

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**RİA' YA ÖZEL DANIŞMANLIK İLKESİNE GÖRE
RİA UYGULANMASI VE GENİTAL HİJYEN
EĞİTİMİNİN VULVOVAJİNAL
ENFEKSİYONLARININ GÖRÜLMESİNE ETKİSİ**

**Hemşirelik Programı
DOKTORA TEZİ**

**Hazırlayan
Handan ZİNCİR**

**İZMİR
2006**

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**RİA'YA ÖZEL DANIŞMANLIK İLKESİNE
GÖRE RİA UYGULANMASI, GENİTAL
HİJYEN EĞİTİMİ VE VULVOVAJİNAL
ENFEKSİYONLARININ GÖRÜLME İLİŞKİSİ**






**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

Handan ZİNCİR

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL**

**İZMİR
2006**

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

	Adı Soyadı	İmza
Başkan (Danışman)	: Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL	
Üye	: Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN	
Üye	: Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN	
Üye	: Doç. Dr. Sühayla ALTUĞ ÖZSOY	
Üye	: Doç. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN	

Doktora Tezinin Kabul Edildiği Tarih: 13 / 07 / 2006

ÖNSÖZ

Toplumun temel unsuru olan kadınların çok yönlü görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için sağlıklı olmaları gerekir. Kadının sağlıklı olması sadece kendisi için değil aynı zamanda çocukları, ailesi ve toplum sağlığı için de önemlidir. Ancak toplumda bu kadar önemli görevlere sahip olan kadınlar, yaşam dönemlerine göre farklı sağlık sorunları yaşamaktadırlar. Kadınların cinsel olgunluğa eriştiği ve doğurganlık fonksiyonlarının gerçekleştiği 15-49 yaş döneminde en fazla görülen problemlerden birisi olan vulvovajinal enfeksiyonların önlenmesinde aile planlaması hizmetleri kapsamında yapılacak işlemlerde kaliteyi ulaşımda bu tez'in bulguları ve sonuçları çalışan hemşirelere, ebelere ve hekimlere yol gösterici ve yararlı olabildiğini diliyorum.

Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi aşamasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım danışmanım Prof. Dr. Ayla Bayık Temel'e, tezimi inceleyerek yararlı öneriler veren Doç. Dr. Süheyla Altuğ Özsoy ve Prof. Dr. Ahsen Şirin'e, araştırmanın tüm aşamasında bilgi, deneyim ve desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Ümit Seviğ ve çalışma arkadaşlarıma, araştırmanın yürütüldüğü Kayseri Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi Başhekimliğine, Aile Planlaması polikliniğinde görevli tüm sağlık personeline, araştırmama gönüllü olarak katılan kadınlara teşekkür ederim. Ayrıca, bu tezin hazırlanmasında desteklerini ve sabırlarını esirgemeyen sevgili eşim Musa Zincir ve kızım Nidanur Zincir'e teşekkür ederim.

Handan ZİNCİR

TEMMUZ 2006

İÇİNDEKİLER**BÖLÜM I****GİRİŞ**

1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Hipotezler.....	4
1.4. Araştırmanın Önemi.....	4
1.5. Sınırlılıklar.....	6
1.6. Tanımlar.....	6
1.7. Genel Bilgiler.....	7
1.7.1. Vulvovajinal Enfeksiyonlar.....	7
1.7.2. Vajinanın Genel Özellikleri.....	8
1.7.2.1. Vajinanın Biyolojik Özellikleri.....	8
1.7.2.1.1. Vajinal Akıntı Nedenleri.....	9
1.7.3. Vulvovajinal Enfeksiyonların Genel Özellikleri.....	10
1.7.3.1. Vajinitisin Tanımı, Sıklığı ve Kadın Sağlığı.....	10
1.7.4. Vajinitis' e Neden Olan Faktörleri.....	12
1.7.4.1. Kandida.....	12
1.7.4.2. Trichomonas Vajinalis.....	16
1.7.4.3. Bakteriyel Vajinozis.....	20
1.7.4.4. Atrofik Vaginitler.....	24
1.7.5. RİA ve Vulvovajinal Enfeksiyonlar.....	25
1.7.6. Vulvovajinal Enfeksiyonların Önlenmesi.....	27

	Sayfa No
1.7.6.1. Genital Hijyen Davranışları ve Önemi.....	27
1.7.6.2. Koruyucu Üreme Sağlığı Davranışları.....	29
1.7.7. Vulvovajinal Enfeksiyonların Önlenmesinde Hemşiresinin Rolü ve Sorumlulukla.....	31
 BÖLÜM II	
GEREÇ VE YÖNTEM	
2.1. Araştırmanın Tipi.....	34
2.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler.....	34
2.3. Kullanılan Yöntem ve Yöntemler.....	41
2.4. Deneysel Araştırma Tasarım.....	44
2.5. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	52
2.6. Araştırmanın Evreni.....	52
2.7. Araştırmanın Örneklem.....	52
2.8. Bağımlı, Bağımsız, Ara ve Dış Değişkenler.....	55
2.9. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	55
2.10. Verilerin Analizi.....	58
2.11. Süre Ve Olanaklar.....	59
2.12. Araştırmada Etik.....	59
 BÖLÜM III	
BULGULAR	
3.1 Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler.....	62
3.1.1.Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	62

3.1.2.Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	65
3.1.3.Kadınların Önceden Kullandıkları Gebeliği Önleyici Yöntemlere İlişkin Bulgular.....	67
3.1.4.Kadınların Son Bir Yıl İçinde Yaşadıkları Jinekolojik Yakınmalarına İlişkin Bulgular.....	69
3.1.5.Kadınların RİA Taktırmadan Önce Haftalık Cinsel İlişki Sıklığı.....	71
3.2. Kadınlarda Vulvovajinal Enfeksiyon Görülmesine İlişkin Bulgular.....	72
3.3. Kadınların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme İlişkisine Yönelik Bulgular.....	84
3.4. Kadınların Genital Hijyen Davranışı Kontrol Listesinin Ön Test ve Son Test Madde Puan Ortalamalarının İlişkin Bulgular.....	97

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Bilgilerin İncelenmesi.....	104
4.1.1. Kadınların Sosyo- Demografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	104
4.1.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	105
4.1.3. Kadınların Önceden Kullandıkları Gebeliği Önleyici Yöntemler İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	106
4.1.4. Kadınların Son Bir Yıl İçinde Yaşadıkları Jinekolojik Yakınmalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	108

4.1.5. Kadınların RİA Taktırmadan Önce Haftalık Cinsel İlişki Sıklığının İncelenmesi.....	110
4.2. Kadınlarda Vulvovajinal Enfeksiyon Görülmesine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	110
4.3. Deney, Deney Değişken ve Kontrol Grubu Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarının İncelenmesi.....	120
4.4.Kadınların Genital Hijyen Davranışları Kontrol Listesinde Ön Test ve Son Test Madde Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	123
BÖLÜM V	
SONUÇ VE ÖNERİLER	
5.1.Sonuçlar.....	125
5.2. Öneriler.....	129
BÖLÜM VI	
ÖZET	131
ABSTRACT	133
BÖLÜM VII	
YARARLANILAN KAYNAKLAR	136
EKLER	
Ek-I Sosyo-Demografik Veri Formu.....	150
Ek-II RİA Uygulama Becerisi Öğrenim Rehberi.....	154
Ek-III Mikroskopik Değerlendirme Becerisi Öğrenim Rehberi.....	157
Ek-IV Genital Hijyen Davranışları Kontrol Listesi.....	158
Ek-V Broşür.....	159

Sayfa No

Ek-VI Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Metni.....	160
Ek-VII Mikroskop İnceleme Rehberi.....	161
Ek-VIII Araştırma Uygulama İzni.....	162
Ek-IX Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul İzni.....	163
Ek- X RİA Uygulanmasına Yönelik Sertifikalar.....	164
Ek-XI Genital Hijyen Davranışları Kontrol Listesi İle İlgili Görüşleri Alınan Uzmanların Listesi.....	165

ÖZGEÇMİŞ	166
-----------------------	-----

TABLÖLAR

1. Genital Hijyen Davranışları Kontrol Listesinin Taslaktaki 20 Madde Üzerinden Madde- Toplam Korelasyonları.....	37
2. Genital Hijyen Davranışları Kontrol Listesinde ikinci aşamada 16 Maddenin Madde- Toplam Korelasyonları.....	39
3. Genital Hijyen Davranışları Kontrol Listesinin Betimleyici İstatistiklerin Dağılımı.....	40
4. Araştırma Tasarımı.....	49
5. Araştırmanın Zamanlanması.....	61
6. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	62
7. Kadınların Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	64
8. Kadınların ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	65
9. Kadınların Araştırma Öncesi RİA Kullanma Özelliklerine Göre Dağılımı..	67

	<i>Sayfa No</i>
10. Kadınların Son Üç Ayda Kullanmış Oldukları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı.....	68
11. Kadınların Son Bir Yıl İçinde Genital Yol Enfeksiyon Yakınmalarına Göre Dağılımı.....	69
12. Kadınların Son Bir Yıl İçinde Akıntı Yakınması İle İlişkili Bakım Alma Davranışlarına Göre Dağılımı.....	70
13. Kadınların RİA Taktirmeden Önce Hafta da Cinsel İlişki Sıklığına Göre Dağılımı.....	71
14. RİA Uygulamasından Sonra Birinci İzlemde Kadınlarda Görülen Vulvovajinal Enfeksiyonların Tiplerine Göre Dağılımı.....	76
15. RİA Uygulandıktan Sonra Yapılan İkinci İzlemde Kadınlarda Görülen Vulvovajinal Enfeksiyonların Dağılımı.....	81
16. Deney Grubundaki Kadınların Birinci İzlemde ve İkinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarına Göre Dağılımı.....	82
17. Deney Değişken Grubundaki Kadınların Birinci İzlemde ve İkinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarına Göre Dağılımı.....	83
18. Kontrol Grubundaki Kadınların Birinci İzlemde ve İkinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarına Göre Dağılımı.....	84
19. Deney Grubunda Birinci İzlemdeki Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Vajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarının Dağılımı.....	85

Sayfa No

20. Deney Değişken Grubunda Birinci İzlemdaki Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Vajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarının Dağılımı.....	87
21. Kontrol Grubunda Birinci İzlemdaki Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Vajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarının Dağılımı.....	89
22. Deney Grubu İkinci İzlemdaki Kadınların Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Vajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarının Dağılımı.....	91
23. Deney Değişken Grubunda İkinci İzlemdaki Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Vajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarının Dağılımı.....	93
24. Kontrol Grubunda İkinci İzlemdaki Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Vajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarının Dağılımı.....	95
25. Deney Grubu Kadınların Genital Hijyen Davranışı Kontrol Listesinin Madde Puan Dağılımları.....	98
26. Deney Değişken Grubu Kadınların Genital Hijyen Davranışı Kontrol Listesinin Madde Puan Dağılımları	100
27. Kontrol Grubu Kadınların Genital Hijyen Davranışı Kontrol Listesinin Madde Puan Dağılımları	102

ŞEKİLLER

Sayfa No

1. Candida' nın Ayrıcı Tanısı.....	14
2. Trikomonas' in Ayrıcı Tanısı.....	19
3. Bakterial Vajinozis' in Ayrıcı Tanısı.....	23

GRAFİKLER

1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Birinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı.....	72
2. Deney ve Deney Değişken Grubundaki Kadınların Birinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı.....	73
3. Deney Değişken ve Kontrol Grubundaki Kadınların Birinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı.....	74
4. Deney, Deney Değişken ve Kontrol Grubundaki Kadınların Birinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı.....	75
5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların İkinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı.....	77
6. Deney ve Deney Değişken Grubundaki Kadınların İkinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı.....	78
7. Deney Değişken ve Kontrol Grubundaki Kadınların İkinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı.....	79
8. Deney, Deney Değişken ve Kontrol Grubundaki Kadınların İkinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı.....	80

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Toplumun temel unsuru olan kadınların çok yönlü görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için sağlıklı olmaları gerekir. Kadının sağlıklı olması sadece kendisi için değil aynı zamanda çocukları, ailesi ve toplum sağlığı için de önemlidir. Ancak toplumda bu kadar önemli görevlere sahip olan kadınlar, yaşam dönemlerine göre farklı sağlık sorunları yaşamaktadırlar. Kadınların cinsel olgunluğa eriştiği ve doğurganlık fonksiyonlarının gerçekleştiği 15-49 yaş dönemi, üreme sağlığı sorunlarının artış gösterdiği riskli bir dönemdir (3, 15, 19, 29, 94).

Doğurgan çağıdaki kadınların jinekolojik sağlık sorunları ve sıklığı konusunda Türkiye'yi temsil edecek veriler olmamakla birlikte, bölgesel çalışmalar, bu konuda sorunun boyutlarının büyük olduğunu göstermektedir. Araştırmalarda genital yol enfeksiyonları (GYE) kadınların büyük bir bölümünü etkilemektedir (15, 23, 29, 42, 52, 78).

Dünyada ise, üreme çağındaki kadınlar arasında genital yol enfeksiyonları kapsamında vulvovajinal enfeksiyonlar, en sık görülen hastalık nedeni olup, her üç vulvovajinal enfeksiyondan en az biri bakteriyel vajinozistir (1, 6, 48, 55, 113).

Vulvovajinal enfeksiyonların oluşmasına neden olan bir çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; düşük sosyo-ekonomik düzey, eğitim düzeyinin düşüklüğü, evlilik süresi, doğum sayısı, sigara kullanımı, rahim içi araç (RİA) kullanımı, cinsel ilişki sıklığı, perine hijyeni konusunda yetersiz bilgi, eliminasyon sonrası temizliğin yanlış yapılması, menstruasyon sırasında hijyenik olmayan materyal kullanılması, vajinal duş alışkanlığı, sık değiştirilmeyen vajinal tamponlar, uzun süreli antibiyotik kullanımı, sağlıksız koşullarda yaptırılan doğum ve kürtajlar,

asepsi kurallarına uyulmadan yapılan vajinal muayeneler, dar ve sentetik giysilerin giyilmesi ve sağlık hizmetlerine yeterince ulaşamama gibi nedenlerle vulvovajinal enfeksiyonların toplumda giderek yaygınlaştığı ve artış gösterdiği belirtilmektedir (17, 21, 50, 52, 56, 58, 59, 63, 77, 79).

RİA kullanımının büyük oranda vulvovajinal enfeksiyonları artırdığı saptanmıştır. RİA vajinal florayı değiştirerek yani anerob bakterilerde artışa neden olarak böyle bir sonuca yol açmaktadır. Enfeksiyon RİA' nın en önemli komplikasyonlarından birisidir. RİA kullananlarda enfeksiyon gelişimini etkileyen çeşitli faktörler vardır. Bunlar; RİA' nın uygulama tekniği, RİA' nın tipi, RİA kullanma süresi, yaş, profilaktik antibiyotik kullanımı gibi durumlardır. Yapılan araştırma sonuçları da bu doğrultudadır. Ayrıca uygulama koşullarına bağlı olarak ilk 28 gün içinde pelvik enflematuar hastalık (PID) riskini artış olabilmektedir. Bu durumda genellikle uterus içinde endojen vajinal bakterilerin taşınmasına bağlıdır. (33, 61, 91). Türkiye' de Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇS/AP) merkezlerinde yapılan bazı araştırmalarda, RİA' yı bırakma nedenleri olarak akıntı, ağrı, kaşıntı gibi yan etkiler ilk sırada yer almaktadır (11, 13, 17, 22, 25, 38, 67, 91, 118, 120).

