyo yapılmalı
- Hastalık şüphesi olan kişilerle ilişkiye girerken kondom kullanılmalı
- Tek eşli cinsel yaşam
- Diş çektirme, dövme, manikür yaptırma sırasında kullanılan aletlerin mikroplardan temizlenmiş olmasına dikkat edilmeli
- Başkaları ile ortak eşya (jilet, enjektör vb) kullanmamalı

9.4. EK-4: Anket Uygulama İzin Formu

** Çalışma öğrencilerin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkında bilgi düzeylerini incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmış bir tez çalışmasıdır.

** Veri toplamada araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılacaktır.

** Çalışma İstanbul İli Anadolu yakasındaki Medipol Üniversitesi Kavacık Kampüsü'ndeki Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik, Sağlık Yönetimi, Beslenme ve Diyetetik, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon son sınıf bölümlerinden araştırmaya katılmaya istekli öğrencilerle yürütülecektir.

** Araştırma Canan Çetin tarafından katılmaya gönüllü kişiler ile toplu görüşme/anket formu doldurma şeklinde yapılacaktır.

** Araştırmanın riski ve zararı yoktur.

** Araştırmanın sağlık bilimleri fakültesi son sınıf öğrencilerin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkındaki bilgi düzeyleri elde edilecektir.

** Bu anketi doldurup çalışmaya katılmayı kabul edip etmemek sizin öğrencilik şartlarınızda herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

** Anket formları isimsiz doldurulacak ve gizliliğe dikkat edilecektir.

** Hiçbir şekilde derecelendirme yapılmayacak ve sonuç açıklanmayacaktır.

** Bu çalışma finansal olarak hiçbir kurum yada kuruluş tarafından desteklenmemektedir.

** Anketi doldurduğunuz için size maddi manevi bir ödül verilmeyecektir.

** Çalışmaya katılmamanız durumunda hiçbir şekilde bir yaptırım uygulanmayacak ve katılmadığımız ifşa edilmeyecektir.

** Tez çalışması olarak planlanmış bu anketi cevaplamanız durumunda çalışmanın yürütücüsü maddi bir kazanç sağlamayacaktır.

10.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

| | | | |
|-------------------|--------------------------|---------------------|-----------------|
| Adı | CANAN | Soyadı | ÇETİN |
| Doğum Yeri | İskenderun | Doğum Tarihi | 09/07/1990 |
| Uyruğu | T.C. | TC Kimlik No | 28498751082 |
| E-mail | canancetin2013@gmail.com | Tel | (553)-607-81-82 |

Eğitim Düzeyi

| | Mezun Olduğu Kurumun Adı | Mezuniyet Yılı |
|----------------------|--|-----------------------|
| Yüksek Lisans | | |
| Lisans | Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi | 2012 |
| Lise | İskenderun Süper Lisesi, Hatay | 2008 |

İş Deneyimi

| Görevi | Kurum | Süre (Yıl-Ay) |
|-------------------------|------------------------|----------------------|
| 1. Ebe | Hastane Derindere | 2015-Devam ediyor |
| 2. Evde Bakım Hemşiresi | Liv Hospital | 2012-2014 (20 Ay) |
| 3. Ebe | Medipol Mega Hastanesi | 2012-2012 (4 Ay) |
| 4. Ebe | Medikent Hastanesi | 2011-2012 (9 Ay) |

Yabancı Dilleri

| | Okuduğunu Anlama | Konuşma | Yazma |
|-------------------|-------------------------|---------------------|--------------|
| İngilizce | İyi | Orta | İyi |
| | Sayısal | Eşit Ağırlık | Sözel |
| ALES Puanı | 61 | | |

| Bilgisayar Bilgisi | Kullanma Becerisi |
|---------------------------|--------------------------|
| Microsoft Office | İyi |