Ülkemizde bir çok çalışmada RİA kullanımının büyük oranda vulvovajinal enfeksiyonları artırdığı saptanmıştır (16, 38, 45, 46). Özkan (1998), İzmir' de yaptığı araştırmada RİA kullanan kadınların %67.6' sının vajinitise yakalandığını saptamıştır (63). Şahin (1998) Trabzon bölgesinde yaptığı araştırmada ise RİA kullanan kadınların %58.1' inde üreme yolu enfeksiyonu saptanmıştır (89).

Dünyada da, yapılan bir çok çalışmada RİA kullanan kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonların artışı belirlenmiştir (1, 6, 18, 40, 48, 55, 71, 73). Harikarnpukdee ve arkadaşlarının (2004) Thailand yapmış olduğu çalışmada RİA takılan kadınların

%20.3' ünde bakteriyel vajinozis, %0.8' inde vajinal trikomonas, %13.4' ünde vajinal kandida görülmüştür (43). Watcharotone ve arkadaşlarının (2004) Thailand yaptığı çalışmada da RİA kullanan kadınların %53.8' inde bakteriyel vajinozis görülmüştür (112).

Vulvovajinal enfeksiyonların tıp alanında yaygın bir sorun olmasının nedenlerinden en önemlisi vajinal akıntının sağlık personeli tarafından yeterince önemsenmemesidir. Sorunun yaygınlığı, kadın sağlığına ve toplum sağlığına olan olumsuz ekonomik ve sosyal açıdan etkileri göz önüne alınacak olursa; ülkemizde sağlık personelinin RİA uygulamalarını, RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre gerçekleştirmeleri ve kadınlara genital hijyen eğitimi vermeye özen göstermeleri beklenir. Ancak ülkemizde AÇS/AP kliniklerinde ve sağlık ocaklarında iş yoğunluğu, konunun önemini içselleştirmemiş olmaları ve kendilerinden sağlık eğitimi uygulamalarının beklenmesi gibi nedenlerle sağlık personelinin standartlar dışına çıkarak mikroskopik tanı yöntemlerine başvurmadan, doğrudan antibiyotik uygulama yoluna giderek RİA uygulamada arzulanan standartlara ulaşılmadığı fark edilmektedir. Bunun da kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonların oluşumunu artırdığı düşünülmektedir (15).

Bu çalışmada; Vulvovajinal enfeksiyonların önlenmesi açısından kadınlara verilen genital hijyen eğitimi ve hemşirenin RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulaması vulvovajinal enfeksiyonların görülme sıklığını azaltır mı? Sorusunu akla getirmiştir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Kadınlarda RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanması ve genital hijyen eğitiminin vulvovajinal enfeksiyonlarının gelişimine etkisini incelemektir.

1.3. HİPOTEZLER

* RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanan, genital hijyen davranışı eğitimi alan deney grubu kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonların gelişimi deney değişken grubundaki kadınlara göre daha düşüktür.

* RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanan, genital hijyen davranışı eğitimi alan deney grubu kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonların gelişimi kontrol grubundaki kadınlara göre daha düşüktür.

* RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanan, deney ve deney değişken grubundaki kadınlarda vulvovajinal enfeksiyon gelişimi kontrol grubundaki kadınlara göre daha düşüktür.

* Deney grubunda olumlu yönde değişim gösteren genital hijyen davranış sayısı deney değişken ve kontrol grubuna göre daha yüksektir.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Genital yol enfeksiyonları gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan ülkelerde önemli halk sağlığı sorunlarından birini oluşturmaktadır (17). Genital yol enfeksiyonları kapsamında en sık görülen, vulvovajinal yol enfeksiyonudur (29, 33, 42, 63, 89).

Ülkemizde değişik bölgesel araştırmalardan elde edilen sonuçlar izlenimler, genital yol enfeksiyonlarının oldukça sık olduğu yönündedir. Hacıaloğlu ve arkadaşları GYE sıklığını %71.1 olarak saptamışlardır (42). Ülkemizde AÇS/AP merkezinde yapılan bazı araştırmalar kadınların RİA' yı bırakma nedenleri olarak akıntı, ağrı, kaşıntı gibi yan etkilerin ilk sırada yer aldığını göstermiştir (17, 22, 23, 67, 118, 120). Bu bağlamda kadınların en çok modern yöntemler arasında RİA (%43) kullanmaları ve RİA kullanan kadınların çoğunun jinekoloji servislerine vajinal akıntı nedenleri ile gelmeleri, RİA' nın vulvovajinal enfeksiyonların üzerine

olumsuz yönde etkisi olduğunu düşündürmektedir (105). Bu doğrultuda literatür incelendiğinde Dünyada ve Türkiye’ de bu konu ile ilgili doğrudan araştırma ve inceleme çalışmalarına rastlanmamıştır .

Ülkemizde kadınların eğitim düzeyinin düşük olması, ekonomik nedenler, kadınlara verilen genital hijyen eğitiminin yetersizliği, genital hijyen konusunda bilgisizlik, yanlış inanç ve uygulamalar, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaları nedenlerine bağlı olarak vulvovajinal enfeksiyonların sık olduğu ve giderek artış gösterdiği literatürde belirtilmektedir (42).

Dünyada her alanda gözlenen değişim ve gelişmeler doğal olarak sağlığa, sağlık bakımına ve hemşireliğe de yansımaktadır. Son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ve diğer hemşirelik örgütleri tüm dünya hemşirelerinin dikkatini değişimi gerçekleştirecek bağımsız hemşirelik etkinlikleri üzerine çekmektedir. Hemşirelerden sağlığı koruyan ve geliştiren profesyonel rol ve işlevlerini toplumun sağlık sorunları üzerine yoğunlaştırmaları istenmektedir (30, 31, 32, 110, 111). Bu nedenle hemşirelerin, danışman, yönetici, araştırmacı ve bakım verici rolleri ile koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici hizmetlerde görev alarak sağlığı koruyan ve geliştiren etkinliklerde önemli bir rol üstlenmeleri beklenmektedir (26, 27, 65, 76).

Ülkemizde ACS/AP kliniklerinde ve sağlık ocaklarında vulvovajinal enfeksiyonların tanı ve tedavisine yönelik etkili hemşirelik bakım hizmetlerinin verilmesi, hastalıkların yayılmasını önleyerek ve kadın sağlığının gelişmesine fırsat verecektir. Bu çalışmada hemşirenin belirlenmiş standartlar doğrultusunda bağımsız fonksiyonlarını yerine getirerek RİA’ ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulaması ve genital hijyen eğitimi yapmasının, vulvovajinal enfeksiyonların azaltmasında etkili olup olmadığını ortaya koyması, hem sağlık sektörü, hem de

hizmet alanlar açısından maliyet etkili olacak ve hizmet kalitesini artıracaktır. Bunun yanı sıra hemşirenin bağımsız doğrudan bakım, eğitim ve danışmanlık rollerinin önemini objektif olarak ortaya koyacak, konu ile ilgili literatüre katkı sağlayacaktır.

1.5. SINIRLILIKLAR

Araştırmanın sınırlılıkları; Araştırma yapılan ilde üç hastane olması, AÇS/AP merkezler ve Sağlık Ocaklarında RİA uygulanmaktadır. Ancak RA takılması için en çok başvuru alan merkez olması, eğitim merkezi olması, araştırmacı için çalışma da araştırmaya kolaylık sağlanması ve laboratuvar imkanlarının olması nedeniyle bu hastane örneklem grubu olarak seçilmiştir.

haftanın her günü poliklinikte RİA uygulanmaktadır. Ancak pazartesi ve Cuma günlerine seçilmiştir. Bu yaklaşımı araştırmada araştırmacının girişimini/ bağımsız değişkenin yönetimini, tam olarak gerçekleştirmesinde yan tutmayı (bias) önlemek amacıyla ile bu günler seçilmiştir. Bu yararın yanı sıra klinik ortamda çevrenin ve koşulların denetimine de fırsat verilmesi sağlanmıştır.

1.6. TANIMLAR

RİA: Rahim içi araçlar, insan organizmasına zarar vermeyen, polietilen yapıda, uterin kaviteye uyacak şekilde yapılmış, gebelikleri önleme amacıyla rahim içine yerleştirilen T biçimindeki ince plastik aracın dikey koluna bakır tel sarılmıştır bir araçtır (61, 94).

Bakteriyel Vajinozis: Gardnerella vaginalis ve anaerobik bakterilerin (anaerobik basiller, öbakterium, bifidobakterium, peptokoklar, mobilincus gibi) sinerjik enfeksiyonudur (63, 91).

Vulvovajinal Kandidiazis: Çoğunlukla kandida albicansın (mantar) neden olduğu vulvovajinal enfeksiyonudur (63, 90).

Trichomonas Vaginitis: Protozoların neden olduğu ve cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyondur (63, 81,90).

Atrofik Vajinitler: Nonasidolik koliform organizmaların neden olduğu bir enfeksiyondur (63).

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. VULVOVAJİNAL ENFEKSİYONLAR

Genital yol enfeksiyonları genellikle cinsel ilişkiyle geçen ya da cinsel ilişki olmaksızın görülen az sayıda mikroorganizmanın neden olduğu enfeksiyonlardır. GYE' lar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık sorunlarının önemli bir bölümünü oluşturur (17, 53, 57, 81). Vulvovajinal enfeksiyonlar, jinekolojik yakınmaların sık nedenlerinden olup tanı ve tedavileri için alt genital sistemin fizyolojisinin ve patolojisinin iyi bilinmesini gerektirmektedir. Kadınlar yaşam evrelerine göre değerlendirildiğinde; prepubertal kız çocuklarında endojen ve östrojenin olmaması glikojenden fakir, ince vajinal epitele neden olur. Bunun sonucunda vajenin bakteriyel enfeksiyonları bu yaş grubunun sık görülen jinekolojik sorunları olarak ortaya çıkmaktadır (50, 68, 94).

Anormal vajinal akıntı ile karakterize olan en yaygın vulvovajinal enfeksiyonlar; bakteriyel vajinozis, kandida ve trikomonastır. Bunların dışında cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CYBH) hemen hemen tamamında vajinal akıntı önemli bir bulgudur (76, 84, 94, 108, 119).

Vajinal akıntı kadınların hemen hemen tümünün belli yaşam dönemlerinde yakındıkları bir sorundur. Ancak vajinal akıntılarının tümü enfeksiyon göstergesi değildir. Kadının siklusu boyunca belli dönemlerde vajinal akıntı miktarlarında farklılıklar gözlenir. Normal vajinal akıntı; servikal müküs, vajinal epitel hücreleri ve

vajinal salgılardan oluşur. Normal akıntı renksiz, kokusuz, kansız ve asidik (pH: 4.5) özelliindedir. Ayrıca vulvovajina' da irritasyona neden olmaz (76, 94, 119).

Akıntının algılanış şekli bireyler arasında farklılık gösterir. Bazıları ciddi bir rahatsızlık olarak algılayıp hemen hekime başvururken, diğerleri akıntı miktarı fazla bile olsa umursamaz, normal bir olay gibi algılayabilir. Bu algılayış biçimini etkileyen faktörler arasında kadının sosyo-ekonomik ve kültürel durumu, geçirdiği deneyimler, semptomların sayısı ve şiddeti sayılabilir. Kokulu akıntı ve kaşıntı kadınların tüm sosyal yaşantılarını etkileyebilir. Vajinal akıntı yakınması ile başvuran kadınlar değerlendirilirken ayrıntılı bir öykünün yanı sıra tüm mukoza ve cilt yüzeyleri çok iyi incelenmelidir. Öyküde; kullanılan ilaçlar (antibiyotikler, hormonal kontraseptifler) ve hijyen alışkanlıkları değerlendirilmelidir (17, 29, 49, 58).

1.7.2. VAJİNANIN GENEL ÖZELLİKLERİ

1.7.2.1.Vajinanın Biyolojik Özellikleri

Vajinanın normal olarak nemli kalması servikal sekresyon ile mümkündür. Bu sekresyon çok miktarda olmadığı sürece herhangi bir yakınmaya yol açmaz. Vajinanın kendine ait salgı yapan mukozal bezleri yoktur. Normal bir vajinal sekresyonun majör kaynağı servikal glandlardır. Buna daha küçük miktarda bartolin ve uterin glandların sekresyonları da katılır. Normal sekresyon berraktır ve yumurta akını andırır. Mikroskopik incelemede bu sıvı içerisinde az miktarda lökositler, epitel hücreleri ve normal vajina florasını oluşturan döderlein basilleri, stafilokok, streptokok görülebilir (79).

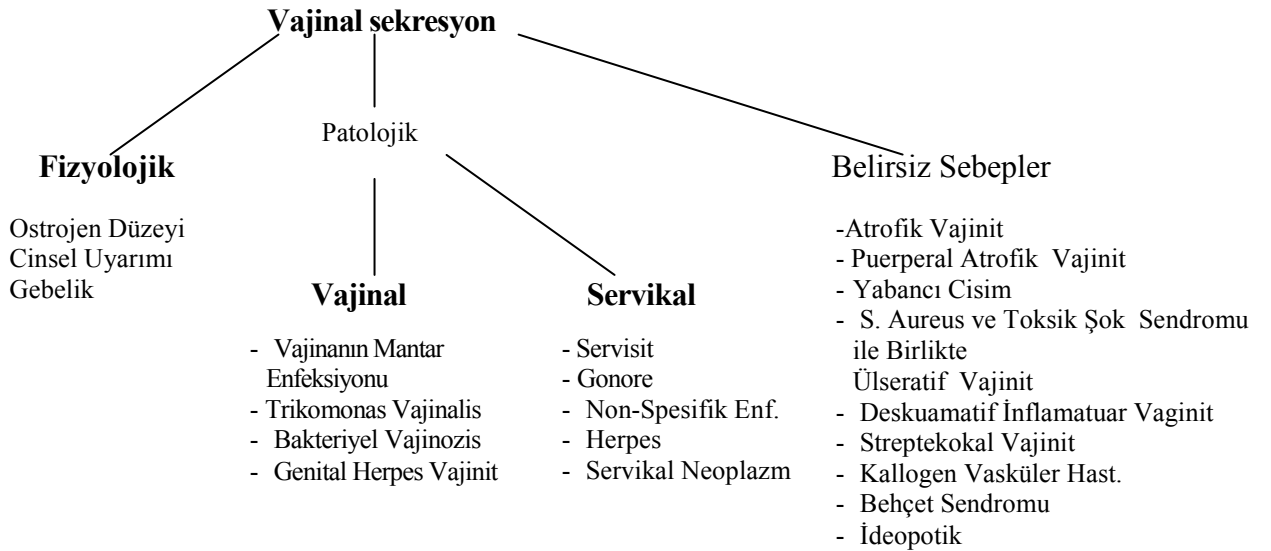
Vajinal sıvının karakteristiği olan asidite (pH= 4.0-4.5) yüksek düzeydeki laktik asit seviyesine bağlıdır ve glikojen ile laktobasil varlığından etkilenmektedir. Glikojen vajinal hücrelerin deskuamasyonu ile açığa çıkar ve laktobasiller östrojen

seviyesinden etkilenirler. Bu nedenle çocukluk ve menapoz döneminde görülmezler. Vajenin asiditesi bu dönemde çok azalır. Cinsel olgunluk çağında ve gebelerde artan östrojen konsantrasyonuna bağlı olarak artan asidite doğal bir koruma mekanizması oluşturur (79).

1.7.2.1.1. Vajinal Akıntı Nedenleri

Vajinal sekresyonun miktarı ve özelliği kadının fizyolojik, psikolojik ve patolojik durumuna göre değişiklikler gösterir. Kadınlarda akıntının fizyolojik olarak artma nedenleri arasında; anksiyete, erotik yönden sık uyarılma, gebelik, ovulasyon öncesi dönem (östrojen düzeyine bağlı olarak) sayılabilir. Patolojik nedenler, vajinal veya servikal kaynaklı olabilir. Bunların yanında belirlenemeyen nedenler ile de vajinal sekresyonun miktar ve özelliği değişebilir. Şekil 1'da vajinal akıntı nedenleri görülmektedir (79).

Şekil 1: Vajinal Akıntı Nedenleri



1.7.3. VULVOVAJİNAL ENFEKSİYONLARIN GENEL ÖZELLİKLERİ

1.7.3.1. Vajinitisin Tanımı, Sıklığı ve Kadın Sağlığı Açısından Önemi

Vajinitis vajinanın inflamasyonudur. Vulvovajinal enfeksiyonların bir kısmı normal vajen florasında bulunan mikroorganizmaların aşırı çoğalması sonucunda, bir kısmı ise cinsel temasla bulaşan enfeksiyon ajanlarla meydana gelir (53, 79, 94).

Vajinit jinekoloji kliniğine başvuran hastaların en sık yakalandığı rahatsızlıktır. Doğurganlık dönemindeki kadınların çoğunun, yaşamlarında en az bir kez vulvovajinal enfeksiyon geçirdiği belirtilmektedir (79).

Türkiye'yi temsil edecek veriler olmamakla birlikte, bölgesel çalışmalar, bu konuda sorunun boyutlarının büyük olduğunu göstermektedir. Vulvovajinal enfeksiyonlar kadınların büyük bir bölümünü etkilemektedir. Genital yol enfeksiyonları kapsamında vajinitler %37.4 oranla birinci sırada yer almaktadır (47). Vajinitis olguların %90'ından fazlasında en sık rastlananlar bakteriyel vajinozis (BV), vulvovajinal kandida (VVC) ve trikomonastır. Bakteriyel vajinozis görülme sıklığı %40 - %50, kandida'nın görülme sıklığı %20 - %30 ve trikomonas'ın görülme sıklığı %20 - %30 arasındadır (63). Bakteriyel vajinozisin farklı toplumlarda prevalansı incelendiğinde %5 ile %51.9 arasında değiştiği saptanmıştır. Aile planlaması kliniklerinde yürütülen bazı çalışmalarda ise bakteriyel vajinozis görülme sıklığı %17 ile %19 arasında belirlenmiştir (42).

İngiltere ve Amerika'da üreme çağındaki kadınlar arasında yapılan araştırmalarda en sık görülen vajinal hastalık olup; her üç vulvovajinal enfeksiyondan en az birisi bakteriyel vajinozistir (48). Wilkinson tampon yöntemi kullanarak yaptığı araştırmada (1997), 24 kadından 22'sinde bakteriyel vajinozis olduğunu belirlemiştir (113).

Vajinite ilişkin semptomlar şunları içerir; vajinal akıntı, kaşıntı, anormal koku, inflamatuvar reaksiyonun şiddetine ve yaygınlığına göre değişen oranlarda vulva, introitus vajinanın inflamasyonunu gösteren çeşitli semptomlar. Bu semptomlar duyarlılık, irritasyon, dizüri ve disparanoidir (63).

Genital akıntı tanısı öncelikle iyi bir anemnezle başlar. Kadınlarda akıntının miktarı, rengi, kıvamı, kokusu, ile birlikte yanma, kaşıntı, ağrı, menstruasyonla ilişkisi, vajinal lavaj vs. kullanımı, cinsel yaşam tarzı, aldığı ilaçlar, geçirdiği hastalıklar, giyim özellikleri ve daha önce benzeri yakınmaların varlığı sorulmalıdır. Diğer önemli bir konu da akıntının hasta için rölatif bir gerçek olmasıdır. Muayene sırasında bol akıntı saptandığı halde hastanın hiçbir yakınması olmayabilir. Buna karşılık hiç akıntısı olmayan bir kadın da akıntıdan yakınabilir. Ülkemizde kadınların çoğu akıntıdan yakındıkları halde bu sorunu hekime açıklamada sıklırlar. Bu bakımdan akıntı olup olmadığı, hastanın söylemesini beklemeden sorulmalıdır . Ayrıca tanıda kadının yaşı da önemlidir. Vajinit muhtemelen kadınlarda üretken yıllarda en sık rastlanan enfeksiyondur ve sağlık merkezlerinde oldukça fazla sayıda başvuruya neden olmaktadır (63, 94, 115).

Vajinal enfeksiyonlar kadın sağlığını bozan nedenlerin başında gelmektedir. Genital enfeksiyon denilince, cinsel bölgenin hastalıkları akla gelir. Genellikle akıntı ve ağrı ile kendini gösterir. Üreme organlarındaki bu akıntı normal bir durumdan ilerlemiş kanserlere, rahim ağzında yaralara ve kısırlığa kadar varan ciddi durumları yol açabilir (63, 114).

Bu sorun kadının üreme, cinsel fonksiyon, aile ilişkileri ve ruh sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir. Kadınların kişisel temizliklerine yeterince önem vermemeleri ya da yapılan yanlış uygulamalar, sorunun boyutlarını arttırmaktadır (63, 94).

Kadın sağlığı, kadının genel sağlığı ve mutluluğu için önemli olduğu kadar bir sonraki kuşakların sağlığı açısından da önem taşımaktadır. Annenin sağlığına yapılacak yatırımlar, kendini katlayarak artan oranlarda o topluma geri yansıyacaktır.

1.7.4. VAJİNİTİSE NEDEN OLAN FAKTÖRLERİ

1.7.4.1. Kandida

Vulvovajinal kandidiasis (VVC) sık rastlanan irrite ve nükseden bir vulvovajinal enfeksiyondur. Tüm kadınların yaklaşık 3/4' ü en az bir kez bu enfeksiyonla karşılaşmaktadır. Ancak %40-45' i iki veya daha fazla kez enfekte olmaktadır. Rekürren VVC, bir yıl içinde üç veya daha fazla hastalığa yakalanma olarak tanımlanmaktadır ve kadınların %5' inde mevcuttur (29, 63, 66, 87).

Bütün vajinal kandida olgularının bağırsaktaki bir kandida rezervuarına eşlik ettiği şeklindeki varsayımı araştırmak için yapılan bir çalışmada, vajina kültüründe C.albicansın ürediği bütün olgularda, aynı organizmanın dışkıda da bulunduğu gösterilmiştir (63). Dışkısında kandida üremeyen kadınların vajinalarında ise hiçbir zaman bu olguya rastlanmamıştır. İnsanların kabaca %35- 50' sinin bağırsaklarında bu organizmanın olduğunu söylemek, yanlış olmayacaktır. Sağlıklı asemptomatik 300 kadında yapılan çalışmada vajinal taşıyıcılık %15 olarak bulunmuştur (63).

A: Predizpozan Faktörler:

Gebelik, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, obesite, immün sistemin baskılandığı durumlarda, diabet, oral kontraseptif kullanımı vulvovajinal enfeksiyonlara zemin hazırlar. Antimikrobiyal sağıltım gören bir kadının enfeksiyon olasılığı yüksektir. Ayrıca vajinal ortamdaki değişiklikler de kandida ile ilgili enfeksiyon sayısını arttırır (47, 86, 89, 116). Ayrıca dar pantolon, genital bölgenin havalanmasını engelleyen giysilerin ve naylon iç çamaşırların giyilmesi, vajinal duş, tampon, ped kullanma ve oral seks de hazırlayıcı faktörler arasında sayılmaktadır.

Kandida' lı kadın ile cinsel ilişkide bulunan erkekte kandida, üretrit, bolanit, balonopostit gibi enfeksiyonlar görülebilir (47, 63, 86).

B: Etken Mikroorganizma

Kandida, hastalar ve çoğu hekim tarafından mantar enfeksiyonu olarak tanımlanır. Gerçekte kandida türleri sağlıklı vajinada bulunan doğal mayalardır. Kandida bu organizmaların aşırı çoğalmasıyla oluşur (63, 86, 91).

Mantar kökenli vulvovajinal enfeksiyon etkenleri arasında kandida albicans %67-95' lik bir oran ile birincil sorumludur. Diğer kandida türleri ve Torolopsis glabrata diğer mantar kökenli vulvovajinal enfeksiyon etkenleridir (63, 86).

C: Semptom ve Bulgular

Kandidanın tipik belirtileri; cinsel ilişki sırasında rahatsızlık, idrar yaparken vulva da yanma ve kaşıntı, süt keşiği görünümde veya peynirimsi beyaz akıntı, vajen duvarlarında hiperemi ve enflamasyon görülmesidir (7, 63, 91, 115). Bazen klasik, koyu peynir görünümünde akıntı yerine, sulu çok miktarda akıntı ile belirgin bir vulva ödemi bulunabilir ki, bu olguları şiddetli trichomonas enfeksiyonundan ayırt etmek hemen hemen olanaksızdır. Ancak bazı olgularda semptomların şiddeti fizik bulgulardan beklenmeyecek kadar fazla olur. Bazı olgularda da yalnızca vajina ve vulva da hafif bir eritem yada perineal veya interlabial fissür görülür (63). Kandida kadının sosyal yaşamını, cinsel fonksiyonlarını, emosyonel ilişkisini ve yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemektedir. Irving ve arkadaşların yaptıkları çalışmada tekrarlayan vajinal kandida enfeksiyonu olan kadınların psikolojik sağlıklarının etkilendiğini saptamıştır (47).

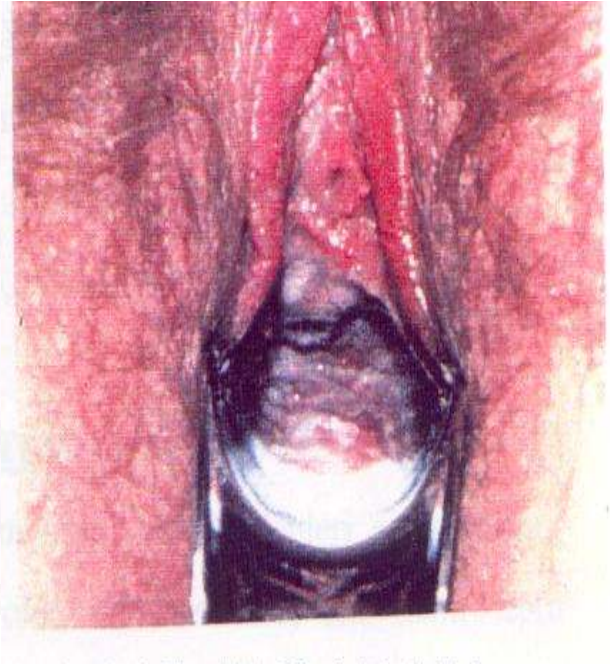
D: Ayırıcı Tanı

Klasik kandida enfeksiyonunun fizik bulguları karakteristik olmakla birlikte, özellikle hafif olgularda dikkatli olunmalı, bunun yanında sıklıkla diğer genital enfeksiyonların da kandida enfeksiyonuna eşlik edebileceği (Mix enfeksiyon)akılda tutulmalıdır (63).

Bir miktar akıntının %10' luk potasyum hidroksitle (KOH) birlikte mikroskop altında incelenmesi tanıyı güçlendirebilir. Potasyum hidroksit, epiteli ve kan hücrelerini tahrip ettiği için mantar kümeleri daha rahat görülür. Jinekolojik muayenede, vajina mukozasında beyaz salgı kümeleri olan enflamasyonlu vajinal doku görülür. Bu kümeler kazınmayla yok olmaz (79).



Resim 1a. Kandida. Vajinit, ekzoservisit ve vajina duvarındaki peynirimsi plaklar



Resim 1b. Kandida vajiniti; tipik beyaz, koyu, kıvamlı, peynirimsi akıntı

Atasü, T., ve Ark. (1991), “Genital Akıntının Ayırıcı Tanısı” Pfiser, İstanbul, 2-20 (7).

E: Laboratuvar Bulguları:

Semptomatik vajiniti olan bir çok hastaya vajinal sekresyonların basit mikroskopik muayenesiyle anında tanı konulabilir. Mikroskop lamında incelenecek miktarda akıntı materyale alınır, üzerine %10' luk potasyum hidroksit konur. Kandida hücre duvarları, bu alkalen ortama dirençli olduklarından, ortamdaki diğer hücreler parçalanırken kandida hücreleri sağlam kalır ve tanısı yapılır.

Rutin kültürlerin gereksiz olmasına rağmen, negatif mikroskopik sonuçlar alındığında vajinal kültürlerin yapılması gerekir. Üreme Sabouroud veya Nickerson kültürlerinde yapılır. Kültür tanı amacından çok tedavi etkinliğini değerlendirmede yararlıdır. Kandida vajinitte, vajinal Ph normaldir (4.0-4.5) ve 4. 7' yi geçen bir Ph bulunduğunda bu bakteriyel vajinozis, trichomonas yada karışık miks enfeksiyonuna işaret eder (42, 63, 107).

F: Tedavi:

Kandida' da tedavi topikal ajanlardan oluşur. Butoconazole, Clotrimazole, Terconazole ve Azole gibi azoller topikal tedavide en etkili olanlardır ve semptomların giderilmesini ve negatif kültür sonuçlarını sağlarlar. Ürünlerin bir çoğu krem veya formunda mevcuttur. Tedavi süresi tek dozdan 7 günlük tedaviye kadar değişmektedir. Oral antimikotik ajanlar lokal tedaviye üstün olmasa da kür oranları açısından başarılı oldukları söylenebilir (47, 63, 91).

G: Rekürren veya Kronik VVC'nin Tedavisi:

Rekürren VVC'li hastaya ilk yaklaşım altta yatan nedenleri araştırmaktır. Diabetes Mellitus, immünosupresyon, antibiyotik, kortikosteroid, oral kontraseptif kullanımı kronik VVC olan kadınlarda predispozan olabilir (63).

Rekürren VVC' li kadınlar genellikle sıkı iç çamaşırlarından kaçınmalıdırlar. Bununla beraber bir çok olguda belli bir neden saptanmaz. Bütün rekürren VVC olguları kültür ile doğrulanmalıdır (63).

Rekürren veya kronik VVC tedavisi sorunlu olabilir. Ketoconozolin altı ay süre ile günde 100 mg. oral kullanımı ile VVC' nin varlığının azaltıldığı gösterilmiştir.

Kandida tedavisi sırasında ve sonrasında bir hafta cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır. Kişinin kendi kendisini enfekte etmesi en aza indirilmelidir. İç çamaşırların mümkün olduğu kadar kuru olmasına dikkat edilmelidir. Neonatal enfeksiyonları önlemek için gebeliğin III. trimesterinde kandida vajinit taranmalı ve tedavi edilmelidir. Tedavi genellikle altı ay kadar sürer (29, 63, 91).

1.7.4.2. Trichomonas Vajinalis

Trichomonas tüm vulvovajinal enfeksiyonların %5-10' unu oluşturmaktadır. Trichomonas vaginalis hareketli, kamçılı bir parazittir, vajen ve serviks' te enfeksiyona neden olur. Enfeksiyonun kaynağı bilinmemekle birlikte, organizmanın daha çok alkalen ortamı tercih ettiği, vajinal florası değişen kadınların enfeksiyona daha duyarlı olduğu bilinmektedir (1, 29, 61, 90, 91, 102).

Trichomonas enfeksiyonlar kadın ve erkeklerin %50 gibi büyük bir kısmında asemptomatiktir (90, 91).

Trichomonas erkek ve kadınlardaki ortaya çıkma farklılıklarından dolayı, konakçının cinsiyetle ilgili, virülans faktörleri vardır. Trikomonas vaginalis' e maruz kalmış kadınların çoğunda trikomonas görülürken, erkeklerin sadece küçük bir bölümü semptomatik olmaktadır. Enfeksiyon erkekte kendi kendine ortadan kalkıyormuş gibi görünmektedir. Erkeklerin açık olarak asemptomatik kalma özellikleri, prostat salgılarındaki yüksek çinko oranına atfedilmektedir (63, 80, 90, 107).

Perinatal geçiş infekte annelerden doğmuş kız bebeklerin yaklaşık %5 'inde bildirilmiştir. Trichomonas Vajinalis ayrıca erken membran rüptürü ve erken doğumla da ilişkilidir. Trichomonas Vajinalis ile enfekte olan bazı kadınlar alt kadrnlarında nonspesifik karın ağrısı duyabilirler. Bu tür ağrı büyük olasılıkla paraservikal nodların iltihabının bir sonucudur (63).

A: Semptom ve Bulgular

Trikomonas kadında en sık vajina ve serviksi tutar, bunun yanı sıra üretra ve mesane de tutulabilir. Tüm vajinitler arasındaki oranı %25' tir. Ancak Trichomonas Vajinalis enfeksiyonunun sadece %15-20' si kadında semptom vermektedir. Bu durum kronik enfeksiyonlara ve tedavi edilmediği için de bulaşıcılığın artmasına yol açmaktadır (63).

Tirikomonalis Vajinalis ile enfekte olmuş kadınlar bol miktarda sulu, sarı, yeşil köpüklü, kötü kokulu ve çok miktarda iltahabi akıntı, kaşıntı (vajina), dizüri ve ağrı yakınması tablosuyla başvurmaktadır. İnfekte kadınların büyük kısmında disparanoi vardır (63).

B: Epidemiyolojisi:

Hastalığın prevalansı farklı popülasyonlarda geniş ölçüde değişiklik göstermektedir. Aile planlama kliniklerine devamlı başvuran asemptomatik hastaların %5' i bu hastalığa yakalanırken hayat kadınlarının %50 ila %75' i enfekte bulunmuştur. Kadın doğum kliniklerinde Trichomonasın insidansı %9 ile %39.6 arasında değişmektedir (63).

Çok sayıda partner değiştirmek, daha önce cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirmiş olmak, Neisseria Gonnorrhoea enfeksiyonu ve bariyer ya da hormonal kontraseptif kullanmış olmak, Trichomonas enfeksiyonu için bilinen risk faktörleridir (63).

C: Bulaşma:

Trichomoniyasis, cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır. T.Vajinalis' in ıslak nesnelere (klozet, yüzme havuzu banklar vs.) yada vücut sıvılarında (idrara, vajinal eksuda, semen teması) bir kaç saat yaşamasına karşın doğrudan temas yoluyla bulaşmış hiç bir olgu belgelenmemiştir (29, 63, 80, 89, 91).

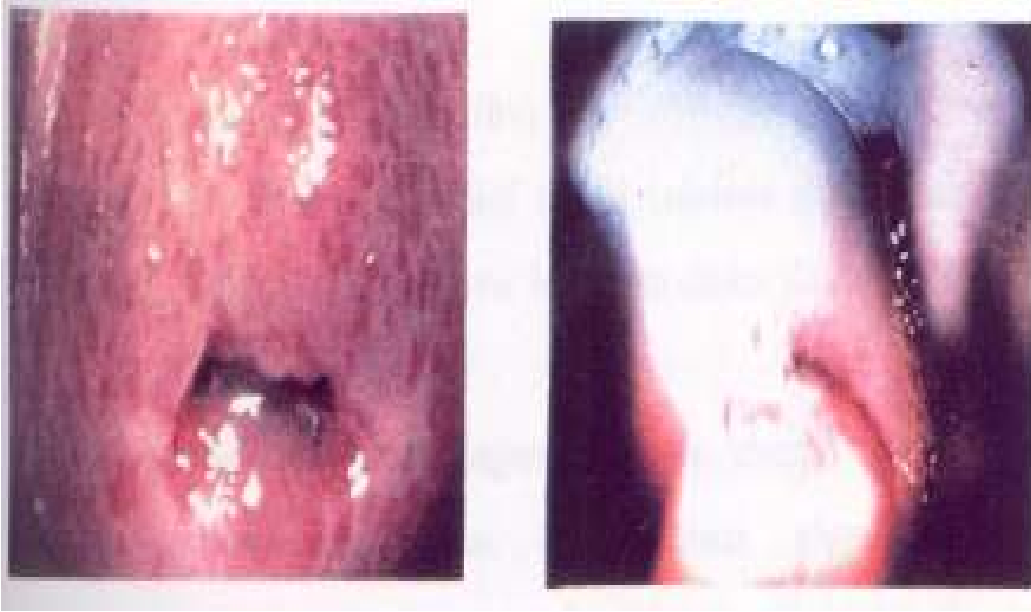
Fizik muayenede bol miktarda akıntı, perineye yayılabilen vajinada kırmızılık, çilek görüntüsünde serviks dikkati çeker. Çilek görüntüsünün nedeni serviks dokusundaki subepitelyal hemorojilerdir (91).

D: Laboratuvar:

Tanı mikroskopta hareketli flagelli protozoonun görülmesi ile kesinleşir. Trichomonas kültürde üreyebilir. Ancak bilimsel araştırmalar ve pratikte kullanımı yoktur. Muayene sırasında vajinal spekulumun kuru olmasına dikkat edilir. Islak spekulum organizmanın yıkımına sebep olur (63, 80, 94).

E: Ayırıcı Tanı:

Bir miktar vajen salgısının mikroskop altında bir kaç damla serum fizyolojikle incelenmesiyle tanıya gidilir. Kesin tanı örnekte hareketli, flagelyalı, protozoanlar görülerek konur. Genellikle Ph >5'dir (Resim 2) (63, 91).



Resim 2a. Servikte Trikomonas' ın Tipik peteşiyal Döküntüleri

Resim 2b. Trichomonas Vajinalis İnfeksiyonu Serviks Kanal Ağzında ve Arka Fornikste Karakteristik Yeşil Renkli Köpüklü akıntı

Atasü, T., ve Ark. (1991), “Genital Akıntının Ayırıcı Tanısı” Pfiser, İstanbul, 2-20 (7).

F: Tedavi:

Trichomonas tedavisinde antiprotozoal ilaçlar kullanılır. Hastalar ilaç kullanımı sırasında alkol alımından kaçınmaları konusunda uyarılmalıdır. Aksi takdirde bulantı, kusma, baş ağrısı gibi yan etkiler görülebilir (63,91).

Her iki eş birlikte tedavi edilmelidir. Kondom kullanılmadığı sürece tedavi sırasında cinsel ilişkiden sakınılmalıdır. Hastalar enfeksiyonun geçişi, korunma yolları konusunda eğitilmeli, çok eşli kişilere kondom ve spermisit kullanmaları önerilmelidir (80).

1.7.4.3 Bakteriyel Vajinozis

Bakteriyel vajinozis üreme çağındaki kadınlarda görülen yakınmaların büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır. Morbiditesi oldukça yüksek olup, vajinal enfeksiyonların %33-50' sini oluşturmaktadır (29, 61, 63, 74, 101).

Bakteriyel vajinozis, gardnerella vajinalis olarak da adlandırılmaktadır. Tanım olarak bakteriyel vajinozis vajende anormal sayıda bakteri bulunmasına karşın enfeksiyonun objektif olarak gösterilmediği bir durumdur. Nonspesifik vajinozis, gardnerella vajinozis gibi isimleri de olan bakteriyel vajinozis, normal bakteriyel florada baskın olan ve glikojenden laktik asit üreterek ortamın asiditesini sağlayarak enfeksiyondan koruyucu olan laktobasillerin kaybı ile gözlenir. Laktobasillerin yerini fakültatif mikroorganizmalar ve genellikle anaeroblar, bakteriodes türleri alır. Normalde anaeroblar vajinal florada %1' den daha az olarak bulunurken bakteriyel vajinoziste bu durum 100 ile 1000 kat artmıştır (29).

A: Etiyoloji:

Bakteriyel Vajinozis' in etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, evlilik süresi, endokrin değişiklikler, oral kontraseptif kullanma, RİA, menstrual hijyen, genital hijyen uygulamaları ve antibiyotik kullanımı sorumlu tutulmaktadır. Bakteriyel vajinozis' te patojen etken tek bir ajan değildir. Vajende pek çok sayıda farklı mikroorganizma çoğalarak anormal vajinal akıntı ve bakteriyel vajinozis semptomlarını ortaya çıkarabilir (1, 14, 61, 119). Bir çok çalışmada RİA kullanan kadınlarda pelvik inflamatuvar hastalık ve bakteriyel vajinozis sıklığının arttığı saptanmıştır (48, 55, 63, 89, 103).

Bakteriyel vajinozis ile giden klinik durumlar şu şekilde sıralanabilmektedir.

- Postabordal PİD
- Pelvik inflamatuvar hastalık (PİD)

- Postop vajinal kaf enfeksiyonu
- Anormal smear
- Artmış erken membran rüptür riski
- Preterm doğum
- Korioamnionit ve post C/S (Sezeryan) endometri (29, 48, 91).

BV'in seksüel aktiviteyle ilişkisi açık değildir. BV her zaman seksüel açıdan aktif kadınlarda bulunsu da ve multiplseks partneriyle ilişkili olsa da, seksüel geçişli hastalık olarak düşünülmemiştir. Tedavi gören kadınların erkek partnerlerinin de üretralarında BV ile ilgili bakteriler bulunmuş olsa da bunlar endojen faktörlere bağlı görülmektedir. Partnerlerin tedavisi nüks' ü önlemede yararlı bulunmamıştır. Laktobasiller dominant floranın yeniden oluşmasını sağlayabileceğinden tedavi süresince cinsel aktiviteye ara verilmelidir (63).

B: Epidemiyoloji:

Genelde bakteriyel vajinozis üretken yaştaki kadınları etkiler. Her ne kadar hastalık nadir de olsa ergenlik öncesindeki ve menopoz dönemindeki kadınlarda da ortaya çıkabilir, bu da hastalığın patojenezinde cinsiyet hormonlarının olası rolüne işaret eder (89).

Bakteriyel vajinozis %50 asemptomatik seyreder. Bu hastalığı geçiren kişi yeni bir atak için (Trichomonas ve Kandida'ya göre) daha yüksek bir risk taşır. Önceden BV öyküsü olan kadınların, 18 aylık izlemde, %58' inin yeni bir atak daha geçirdiği gözlenmiştir. Karşılaştırılan kontrol grubundaki kadınların bu dönemde bakteriyel vajinozisin görülme sıklığı %12 bulunmuştur. Geçmişte bakteriyel vajinozis öyküsü olması relatif riski 7-8 kat arttırmaktadır (29, 63).

C: Semptom ve Bulgular:

Bakteriyel vajinozis' de temel klinik yakınma, anormal vajinal akıntıdır. Buna rağmen, kadınların yarısında anormal akıntı olmayabilir. Akıntı bazen o kadar şiddetlidir ki, kadın günde birkaç kez çamaşır değiştirmek zorunda kalabilir. Adet dönemi ve koitus sonrasında, aminler alkali pH' da uçucu gazlar haline dönüştükleri için bu dönemde koku çok olur. Bu nedenle kadın öyküde cinsel ilişki sonrası kokunun arttığını ifade eder. Pelvik muayenede vulva nadiren ödemli ve eritemlidir. Genellikle vajinada ince, beyaz veya beyaz-gri, yapışkan, süt görünümünde homojen bir vajinal akıntı görülür. Vajinal akıntıda hacimce artış varsa, kötü kokuyorsa ya da renginde veya kıvamında değişiklik varsa akıntı anormal olarak kabul edilir. Muayeneden önce hastaya vajinal duş yapmaması söylenmelidir (89, 91, 94).

D: Klinik Tanı:

Taniya ilişkin tartışmaların büyük bölümü aşağıda belirtilen özgül tanı ölçütlerinin belirlenmesiyle çözüm bulur (91).

1. Homojen vajinal akıntı: İnce homojen, sulu gri-beyaz renkte ve vajen duvarına yapışık görünümündedir. Normal bir vajende ise heterojen ve posterior fornikte biriken akıntı vardır.

2. Vajinal PH'nin 4.5'in üzerinde olması: Normalde vajen PH'ı 4.5'un altındadır. BV' de ise laktobasil kaybına bağlı olarak PH 4.5'in üzerine çıkar. PH belirlenirken servikal sekresyonun karışmamasına dikkat etmek gerekir. Servikal sekresyon PH' ı 7 civarındadır.

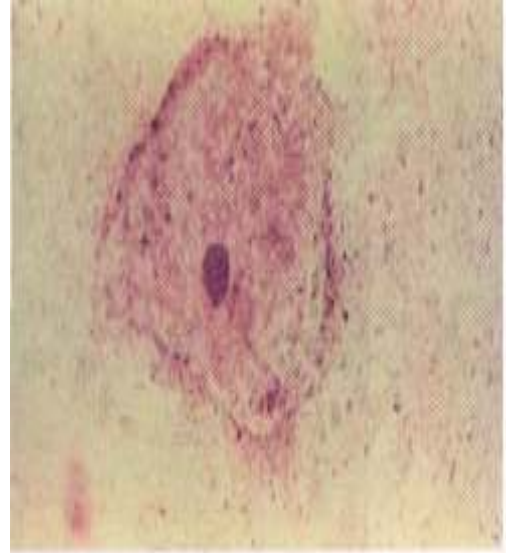
3. Pozitif Whiff testi: Lam üzerine yayılan vajinal sekresyon üzerine %10' luk KOH çözeltisi damlatılır. Bakteriyel ürünlere özellikle aminlere bağlı olarak kokmuş balık kokusu oluşur.

4. Salin ile ıslak preperatta "clue cell" görülmesi: Çeperlerine, miktarca artmış olan gardnerella vajinalis ve anaerobların yapışmasıyla kümeler teşkil etmesi sonucu hücre sınırları belirsiz hale gelen vajina epitel hücrelerine "clue cell" adı verilir. (Resim 3)

Bu kriterlerden üçünün olması klinik tanıyı koydurur (91).



Resim 3a. Gardnerella Vajinalis "Clue Hücreleri



Resim 3 b. Bakteriyel Vajinozis' in Mikroskop Görüntüsü

Atasü, T., ve Ark. (1991), "Genital Akıntının Ayırıcı Tanısı" Pfiser, İstanbul, 2-20 (7).

E: Bakteriyel Vajinozis İçin Özel Tanı Yöntemleri

Gram boyama

Bakteriyel vajinozis tanısında gram boyama metodunun faydası çok sayıda yazar tarafından değerlendirilmiştir (29, 63, 91). Bakteriyel vajinozis tanısı için Gram Boyama Metodu vajinal sıvı PH' ı hariç diğer bütün kriterlerden daha az subjektiftir. Bu laboratuvar metodu klinik tanı için değerli bir yardımcı olabilir. Gram

boyama bakteriyel vajinozis' in engellenmesinde oldukça önemlidir, çünkü yüksek bir negatif belirleme değeri vardır (63, 91).

F: Bakteriyel Vajinozis İçin Kültür

Bakteriyel Vajinozis tanısında rutin olarak kültür yapılması önerilmez (91).

G: Tedavi:

BV'in tedavisi vajinal floranın dengesinin yeniden oluşturulmasına yöneliktir. Metranidozol' ün semptomları geriletği ve vajinal florayı geliştirdiği gözlenmiştir. Günde iki kez 500 mg. Metranidozolün yedi gün kullanımıyla yaklaşık %95 oranında iyileşme sağlanmaktadır. İki gr' lık tek doz Metranidozol sadece yaklaşık %84 oranında bir iyileşme oranına sahipse de uyum problemi olan hastalarda en iyi seçenek olabilir. Klindamisin krem ve Metranidozol jel sırayla yedi ve beş gün kullanılabilir. Bu ürünlerin iyileştirme oranları mükemmeldir ve hasta nadir olarak sistemik yan etkiyle karşılaşır (36, 41, 63, 107).

Gebelikte ilk trimestirde tedavi için Klindamisin krem kullanılabilir. Klindamisin etkili olmazsa ikinci trimestirde oral ve topikal Metranidozol kullanılabilir (29, 63).

Rekürren BV olguları, başka bir enfeksiyon olasılığı açısından yeniden değerlendirilmelidir. Yedi gün süreyle günde iki kez 300 mg. oral Klindamisin, Metranidazole dirençli görülen olgularda başarılı bir tedavi alternatifidir (37, 63).

1.7.4.4. Atrofik Vajinitler

Östrojenden yoksun bir kadın vajinal iritasyondan ve yanmadan yakınıyorsa Atrofik Vajinit düşünülmelidir. Endojen östrojen azlığından dolayı, epitel incelmekte, glikojen miktarı azalmakta bundan dolayı laktik asit üretimi azalmakta ve vajen pH' ı yükselmektedir (Ph 5.5-7.0). Bu ortamda nonasidolik koliform organizmalar fazlaca üremekte ve laktobasiller kaybolmaktadır. Bu majör fakat

kademeli değişimlerin dışında özellikle koitus yoksa semptomlar genellikle ortaya çıkmamaktadır (63).

Tipik semptomlar vajinal yanma, disparanoi ve sık olarak akıntıdır. Vajen mukozası yaygın eritemle beraber incelmifştir, bazen peteşiler veya ekimozlar görülebilir. Islak smearlerde artmış polimorf nüveli lökositler ve küçük yuvarlak epitel hücreleri beraber görülür. Laktobasillerin baskın olduğu flora yerine gram (-) basillerden oluşan mix flora oluşmuştur (63).

Atrofik Vajinit nedenleri:

Menapoz

Postpartum plasental östrojen kaybı

Laktasyon

Perimenapoz

Antiöstrojen ilaç kullanımı

Atrofik vajinitisin tedavisi primer olarak topikal vajinal östrojenlerdir. 1-2 hafta boyunca geceleri kullanım sonrasında atrofik vajinit tedavi edilebilir (63).

1.7.5. RİA VE VULVOVAJİNAL ENFEKSİYONLAR

Ülkemizde aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması için hekim dışında sağlık personelinden de uygulamalarda yararlanmak amaçlanmıştır. Bu nedenle 24.05.1983 tarihinde yürürlüğe giren, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Yasası, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı' nca eğitilip, yeterlilik belgesi verilen ebelere ve hemşirelere gebeliği önleyici yöntem uygulama çalışmalarını, yetkili hekimin denetim ve gözetimi altında, resmi kurum ve kuruluşlarda yürütme yetkisi verilmiştir (91, 92). RİA özel danışmanlık, RİA takma basamakları ve mikroskop inceleme basamakları T.C. Sağlık Bakanlığı ACS/AP Genel Müdürlüğü ve Jhons Hopkins Uluslararası Üreme Sağlığı Eğitim Programı (JHPIEGO) tarafında standart

basamaklar geliştirilmiştir (93). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verileri incelendiğinde, ülkemizde kadınların %43' ünün RİA ile korundukları belirtilmiştir (105).

Enfeksiyon RİA' nın en önemli komplikasyonlarından birisidir. RİA kullananlarda enfeksiyon gelişimini etkileyen çeşitli faktörler vardır. Bunlar; RİA' nın uygulama tekniği, RİA' nın tipi, RİA kullanma süresi, yaş, profilaktik antibiyotik kullanımı gibi durumlardır. Yapılan araştırma sonuçları da bu doğrultudadır (33, 63). Eroğlu ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada RİA takılmış kadınların hekim kontrolünün ilk izleminde enfeksiyon bulunma durumları incelendiğinde, deney grubunda %45, kontrol grubundaki kadınlarda %66.7 oranında enfeksiyon geliştiğini saptanmıştır (33).

Ülkemizde Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezinde RİA' nın komplikasyonlarına yönelik yapılan bazı araştırmalara bakıldığında; Çelik ve arkadaşlarının (2005), Sivas' ta yaptığı araştırmada kadınların RİA' yı 2-5 yıl süre kullandıkları ve %37,5' inin yan etkiden dolayı bıraktıkları saptanmıştır (21). Yanikkerem ve arkadaşlarının (2005), Manisa' da yaptığı araştırmada kadınların %40.7' sinin kanama, ağrı, enfeksiyon, kayma gibi tıbbi nedenlerle RİA' yı çıkarttığı saptanmıştır (114) . Yapılan diğer bir çok çalışmada RİA çıkarma nedenleri olarak kanama, akıntı gibi nedenler gösterilmiştir (11, 13, 17, 22, 25, 38, 67, 120).

Yazıcı (1995), Sivas bölgesinde yaptığı araştırmada RİA kullanan kadınların %50' sinde patolojik vajinal akıntı saptamıştır (115). Özkan (1998), İzmir' de yaptığı araştırmada RİA kullanan kadınların %67,6' sının vajinitise yakalandığını saptamıştır (63). Şahin (1998), Trabzon bölgesinde yaptığı araştırmada, RİA kullanan kadınların %58,1' inde üreme yolu enfeksiyonu saptamıştır (89). Hasçalık ve arkadaşları (2001), RİA kullanan kadınlarda "Servikal Sitolojideki Değişikler"

konulu çalışmalarında, İnflamasyon saptanan 85 hastanın %64.7' sinde nonsesifik inflamasyon, %17.6' sında trikomonas, %11.7' sinde kandida belirlemişlerdir (46). Hodoglugil S.NN. ve arkadaşları (2000), Trabzonda yaptıkları çalışmada RİA kullanan kadınların %37.7' sinde Bakteriyel Vajinozis, %13.8' inde Vulvovajinal Kandida, %3.3' ünde de Vajinal Trikomonas saptamışlardır (45). Dilbaz, RİA uygulamasında BV ve PID (Pelvik İnflimatuar Hastalığı) risk olarak belirlenmiştir (24).

Harikarnpukdee ve arkadaşlarının (2004) Thailand yapmış olduğu çalışmada RİA takılmış kadınların %20.3' ünde Bakteriyel Vajinozis, %0.8' inde Vajinal Trikomonas, %13.4' ünde Kandida görülmüştür (43). Watcharotone ve arkadaşları (2004) Thailand yaptıkları çalışmada, RİA kullanan kadınların %53.8' inde Bakteriyel Vajinozis saptamışlardır (112). Lago ve arkadaşları (2003), Brezilya' da yürüttükleri çalışmada RİA taktıran kadınların %19.7' inde Bakteriyel Vajinozis, %5' inde Vajinal Kandida olduğunu belirtmişlerdir (55). Joesoef ve arkadaşlarının (2001) Endonezya' da yapmış olduğu çalışmada; kontraseptif yöntemler ile Bakteriyel Vajinozis ve STD prevalansın incelemesinde, RİA kullanan kadınlarda vulvovajinal enfeksiyon görülme oranı %47,2' lik oranla Bakteriyel Vajinozis olarak saptanmıştır (48). Egan ve Lipsky' nin (2000) yaptığı çalışmada Vajinal enfeksiyonların kadınlarda en sık görülen jinekolojik problemler arasında yer aldığı ve RİA' nın da vajinal enfeksiyonlara yatkınlığı artıran bir faktör olduğu belirtilmiştir (28).

1.7.6. VULVOVAJİNAL ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ

1.7.6.1. Genital Hijyen Davranışları ve Önemi

Sağlıklı olmak, insan mutluluğunun öncelik taşıyan bir ögesidir. Sağlık, genellikle kendiliğinden var olan bir durum olarak algılanır. Oysa sağlıklı olmak için

çaba gösterilmesi gerekir (8, 29, 109). Sağlıklı bir yaşam için günlük yaşantıda uygulanması gereken bazı hijyenik davranışlar bulunmaktadır. Hijyen bir sağlık bilimi olup, temel ilgi alanı sağlığın korunması ve sürdürülmesidir. Hijyen konularından birisi olan bireysel hijyen ise bireyin sağlığını sürdürmek için yaptığı “öz-bakım” uygulamalarını içerir. Vücuda genel enfeksiyon ajanlarının girmesini önlemek için bireysel hijyen kurallarına titizlikle uyulması gerekir. Bireysel hijyen; ağız ve dişler, deri ve mukoza, ayak ve tırnaklar, saçlar, göz, kulak, burun ve genital hijyen uygulamalarından oluşur. Bireysel hijyen bireyin inançları, değerleri ve alışkanlıkları doğrultusunda gerçekleştirdiği uygulamalardır. Bireysel hijyen uygulamalarını; kültür, sosyo-ekonomik durum, dini inançlar, gelişmişlik düzeyi ve bilgi düzeyi, ailesel faktörler ile bireyin sağlık durumu ve kişisel tercihleri etkilemektedir. Bu nedenle bireysel hijyen kişiden kişiye değişmektedir (29, 70).

Kadın sağlığının korunmasında genital hijyen özel öneme sahiptir. Çünkü genital bölge vücudun en sıcak, en nemli ve en hassas bölgesidir. Genital bölge deri ve mukozanın özel yapısı ile vücudun çeşitli atıklarının (menstrüel kan, ter, idrar v.b) bu bölgede olması sonucu mikroorganizmaların yerleşip çoğalması için oldukça elverişli bir ortamdır (66, 72). Ayrıca kadınlarda anatomik olarak üretra’ nın kısa olması, üretral meatus, vajina ve anüsün birbirine yakın olması mikroorganizmaların üretra’ ya ve vajinaya kolayca taşınmasına yol açmaktadır. Bu nedenle kadınlarda ürogenital enfeksiyonlar erkeklerden daha yaygın olarak görülmektedir. Hemen hemen her kadın yaşamının belli bir döneminde jinekolojik enfeksiyon ile karşı karşıya kalmaktadır (29, 91). Bu enfeksiyonlar kadınlara büyük rahatsızlık vermenin yanı sıra kalıcı hasarlara da yol açarak üreme sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle kadınlarda genital ve üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesinde perine hijyeni son derece önemlidir. Perine hijyeninin ihmal edilmesi,

perine cildinin tahriş olması ve hoş olmayan kokuların yayılması ile fiziksel ve psikolojik rahatsızlığa neden olur (29, 79, 94). Perine hijyenine yönelik dikkat edilmesi gereken konular şu şekilde sıralanabilir:

1.7.6.2. Koruyucu Üreme Sağlığı Davranışları

Sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde herkesin öz-bakım davranışlarını yerine getirmesi gerekir. Bu davranışlar gelişmediği zaman sağlığın bozulması söz konusudur (29). Ülkemizde yapılan bir çok çalışmada kadınların yanlış uygulamaları (iç çamaşır değiştirme sıklığı, tuvalet öncesi ve sonrası el yıkama, menstural hijyen, vajinal duş gibi) sonucunda genital yol enfeksiyonların daha da arttığı belirlenmiştir (21, 23, 33, 63).

Kadın sağlığını bozan nedenler arasında vulvovajinal enfeksiyonlar önemli bir yere sahiptir. Kadınların çoğu bu problem ile yaşamları boyunca en az bir kez karşılaşmaktadır. Bunun temelinde bilgi yetersizliği ve yanlış uygulamalar yer almaktadır. Bu nedenle genital enfeksiyonların önlenmesinde doğru genital hijyen davranışlarının kazandırılması gerekmektedir (20, 48, 79, 94).

Doğru genital hijyen davranışları kazandırmak amacıyla genç kızlara ve kadınlara verilecek sağlık eğitiminde hemşirelerin önereceği Ek V' de listelenmiştir.

1- Anal bölgeden vajen ve üretra' ya kontaminasyonu önlemek için temizlik, mutlaka önden arkaya doğru yapılmalıdır. Burada dikkat edilmesi gereken diğer bir nokta ise, her eliminasyondan önce ve sonra eller sabunlu duru su ile iyice yıkanmalıdır. Eliminasyondan sonra genital bölge temiz su ile yıkanarak temiz tuvalet kağıdı ile kurulmalıdır. Bölgeyi kurutacağı için eliminasyon sonrası temizlik sabunla yapılmamalıdır. Alerjik reaksiyon ve irritasyona yol açabileceğinden pudra, sprej, deodorant ve parfüm kullanımından kaçınılmalıdır. Eliminasyon sonrasında kullanılacak olan musluk, sifon ya da kapı kolunun

doğrudan tutulması yerine tuvalet kağıdı kullanılarak tutulması kontaminasyonun önlenmesinde önemlidir. Kullanılan tuvalet kağıdının beyaz ve parfümsüz olmasına ayrıca dikkat edilmelidir. Bölge tüylerden temizlenmelidir. Kötü kokulardan sakınmak için parfüm, deodorant gibi ürünler genital bölgede kullanılmamalıdır.

2- Naylon ve sıkı iç çamaşırları havalanmayı önleyerek nemli bir ortam oluşturacağı ve enfeksiyonlar için zemin hazırlayacağından iç çamaşırları pamuklu, beyaz ve kişiye özel olmalıdır. İyi yıkanmış, iyi durulanmış hafif ve sıkmayan pamuklu külot kullanılmalı ve her gün değiştirilmelidir. İç çamaşırların yıkanmasında fazla deterjan, beyazlatıcı ve yumuşatıcı kullanılmamalı ve bol su ile durulanmalıdır. Bedene uygun, kesimi rahat ve dar olmayan giysiler kullanılmalıdır.

3- Cinsel ilişki sonrası genital bölge temizlenmelidir. Şüpheli kişilerle cinsel ilişkiden kaçınılmalı, partnerde akıntı, ağrı ve kaşıntı varsa mutlaka kondom kullanılmalıdır.

4- Mümkünse her gün banyo yapılmalıdır. Banyo yaparken su ve sabun kullanarak derinin ovulması ve kirlerin akıtılması gereklidir. Banyo mümkün olduğunca ayakta yapılmalı ve umumi oturaklar kullanılmamalıdır. Banyo sırasında vulva dikkatlice yıkanarak temizlenmelidir. Çünkü vücut salgıları vulva katları arasında birikerek enfeksiyonlara uygun ortam hazırlayabilir. Vajinal duştan kaçınılmalıdır. Çünkü vajinanın yıkanması buradaki doğal savunmayı bozacağından enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Her banyodan sonra iç çamaşırlar ve giysiler değiştirilmelidir. Çeşitli nedenlerle banyo yapılamadığı durumlarda da iç çamaşırları sık sık değiştirilmelidir.

5- Menstruasyon döneminde kullanılan pedlerin temizliğine dikkat edilmesi gerekmektedir. Menstruasyon sırasında ped ve tamponlar 4-6 saatte bir değiştirilmelidir. Pedlere mikroorganizma bulaşmaması için kullanmadan önce açıkta

taşınmamalı, poşetlerinde tutulmalıdır. Ped değiştirilmeden önce, eller sabunlu su ile yıkanmalı ve pedin dış üreme organlarına temas edecek yüzeyine dokunulmamalıdır. Kullanılan pedlerin renksiz ve parfümsüz olmasına dikkat edilmelidir. Enfeksiyon ve travmaya neden olabileceği için bu dönemde cinsel ilişkide bulunulmamalıdır. Menstruasyon döneminde banyo özellikle ayakta duş şeklinde yapılmalıdır.

6- Vulvada çizik ve sıyrıklar oluşturabileceği için tırnakların kısa olması önerilmelidir.

7- Klorlu suda, havuzda ve denizde yüzdükten sonra mutlaka hemen duş alınmalı ve kuru mayo giyilmelidir.

8- Normal vajinal akıntının özellikleri hakkında bilgi verilmeli, akıntının karakterinin değiştiği durumlarda ihmal edilmeden doktora başvurması gerektiği kadınlara açıklanmalıdır.

9- Kadınlara genital enfeksiyonların ve diğer jinekolojik sorunların erken tanı ve tedavisinde periyodik jinekolojik kontrollerin önemi açıklanarak, düzenli kontrollere gitmeleri önerilmelidir (29, 63, 69, 72, 81, 109).

Bu önerilerle beraber genel sağlık durumunun sürdürülmesi amacıyla yeterli ve dengeli beslenme, uyku ve dinlenme, düzenli egzersiz yapma, sigara ve alkol kullanımından kaçınma konularında da eğitim verilmelidir. Bazı genital enfeksiyonlar kadınlara eşlerinden bulaşabildiği için eşlerin de kadınlara birlikte eğitilmesi genital sağlığın sürdürülmesinde önemlidir (29, 49, 79, 94).

1.7.7. VULVOVAJİNAL ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ VE SORUMLULUKLARI

İnsan vücudunun optimal sağlığını sürdürebilmek için kişisel hijyen uygulamalarına gereksinim vardır. 15-49 yaş grubundaki kadınlar için genital hijyen uygulamaları; idrar, gaita ve menstruasyonla ilgili eliminasyon ürünlerinin

uzaklaştırılmasıyla ilgili davranışların tümüdür. Bu davranışlar genel vücut temizliğinin yapılması, defekasyon ve üri nasyon sonrası yıkanma ve menstruasyon sırasında kullanılan materyallerin özelli ği ve kullanım şekli ni içerir.

Kadınların bu sa ğlık uygulamaları ile ilgili bilgi yetersizli ği ve yanlış uygulamalarının genital yol enfeksiyonlarının oluşumu ile ilgili olduğu araştırmalarla saptanmıştır. Genital enfeksiyonlar, kadının sa ğlığını ve cinsel yaşamını olumsuz yönde etkilemekte, akıntı, kaşı ntı, kötü koku, utanma hissi ve anksiyeteye neden olmaktadır. Araştırmalar bu konudaki bilgi eksikli ğinin giderilmesi ve hijyen uygulamalarının düzeltilmesinde hemşireye önemli görevler düştüğünü göstermektedir. Genel olarak genital enfeksiyonlardan korunmada hemşirenin rolü; seksüel ve genel hijyen davranışlarının ve genel sa ğlık bilgilerinin öğretilmesidir (23). Hemşire hasta ile açık, güvenilir bir iletişim kurarak kadının sorunlarını belirlemeli, uygun hemşirelik girişimlerinde bulunmalı ve sonucu değerlendirmelidir. Kadın sa ğlığını belirli bir düzeye yükseltmek için üreme organları, gebelik, doğum, menstruasyon hijyeni, kontraseptif yöntemler, jinekolojik sorunlar, genç kızlara erken dönemde kişisel hijyen uygulamalarına ilişkin sürekli ve yaygın şekilde sa ğlık eğitimi yapılmalıdır (29).

Önerilen tedavinin doğru şekilde kullanılması önemlidir. Hemşire hastaya, zamanında ilaç almayı, bütün ilaçların bitirilmesinin önemini, vajinal ilaçların vajinaya doğru şekilde nasıl yerleştireceğini ve ilaçların yan etkilerini öğretmelidir. Tedaviye eşlerde katılmış ise önerilen ilaçların doğru kullanımı konusunda hasta ve eşi de eğitilmelidir (12, 23).

Vulvovajinal enfeksiyonların yaygınlığında ve tedavisinde ayrıca kadınların sa ğlık kuruluşlarından yeterince yararlanmamaları, üzerinde durulması gereken bir konudur. Utanma, erkek hekimin muayenesinden kaçma, sakınma, sa ğlık

kuruluşlarına ulaşma güçlükleri, ekonomik nedenler ve kadınların sağlıklarına verdikleri değer sağlık kuruluşlarından yararlanmalarını olumsuz etkilemektedir (52, 94).

Bu nedenle kadın sağlığı ile ilgili birimlerde hemşireler ve ebeler kadın ve aile sağlığını korumak ve sürdürmek için danışmanlık, savunuculuk ve sağlık eğitici rollerini üstlenmek zorundadır.

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma; RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanması ve genital hijyen eğitiminin, vulvovajinal enfeksiyonlarının oluşumuna etkisinin incelenmesine yönelik deneysel (Ön test –Son test, Kontrol Gruplu Desen) bir tasarımıdır.

2.2 ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇLER

Araştırmada veri toplama amacıyla aşağıdaki araçlardan yararlanılmıştır;

- 1- Sosyo-demografik Veri Formu
- 2- RİA' ya Özel Danışmanlık İlkesine Göre RİA Uygulamada İzlenecek Adımları İçeren RİA Uygulama Becerisi Öğrenim Rehberi
- 3- Mikroskobik Değerlendirme Becerisi Öğrenim Rehberi
- 4- Kadınların Genital Hijyen Davranışları Kontrol Listesi (GHDKL)
- 5- Diğer Araç ve Gereçler

1- Sosyodemografik Veri Formu:

Bu anket formu araştırma örneklemine alınan kadınların yaş, eğitim durumu, sigara içip içmediği, daha önce herhangi bir genital yol enfeksiyonu geçirip geçirmediği, beden kitle indeksi ve obstetrik öykü (doğum sayısı, düşük, kürtaj, vb.) özelliklerini açıklayan 40 sorudan oluşmaktadır. Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form benzer çalışmalar ve literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanmıştır (1, 23, 29, 55, 63, 89). Anket formu EK I' de görülmektedir.

2. RIA' ya Özel Danışmanlık İlkesine Göre RIA Uygulama Becerisi Öğrenim Rehberi

RIA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RIA uygulama becerisi öğrenim rehberi; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Johns Hopkins Uluslar arası Üreme Sağlığı Eğitim Programı ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü işbirliğiyle hazırlanan “Eğiticiler için Aile Planlaması Kurs Rehberi” nde yer almaktadır (93). Bu formdan yararlanılarak üç aşamada veri toplanmıştır.

1-Genel danışmanlık; genel danışmanlık uygulamaları 9 basamaktan oluşmaktadır,

2- RIA' ya özel danışmanlık; RIA' ya özel danışmanlık uygulamaları 9 basamaktan oluşmaktadır.

3- RIA'yı seçenler için uygulamalar; RIA'yı seçenler için uygulamalar 31 basamaktan oluşmaktadır. RIA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RIA uygulama becerisi öğrenim rehberi EK II' de görülmektedir.

3- Mikroskopik Değerlendirme Becerisi Öğrenim Rehberi

Enfeksiyon olup olmadığının kesin tanısını koymak için yararlanılan mikroskopik değerlendirme becerisi öğrenim rehberi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Johns Hopkins Uluslararası Üreme Sağlığı Eğitim Programı ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü işbirliğiyle hazırlanan “Eğiticiler İçin Aile Planlaması Kurs Rehberi” nde yer almaktadır (93).

Mikroskopik değerlendirme becerisi öğrenim rehberi toplam 22 basamaktan oluşmaktadır. Örnek alma; vajinal yayma 4 uygulama basamağını, servikal yayma 5 uygulama basamağını içermektedir. Preparat hazırlama ve değerlendirme de; vajinal yayma için 7 uygulama basamağını, servikal yayma için 6 uygulama basamağını içermektedir. Preparat hazırlama ve değerlendirme uygulamaları da 22 basamağı

içermektedir. Mikroskobik Değerlendirme Becerisi Öğrenim Rehberi EK III' de görülmektedir (93).

4- Kadınların Genital Hijyen Davranışları Kontrol Listesi (GHDKL)

Kadınların genital hijyen davranışlarını belirlemek için hazırlanan “ Genital Hijyen Davranışları Kontrol Listesi”, 15-49 yaş grubunda ve cinsel açıdan aktif olan kadınlar için literatür bilgilerinden yararlanarak hazırlanmıştır (23, 29, 63, 66, 69, 89, 91). Araştırmacı tarafından genital hijyen davranışlarını değerlendirmek için 20 maddelik likert tipi bir kontrol listesi geliştirilmiştir. Bu kontrol listesindeki ifadeler, genital hijyen, tuvalet hijyeni, menstural hijyen ve cinsel hijyen davranış alanlarına yönelik geliştirilmiştir.

Likert tipi geliştirilen kontrol listesinde her bir ifade 1' den 5' e kadar puanlanmıştır. Formun başında nasıl doldurulacağına ilişkin bilgi verilmiştir. Kadınlardan genital hijyen davranışlarıyla ilgili uygulamalarını sıklığına göre ifade etmeleri ve her bir maddeyi okuyarak kendine uygun olan “1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren (Çok seyrek), 3=Bazen, 4=Çoğu zaman ve 5=Her zaman/Düzenli” seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir.

İçerik-kapsam geçerliliği için ölçme aracında bulunan maddelerin ölçme aracına uygun olup olmadığı, başka deyişle ölçülmek istenilen alanı temsil edip etmediğini belirlemek için uzman görüşüne başvurulması gerektiği bildirilmiştir(10, 25, 51). Araştırmacı tarafından geliştirilen kontrol listesi kapsam geçerliliği için alanında uzman 6 kişinin görüşüne sunulmuştur. Uzmanlar tarafından yapılan değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Düzenlemelerden sonra oluşturulan kontrol listesi taslağının maddelerinin anlaşılabilirliğini saptamak üzere 10 kişilik bir kadın grubuna ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda kadınlardan gelen görüşler doğrultusunda kontrol listesine

son şekli verilmiştir. Böylece kontrol listesinin dil anlaşılabilirliği test edilmiştir. Ön uygulama yapılan kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Kontrol Listesi iç geçerlilik için 100 kadına araştırma öncesi uygulanmıştır.

Tablo 1:Genital Hijyen Davranışları Kontrol Listesinin Taslaktaki 20 madde Üzerinden Madde- Toplam Korelasyonları (n=100)

MADDELER	Düzenlenmiş Madde Toplam Korelasyonu	
1.Tuvalete girmeden önce ellerimi su ve sabunla yıkarım	.74	p<0,01
2.Tuvaletten çıktıktan sonra ellerimi su ve sabunla yıkarım*	-.02	p>0,05
3.Taharetlenmeyi idrar yaptığım bölgeden büyük abdestimi yaptığım bölgeye doğru yaparım	.37	p<0,01
4.Dış üreme organlarımı kuru tutmak için taharetlendikten sonra tuvalet kağıdı ile kurularım	.48	p<0,01
5.Külotumu değiştirmek için kirlenmesini beklemem, her gün değiştiririm	.40	p<0,01
6.Külotumun pamuklu kumaştandır	.27	p=0,05
7.Külotlarımı ütülerim	.39	p<0,01
8.Adet zamanlarında hazır ped veya bez kullanırım	.25	p=0,01
9.Adetliyken kullandığım ped veya bezi 3-4 saatte bir değiştiririm	.28	p<0,05
10.Adet zamanlarımda duş şeklinde banyo yaparım	.40	p<0,01
11.Pis kokulu akıntım olduğunda kılıf (kondom) kullanmasını isterim	.40	p<0,01
12.Pis kokulu akıntım olduğunda doktora giderim	.67	p<0,01
13.Cinsel organlarımda kaşıntı olursa hemen doktora giderim	.71	p<0,01
14.Cinsel ilişkide ağrı veya kanama olduğunda doktora giderim	.66	p<0,01
15.Cinsel ilişkiden önce ellerimi yıkarım	.52	p<0,01
16.Cinsel ilişkiden sonra ellerimi yıkarım*	.17	p>0,05
17.Cinsel ilişkiden önce cinsel bölgemi yıkarım	.61	p<0,01
18.Cinsel ilişkiden sonra cinsel bölgemi yıkarım*	-	-
19.Cinsel ilişkiden sonra haznemin içini yıkarım	.22	p<0,05
20.Doktorun verdiği ilaçları düzenli kullanırım*	.16	p>0,05

*Madde- toplam Puan ortalaması r= 0.20'nin Altında olan ve negatif değeri

olan maddeler

Kontrol listesinin uygunluğunun değerlendirilmesinde madde toplam puan korelasyonlarına bakılmıştır. Madde-toplam puan korelasyonunun düşük olması ölçeğin güvenilirliğini düşürücü etki yapar. Karasar 0.50 ve üzerinde korelasyon katsayısı olan ifadelerin, Özgüven 0.15-0.85 arasında korelasyon katsayısı olan ifadelerin alınabileceğini belirtmektedir. Tavşancıl ise alt sınırı 0.20 olan ancak maddenin korelasyon katsayısı Cronbach Alfa değerini etkilemiyor ve ölçme aracında kalması tercih ediliyorsa alınabileceğini belirtmektedir. Literatürde de genellikle 0.20 değeri alt sınır olarak alınmıştır (33, 51, 60, 95). Bu nedenle de bu maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir. Sonuçta hangi test maddelerinin güvenilir yada güvenilmez olduğunu araştırmacının kararlaştırmasına bırakılmıştır (51). Tablo 1 incelendiğinde madde toplam puan korelasyon analizi sonucunda 2., 16., 18. ve 20., maddelerin korelasyon değerleri negatif veya 0.20'nin altında olduğu için bu maddeler kontrol listesinden çıkarılmıştır.

Tablo2: Genital Hijyen Davranışları Kontrol listesinde ikinci aşamada 16 Maddenin Madde- Toplam Korelasyonları (100)

MADDELER	Faktör Yükleri
1. Tuvalete girmeden önce ellerimi su ve sabunla yıkarım	.473
2. Taharetlenmeyi idrar yaptığım bölgeden büyük abdestimi yaptığım bölgeye doğru yaparım	.377
3. Dış üreme organlarımı kuru tutmak için taharetlendikten sonra tuvalet kağıdı ile kurularım	.469
4. Külotumu değiştirmek için kirlenmesini beklemem, her gün değiştiririm	.407
5. Külotumun pamuklu kumaştandır	.274
6. Külotlarımı ütülerim	.400
7. Adet zamanlarında hazır ped veya bez kullanırım	.255
8. Adetliyken kullandığım ped veya bezi 3-4 saatte bir değiştiririm	.278
9. Adet zamanlarımda duş şeklinde banyo yaparım	.424
10. Pis kokulu akıntım olduğunda kılıf(kondom) kullanmasını isterim	.402
11. Pis kokulu akıntım olduğunda doktora giderim	.672
12. Cinsel organlarımda kaşıntı olursa hemen doktora giderim	.711
13. Cinsel ilişkide ağrı veya kanama olduğunda doktora giderim	.671
14 . Her cinsel ilişkiden önce ellerimi yıkarım	.541
15. Cinsel ilişkiden önce cinsel bölgemi yıkarım	.607
16.Cinsel ilişkiden sonra haznemin içini yıkarım	.227

Tablo 2' de genital hijyen davranışları kontrol listesinde ikinci aşamada 16 maddenin madde- toplam korelasyon değerlerinin negatif veya 0.20'nin altında olmadığı görülmektedir.

Tablo 3: Genital Hijyen Davranışları Kontrol listesinin Betimleyici İstatistiklerin Dağılımı

KONTROL LİSTESİ	N	Alfa Katsayısı
GHDKL	100	0.74

Tablo 3’de görüldüğü gibi Genital Hijyen Davranışları Kontrol Listesinin, güvenilirliği iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach Alfa hesabı yapılarak incelenmiştir. Genital Hijyen Davranışları Kontrol Listesinin Cronbach Alfa katsayısı $\alpha=0.74$ olarak tespit edilmiştir. Bu da 1’ e yakın bir değer olarak kabul edilebilir bir değer olup, maddelerin birbirleri ile tutarlı olduğunu göstermiştir (60).

5. RİA Takımında ve Vulvovajinal Enfeksiyon Tanısını Koymada

Kullanılan Araç ve Gereçler:

RİA İçin Gerekli Araç ve Malzemeler;

- RİA (Bakır –t 380 A)
- Danışmanlık için resimli rehber, el modeli, eğitim rehberi
- Ulusal aile planlaması rehberi cilt I/ II
- Kirlenmiş aletlerin dezenfeksiyonunda kullanılmak üzere %0.5’ lik klor çözeltilisi hazırlamak için çamaşır suyu ve kova
- RİA uygulamada kullanılan yüksek düzeyde dezenfeksiyon edilmiş araçlar (spekulum, tenakulum, ring forseps, histerometri, makas, vb.)
- Serviks ve vajinayı temizlemek için povidon iyot
- Diğer atık maddeleri koymak için plastik ağzı kapalı kova (92).

Vulvovajinal enfeksiyonların tanısını koymak için gerekli araç ve gereçler;

- Mikroskop
- Renk skalalı pH kağıdı
- 1ml serum fizyolojik (%0.9 NaCl) içeren test tüpü
- Pamuklu çubuklar
- Lamel, Lam
- Koku testi için % 10 potasyum hidroksit (KOH)
- Su kaynağı olan lavabo yada boyama tepsi
- Isıtıcı (ispirto ocağı) ,Kağıt havlu ve kurutma kağıdı
- Gram boyama solüsyonları (91).

2.3. KULLANILAN YÖNTEM VE YÖNTEMLER

Görüşme: RİA taktirmek için, Kayseri Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi /Aile Planlaması polikliniğine başvuran kadınlara, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadına bilgilendirme formu imzalatılmıştır (EK VI). Sosyo-demografik veri formu ve genital hijyen davranışlarını belirlemeye yönelik kontrol listesini yanıtlamaları istenmiştir (EK I). RİA taktirmaya uygun olup olmadığını belirlemek için tıbbi öyküsü alınmış ve kadınlara RİA özel danışmanlık yapılmıştır (Bu özel danışmanlıkta, Hacettepe üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Johns Hopkins Uluslararası Üreme Sağlığı Eğitim Programı ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü işbirliğiyle hazırlanan resimli rehber yararlanılmıştır). Kadınlara RİA uygulandıktan sonra tekrar danışmanlık odasında genital hijyen davranışını belirleme kontrol listesini doldurmaları sağlanmıştır. Deney grubu kadınlara ise araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim rehberi ve Ulusal Aile Planlaması Rehberlerinden

yararlanılarak, vulvovajinal enfeksiyonun önlenmesine ve genital hijyen davranışına yönelik eğitim verilmiştir (91) (EK V).

Muayene: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Johns Hopkins Uluslararası Üreme Sağlığı Eğitim Programı ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü işbirliğiyle hazırlanan “Eğiticiler için Aile Planlaması Kurs Rehberi” nde yer alan RIA’ ya Özel Beceri Rehberine göre pelvik muayene dört aşamada gerçekleştirilmiştir (91).

1. Dış genital muayene; Her bir kadına inceleme masası üzerinde litotomi pozisyonu verilmiştir. Kadına uygun pozisyon verildikten sonra dış genital bölge ve perineal bölgenin çıplak gözle muayenesi için ellere eldiven giyilerek gözlem yapılmıştır. Özellikle enfeksiyon açısından ödem, kabarcık, papül, yara, ülserasyon, akıntı ve siğil açısından vulva gözlenmiştir (EK II) .

2. Spekulum muayenesi: Spekulum muayenesi vajinal spekulum ve daha önceden hazırlanmış ışık kaynağından yararlanılarak vajen yoluna yavaşça girildikten sonra ağzı yukarı gelecek şekilde döndürülerek açılmış özellikle serviks ağzı net olarak görülür hale getirilmiştir. Spekulum muayenesinde vajinal akıntı ve alt genital yol enfeksiyonunun diğer belirtileri kontrol edilmiştir. Enfeksiyon açısından pürülan servisit ve servikal stenoz için serviks değerlendirilerek akıntı var ise vajinal ve servikal akıntı örnekleri alınmıştır (EK II) (91).

3. Bimanüel Muayene; Spekulum muayenesinden sonra bimanüel muayene yapılmıştır. Özellikle uterusun büyüklüğü, şekli ve pozisyonu belirlenerek, adnekslerin duyarlılığı ve büyüklüğü değerlendirilmiş, aktif pelvik inflamatuvar hastalık açısından kontrol edilmiştir. Bimanüel muayene yapılırken kadının gebe olup olmadığı da değerlendirilmeye çalışılmıştır (91).

4. Rektovajinal Muayene; Bimanüel muayene sırasında bu aşamaya gerek duyulmadığı için kadınlara rekto-vajinal muayene yapılmamıştır (91).

Mikroskopik İnceleme; Mikroskop incelemesi araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Johns Hopkins Uluslararası Üreme Sağlığı Eğitim Programı ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü işbirliğiyle hazırlanan “Eğiticiler İçin Aile Planlaması Kurs Rehberi” nde yer alan “Mikroskop Değerlendirme Beceri Öğrenim Rehberine” göre yapılmıştır (91,93). RİA’ ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanması ve vulvovajinal enfeksiyonlarının tanınması için mikroskop uygulama rehberinde mikroskop inceleme ilgili tüm basamaklar ayrıntılı olarak bulunmaktadır (EK VI). Mikroskop inceleme konusunda araştırmacı “T.C. Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü JHPIEGO İşbirliği İle 5-23 Şubat 2001 Tarihinde İstanbul’ da Düzenlenen Aile Planlaması Klinik ve Eğitim Becerileri Kursunda,” beceri kazanmıştır.

RİA Uygulama; Deney ve deney değişken grubu kadınlara, RİA araştırmacı tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Johns Hopkins Uluslararası Üreme Sağlığı Eğitim Programı ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü işbirliğiyle hazırlanan “Eğiticiler İçin Aile Planlaması Kurs Rehberi” nde yer alan RİA uygulama becerisi öğrenim rehberine göre uygulanmıştır (93). Araştırmacı aşağıda belirtilen kurslarda bu konuda bilgi ve becerilerini resmi olarak kazanmıştır;

1-T.C. Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü Tarafından 2000 Yılında Düzenlenen RİA Uygulama Kursu, Malatya, 15. 07. 2000/ 15.08.2000.

2- T.C. Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü JHPIEGO İşbirliği ile 5-23 Şubat 2001 Tarihinde Düzenlenen Aile Planlaması Klinik ve Eğitim Becerileri Kursu, İstanbul.

Kontrol grubundaki kadınlara RİA uygulaması, Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması polikliniğinde çalışan Sağlık personeli (Ebe- Hemşire- Doktor) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Genital Hijyen Davranışlarını Geliştirmeye Yönelik Eğitim Materyalleri

Eğitim rehberi, konu ile ilgili yerli ve yabancı literatür bilgileri incelenerek ve merkezde bulunan genital yol enfeksiyonlarıyla ilgili afişlerden yararlanılarak hazırlanmıştır. Ayrıca bilgi tekrarını sağlamak ve kadınların istedikleri zaman ulaşabilecekleri bir kaynak oluşturmak amacıyla araştırmacı tarafından “Vulvovajinal Enfeksiyonlar ve Genital Hijyen Davranışları Uygulama Rehberi” hazırlanmıştır (EK V). Rehber hazırlanırken mümkün olduğunca tıbbi terimlerden kaçınılmış ve kadınların anlayacağı bir dilde hazırlanmıştır. Eğitim rehberi şu bölümlerden oluşmuştur.

- Kadın sağlığı ve önemi
- Genital enfeksiyonların kadın sağlığı açısından önemi
- Vulvovajinal enfeksiyonlar
- Genital hijyen uygulamaları

Eğitim rehberi hazırlandıktan sonra 10 kadına verilerek okumaları sağlanmış ve rehber tekrar gözden geçirilerek son hali verilmiştir.

2.4. DENEYSEL ARAŞTIRMA TASARIM

Bu Deneysel çalışmada, izlenen yol aşağıda açıklanmıştır:

Deney Grubu Kadınlar: Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması polikliniğine pazartesi günü başvuran 50 deney grubu

kadına danışmanlık odasında araştırmacı tarafından genel danışmanlık ve RİA' ya özel danışmanlık yapılmıştır. Kadınların tıbbı öyküsü uygun ise pelvik muayene yapılmıştır. Pelvik muayene sırasında kadınlar kanamasız oldukları için pH ve akıntı örneği alınarak mikroskopik incelemesi mikroskop değerlendirme rehberine göre yapılmıştır. Enfeksiyon varsa kadınlara RİA uygulanmayarak etkene yönelik tedavi için hekime sevk edilmiştir. Enfeksiyonu olmayan kadına RİA uygulanarak, bu kadınlar araştırmaya alınmıştır. Uygulamada girişimin denetimi için tüm RİA uygulamaları ve izlemleri RİA beceri rehberine göre uygulanmıştır. Daha sonra kadınlara danışmanlık odasında sosyo-demografik anket formu doldurulmuştur. Genital Hijyen Davranışları Kontrol Listesinin (GHDKL) (ön test) kadınlar tarafından doldurulması için, kadınlara 10-15 dakika zaman verilerek veriler toplanmış ve vajinal enfeksiyonlarına yönelik sağlık eğitimi yapılmış ve ardından eğitim rehberi verilmiştir. Danışmanlık sırasında dış etkenlerin etkisini azaltmak için kadınlara birinci izleme kadarki sürede kondom kullanmaları söylenmiştir. Bir ay sonra birinci izlemede girişimin etkinliği için pelvik muayene ve akıntı örneği mikroskopik inceleme ile pH'ı değerlendirilmiştir. Kadınlarda enfeksiyon saptandığında etkene yönelik tedavi için hekime sevk edilerek tedavi edilmesi sağlanmıştır. Üç ay sonraki izlemede ise, girişimin olgunlaşmasını değerlendirmek için birinci izlemede yapılan işlem basamakları aynı şekilde uygulanmış ve GHDKL (son test) uygulanmıştır. Kadınlara bir yıl sonraki izlemelerinin araştırmacı tarafından yapılmayacağını ancak bu klinikte çalışan sağlık personeli tarafından yapılacağı açıklanmıştır (Tablo 4).

Deney Değişken Grubu Kadınlar: Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması polikliniğine pazartesi günü başvuran 50 deney değişken grubu kadına danışmanlık odasında araştırmacı tarafından genel

danışmanlık ve RİA'ya özel danışmanlık yapılmıştır. Kadınların tıbbi öyküsü uygun ise pelvik muayene yapılmıştır. Pelvik muayene sırasında kadınlar kanamasız oldukları için pH ve akıntı örneği alınarak mikroskopik incelemesi mikroskop değerlendirme rehberine göre yapılmıştır. Enfeksiyon varsa kadınlara RİA uygulanmamış ve etkene yönelik tedavi için hekime sevk edilmiştir. Enfeksiyonu olmayan kadınlara RİA uygulanarak araştırmaya alınmıştır. Uygulamada girişimin denetimi için tüm RİA uygulamaları ve izlemleri RİA beceri rehberine göre uygulanmıştır. Araştırmaya alınan kadınlara danışmanlık odasında sosyo-demografik anket formu doldurulmuş ve GHDKL (ön test) kadınlar tarafından doldurulması için 10-15 dakika zaman verilerek fırsat sağlanmıştır. Deney değişken grubunun deney grubundan farkı ise şöyledir; deney grubundaki kadınlara ön test sonrası vulvovajinal enfeksiyonlarına yönelik eğitim yapılmışken bu gruptaki kadınlara vulvovajinal enfeksiyonlarına yönelik eğitim yapılmamıştır. Bu uygulamanın yapılış amacı ise, araştırmada eğitimin vulvovajinal enfeksiyonların oluşumuna etkisinin olup olmadığını araştırmaktır (4). Danışmanlık sırasında dış etkenlerin etkisini azaltmak için bu grupta kadınlara birinci izleme kadarlık sürede kondom kullanmaları söylenmiştir. Bir ay sonra birinci izlemde girişimin etkinliğini değerlendirmek için pelvik muayene ve akıntı örneğini mikroskopik inceleme ile pH'ı değerlendirilmiştir. Enfeksiyon saptandığında etkene yönelik tedavi için kadınlar hekime sevk edilerek tedavi edilmeleri sağlanmıştır. Üç ay sonraki izlemde ise, olgunlaşmanın etkisini değerlendirmek için birinci izlemde yapılan işlem basamakları aynı şekilde gerçekleştirilmiştir ve üçüncü ayın sonunda GHDKL (son test) uygulanmıştır. Vulvovajinal enfeksiyonuna yönelik sağlık eğitimi yapılmış ve eğitim rehberi verilmiştir. Kadınlara bir yıl sonraki izlemelerinin araştırmacı tarafından

yapılmayacağını ancak bu klinikte çalışan sağlık personeli tarafından yapılacağı açıklanmıştır.

Kontrol Grubu Kadınlar; Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması polikliniğine RİA taktirmek için Cuma günleri başvuran 100 kadın kontrol grubunu oluşturmuştur. Burada amaç kadınlar arasında etkileşimi ortadan kaldırmak, araştırma ortamı ile ilgili dış değişkenlerin sağlık personelin etkisini ayırmaktır. Kontrol grubu kadınlara her türlü uygulama kurum personeli tarafından danışmanlık odasında genel danışmanlık ve RİA'ya özel danışmanlık yapılmıştır. Kadınlar danışmalıkta uygun ise pelvik muayene kurum personeli tarafından yapılmıştır. Pelvik muayene sırasında kadınlar kanamalı geldikleri için PH ve mikroskopik incelemesi yapılmamıştır. Enfeksiyon olup olmama kriteri pek göz önüne alınmadan kadınlara RİA uygulamasının klinikte çalışan sağlık personel tarafından gerçekleştirildiği gözlenmiştir. RİA takılan kadınlar randomizasyon sağlamak koşulu ile araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya alınan kadınlara bundan sonraki işlemlerinin araştırmacı tarafından yürütüleceği açıklanılarak danışmanlık odasında sosyo-demografik anket formu doldurulmuştur. GHDKL (ön test) doldurulması için kadınlara 10-15 dakika zaman verilmiştir. Kontrol grubunun deney ve deney değişken grubundan farkı şöyledir; deney ve deney değişken grubuna RİA uygulamasını araştırmacı tarafından uygulanırken kontrol grubundaki kadınlara aile planlaması polikliniğindeki sağlık personeli tarafından RİA uygulanmıştır. Aynı zamanda deney grubunda araştırmaya katılan kadınlara ön test sonrası vulvovajinal enfeksiyonlara yönelik eğitim yapılmışken bu gruptaki kadınlara vulvovajinal enfeksiyonlara yönelik eğitim yapılmamıştır. Burada amaç, RİA'ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA takılması ve verilen eğitimin vulvovajinal enfeksiyonların oluşumuna etkisinin olup olmadığını araştırmaktır (4). Bir ay sonra

birinci izlemde girişimin etkinliği için pelvik muayene ve akıntı örneğinin pH ve mikroskopik inceleme ile değerlendirilmiştir. Kadınların enfeksiyon saptandığında etkene yönelik tedavi için hekime sevk edilerek tedavi edilmeleri sağlanmıştır. Üç ay sonraki izlemde ise olgunlaşmanın etkisini değerlendirmek için, birinci izlemde yapılan işlem basamakları ile aynı ancak üçüncü ayın sonunda GHDKL (son test) uygulanmıştır. Vulvovajinal enfeksiyona yönelik sağlık eğitimi yapılmış ve eğitim rehberi verilmiştir. Kadınlara bir yıl sonraki izlemlerini araştırmacı tarafından yapılmayacağını ancak bu klinikte çalışan sağlık personeli tarafından yapılacağı açıklanmıştır.

Tablo 4: ARAŞTIRMA TASARIMI

Tarih	Deney Grubu	Deney Değişken Grubu	Kontrol Grubu
25.12.04	Aile planlaması konusunda Genel Danışmanlık (araştırmacı tarafından) ↓	Aile planlaması konusunda Genel Danışmanlık (araştırmacı tarafından) ↓	Aile planlaması konusunda Genel Danışmanlık (kurum Personeli tarafından) ↓
	RİA' ya özel danışmanlık (araştırmacı tarafından) ↙ ↘	RİA' ya özel danışmanlık (araştırmacı tarafından) ↙ ↘	RİA' ya özel danışmanlık (kurum personeli tarafından) ↙ ↘
	RİA UYGUN RİA UYGUN DEĞİL (araştırmacı tarafından) ↓	RİA UYGUN RİA UYGUN DEĞİL (araştırmacı tarafından) ↓	RİA UYGUN RİA UYGUN DEĞİL (kurum personeli tarafından) ↓
	Pelvik muayene (araştırmacı tarafından) ↓	Pelvik muayene (araştırmacı tarafından) ↓	Pelvik muayene (Kurum personeli tarafından) ↓
	Ph bakılması(araştırmacı tarafından) Mikroskobik inceleme ↙ ↘	Ph bakılması (araştırmacı tarafından) Mikroskobik inceleme ↙ ↘	
	Enfeksiyon Var Enfeksiyon Yok (Hekime Sevk) (araştırmacı tarafından) ↓	Enfeksiyon Var Enfeksiyon (Hekime Sevk) (araştırmacı tarafından) ↓	
	RİA uygulanması (araştırmacı tarafından) ↓	RİA uygulanması (araştırmacı tarafından) ↓	RİA uygulanması (Kurum personeli tarafından)

			↓
	Kayıt (araştırmacı tarafından) ↓	Kayıt (araştırmacı tarafından) ↓	Kayıt (Kurum personeli tarafından) ↓
	Sosyo –demografik veriler (araştırmacı tarafından) ↓	Sosyo – demografik veriler (araştırmacı tarafından) ↓	Sosyo –demografik veriler (araştırmacı tarafından) ↓
	G.H.D.K.L. ön test (araştırmacı tarafından) ↓	G.H.D.K.L. ön test (araştırmacı tarafından) ↓	G.H.D.K.L. ön test (araştırmacı tarafından) ↓
	Sağlık eğitimi ve RİA’ ya özel danışmanlık (Eğitim rehberi verilerek eğitim yapıldı) (araştırmacı tarafından) ↓		
25.01.05 / 30.05.05	1 ay sonra birinci izlem (araştırmacı tarafından) ↓	1 ay sonra birinci izlem (araştırmacı tarafından) ↓	1 ay sonra birinci izlem (araştırmacı tarafından) ↓
	- Pelvik muayene - PH ve mikroskop incelemesi (araştırmacı tarafından) ↙ ↘	- Pelvik muayene - PH ve mikroskop incelemesi (araştırmacı tarafından) ↙ ↘	- Pelvik muayene - PH ve mikroskop incelemesi (araştırmacı tarafından) ↙ ↘
	Enf. Var Enf. Yok (araştırmacı tarafından) ↓	Enf. Var Enf. Yok (araştırmacı tarafından) ↓	Enf. Var Enf. Yok (araştırmacı tarafından) ↓
	Hekime sevk (Etkene yönelik tedavi) ↓	Hekime sevk (Etkene yönelik tedavi) ↓	Hekime sevk (Etkene yönelik tedavi) ↓
25.03.05 /30.08.05	3 ay sonra ikinci izlem (araştırmacı tarafından) ↓	3 ay sonra ikinci izlem (araştırmacı tarafından) ↓	3 ay sonra ikinci izlem (araştırmacı tarafından) ↓
	- Pelvik muayene - PH ve mikroskop incelemesi	- Pelvik muayene - PH ve mikroskop incelemesi	- Pelvik muayene - PH ve mikroskop incelemesi

	(araştırmacı tarafından) ↙ ↘	(araştırmacı tarafından) ↙ ↘	(araştırmacı tarafından) ↙ ↘
	Enf. Var Enf. Yok (araştırmacı tarafından) ↓	Enf. Var Enf. Yok (araştırmacı tarafından) ↓	Enf. Var Enf. Yok (araştırmacı tarafından) ↓
	Hekime sevk (Etkene yönelik tedavi) ↓	Hekime sevk (Etkene yönelik tedavi) ↓	Hekime sevk (Etkene yönelik tedavi) ↓
	G.H.D.K.L. Son test uygulaması (araştırmacı tarafından) ↓	G.H.D.K.L. Son test uygulaması (araştırmacı tarafından) ↓	G.H.D.K.L. Son test uygulaması (araştırmacı tarafından) ↓
		Sağlık eğitimi (Eğitim rehberi verilerek araştırmacı tarafından eğitim yapıldı)	Sağlık eğitimi (Eğitim rehberi verilerek araştırmacı tarafından eğitim yapıldı)

2.5. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması Polikliniğinde RİA taktirmek amacıyla başvuran kadınlar üzerinde yürütülmüştür.

Araştırma yeri olarak bu birimin seçilmesinde neden; bu merkezin eğitim merkezi olması, eğitim materyallerinin ve eğitim odasının bulunması ve tanı konulmasını sağlayan laboratuvar olanaklarına sahip olmasıdır. Bunun yanı sıra Kayseri bölgesinde çoğunlukla RİA uygulaması için kadınlarca tercih edilen bir birim olarak olgu bulma kolaylığı sağlayacağı için, bu birim araştırma yeri olarak seçilmiştir.

Araştırma, Aralık 2003- Temmuz 2006 tarihleri arasında yapılmıştır.

2.6. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini; araştırma döneminde Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması Polikliniğine başvuran 15 –49 yaş grubu evli ve en az okur – yazar olan tüm kadınlar oluşturmuştur. Ancak evrenin tamamına ulaşılması mümkün olmadığı için örneklem seçimine gidilmiştir.

2.7. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEM

Araştırma kapsamına, Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması polikliniğinde yürütülerek araştırmanın örneklemini aynı evrenden seçilmiş örneklem grubu oluşturmuştur.

Örneklem Hacminin Belirlenmesi; Kayseri Prof. Dr. Ferhan Özmen Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması polikliniğinde yürütülen bu araştırmanın örneklem hacminin belirlenmesinde bir çok çalışmanın sıklığından yararlanılmıştır. Bu çalışmalar değerlendirildiğinde vulvovajinal enfeksiyonların görülme sıklığının %47.2 ile %67,6 arasında değiştiği fark edilmektedir (48, 63, 89, 112, 115). Bu

çalışmalardan yola çıkılarak, RİA' lı kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonların görülme sıklığı %50 olarak alınacak olursa ve %25 oranında azaltma hedeflenirse 80 kadının; deney (40), deney değişken (40) ve 80 kadının kontrol grubuna alınmasına karar verilmiştir (PASS programında $\alpha=0.05$, $\beta=0.20$) (60).

Ancak 80 kadının deney (40) ve deney değişken (40), 80 kadının kontrol grubuna alınması ile örneklem hacminin yeterli bulunmasına rağmen araştırmanın yapıldığı dönemde kadınların araştırmayı terk etmesi, vulvovajinal enfeksiyonu dışında geçirilen bir hastalıktan dolayı ilaç kullanmak zorunda kalması gibi nedenler göz önünde bulundurularak 100 kadının deney ve deney değişken (deney 50 ve deney değişken 50), 100 kadında kontrol grubuna alınarak çalışmanın yürütülmesine karar verilmiştir.

Araştırmaya aşağıda açıklanan kriterlere uygun olan kadınlar alınmıştır.

- 15- 49 yaş aralığında olan kadınlar,
- Bu merkeze RİA taktırmak üzere başvuran araştırmaya katılmayı kabul eden ancak o günden geriye dönük son bir ay öncesine kadar antibiyotik kullanmayan kadınlar,
- Vulvovajinal enfeksiyonlar kapsamında en sık rastlanan vajinal enfeksiyonlar dışında enfeksiyon geçirmeyen,
- Gebe olmayan kadınlar,
- Algılama bozukluğu bulunmayan kadınlar,
- En az okur-yazar olan kadınlar,
- Görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olmayan kadınlar,
- Çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen kadınlar.

Deney, deney değişken ve kontrol gruplarında rastlantısallığın, diğer bir deyişle deney, deney değişken ve kontrol grubundaki deneklerin yansız olarak atanmasının sağlanıp sağlanmadığı ki-kare homojenite testi ile doğrulanmıştır (99).

Deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların yansız olarak seçilebilmesi için haftanın ilk günü pazartesi merkeze gelen kadınlar deney ve deney değişken grubuna dahil edilmiştir. Cuma günü başvuran kadınlar da kontrol grubuna alınmıştır.

Bu yaklaşımı araştırmada araştırmacının girişimini/ bağımsız değişkenin yönetimini, tam olarak gerçekleştirmesinde yan tutmayı (bias) engellemiştir. Bu yararın yanı sıra klinik ortamda çevrenin ve koşulların denetimine de fırsat vermiştir. Pazartesi günleri RİA uygulama odası hazırlanması ve araç–gereçlerin dezenfeksiyon gibi durumlar araştırmacının denetiminde hazırlanmıştır. Dış değişkenler olabildiğince denetlenmeye çalışılmıştır

Deney, deney değişken ve kontrol grubunun randomizasyonu: konu ile ilgili yapılan bir çok çalışmada RİA kullanımının büyük oranında vulvovajinal enfeksiyonları arttırdığı saptanmıştır. Aynı zamanda kişinin yaş, eğitim durumu, ilk evlenme yaşı, doğum sayısı, haftalık cinsel ilişki sıklığı ve rahim içi araç kullanımı, vulvovajinal enfeksiyon gelişimini etkileyen faktörler arasındadır (36, 48, 64, 89). Literatüre göre, deney ve kontrol grubundaki deneklerin en çok 3-4 değişken (yaş, cinsiyet vs.) yönüyle benzer seçilmesi yeterli kabul edilir (99). Bu nedenle deney ve kontrol grubu kadınların yaş, eğitim durumu, ilk evlenme yaşı, gebelik sayısı, genital, haftalık cinsel ilişki sıklığı gibi değişkenler yönünden randomizasyonu da sağlanmaya çalışılmıştır. Deney, deney değişken ve kontrol grubu kadınların yaş ($X^2=0.307$ $p=0.989$), eğitim durumu ($X^2=0.933$ $p=0.920$), ilk evlenme yaşı ($X^2=0.260$ $p=0.987$), gebelik sayısı ($X^2=2.156$ $p=0.707$), haftalık cinsel ilişki sıklığı

($X^2=2.717$ $p=0.843$) arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu değerler randomizasyonunu sağlandığını göstermektedir.

2.8. BAĞIMLI, BAĞIMSIZ, ARA ve DIŞ DEĞİŞKENLER

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri; Kadınlara ait sosyo-demografik değişkenler; yaş, eğitim durumu, mesleği, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, aile tipi, ailenin gelir durumu, evlilik süresi, BKİ ve kadının obstetrik değişkenleri; gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj öyküsü, kürtajın yapıldığı yer, cinsel ilişki sıklığı, kontraseptif öyküsü, RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA takılması ve kadınlara verilen genital hijyen davranışlarına yönelik eğitim araştırmada bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

Araştırmanın Bağımlı Değişkeni; Kadınlarda vajinal enfeksiyon görülmesi bağımlı değişkendir.

Araştırmanın Ara Değişkenleri; Araştırmaya katılan kadınların eşlerindeki varolabilecek enfeksiyon, kadının araştırma sürecinde vajen florasını bozacak ilaçları alması, araştırmacı dışında kalan sağlık personelinin tedavi yaklaşımı, kadının eğitim dışında konu ile ilgili bilgilenmesi, enfeksiyona yol açabilecek güvensiz cinsel ilişki gibi nedenler ara kontrol edilemeyen değişkenlerdir.

2.9. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Araştırmada veriler, anket formu, GHDKL, pelvik muayene ve laboratuvar muayenesinden yararlanarak toplanmıştır. Araştırma örneklemine giren RİA uygulamak üzere merkeze başvuran deney, deney değişken ve kontrol grubu kadınlar araştırma kriterlerine göre randomize edilerek araştırmanın amacı, önemi konusunda gerekli açıklamalar yapılmıştır. Kadınlara yazılı onam formu doldurulmuştur (EK VI). Ek I' deki "Sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini ve genital enfeksiyonuna olup olmadığını belirleyen "Anket Formu" nın yüz yüze görüşme yöntemi ile

doldurulması için süre toplam 15 dakikadır. Kadınlar, RİA' ya özel danışmanlık yapıp uygulama masasına alınarak her hangi bir enfeksiyonun olup olmadığı konusunda (EK III) mikroskopik değerlendirme rehberine göre değerlendirilmiştir. Bu işlemin ortalama süresi 10-15 dakika sürmüştür. Daha sonra kadınlara RİA uygulanmıştır. Bu uygulama 15-20 dakikada tamamlanmıştır.

Deney, deney değişken ve kontrol grubundaki 200 kadına RİA uygulaması sonrasında araştırmacı tarafından geliştirilen Genital Hijyen Davranışını Belirleme Kontrol Listesi (GHDKL) (EK IV) ön test olarak uygulanmıştır. Deney grubundaki 50 kadına ön test sonunda tek oturumda genital hijyen davranışına yönelik eğitim verilmiştir. Bu eğitim birer kişilik veya duruma göre üçer, dörder kişilik grup eğitimi biçiminde gerçekleştirilmiştir. Bu eğitim ortalama 30 dakika sürmüştür. Ayrıca hazırlanan eğitim rehberi (EK VII) eğitim sırasında kadınlara verilmiştir. Deney grubunda kalan diğer deney değişken (50) ve kontrol grubundaki (100) kadına eğitim yapılmamıştır.

Deney (50), deney değişken (50) ve kontrol grubundaki (100) kadınlar enfeksiyon yönünden değerlendirilmek üzere RİA izlem rehberine göre RİA uygulamasından sonra birinci ayın ve üçüncü ayın bitiminde tekrar pelvik muayene ve akıntı örneği alınarak mikroskop incelemesi yapılmıştır. RİA takıldıktan sonra deney, deney değişken ve kontrol grubu kadınlara son test uygulanmıştır. Ve yalnızca deney değişken ve kontrol grubundaki kadınlara genital hijyen davranışına yönelik eğitim ve eğitim rehberi dağıtılmıştır. Eğitim birer veya üçer kişilik gruplar halinde yürütülmüştür.

Eğitim Programının Amacı

Eğitim programı; vajinal enfeksiyonlar konusunda kadınlarda sağlığı koruma bilincini ve hijyen kavramını geliştirmek ve pekiştirmek, genital hijyen

davranışlarına yönelik bilgi gereksinimlerini gidermek ve doğru davranış kazandırmaya çalışmak amacıyla oluşturulmuştur.

Eğitim Programının İçeriği

Araştırmada eğitim programının uygulanmasında; Deney grubu kadınlara eğitim oturumu dışında bilgilerin pekişmesini sağlamak ve kadınların istedikleri zaman ulaşabilecekleri bir kaynak oluşturmak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim rehberi verilmiştir (Ek-V). Ayrıca merkezde bulunan genital enfeksiyonlarla ilgili afişlerden de eğitim amaçlı yararlanılmıştır.

Eğitim rehberinin içeriği ilgili yerli ve yabancı literatür bilgileri incelenerek hazırlanmıştır (23, 29, 62, 63, 79, 91, 92, 94, 107). Hazırlanırken mümkün olduğunca tıbbi terimlerden kaçınılarak ve kadınların anlayacağı bir dilde hazırlanmıştır. Eğitim rehberi şu bölümlerden oluşmuştur.

- Kadın sağlığı ve önemi
- Genital enfeksiyonların kadın sağlığı açısından önemi
- Vajinal enfeksiyonlar
- Genital hijyen uygulamaları

Eğitim rehberi hazırlandıktan sonra 10 kadına verilerek okumaları istenmiştir.

Rehber tekrar gözden geçirilerek son hali verilmiştir.

Eğitimin Yapıldığı Yer ve Süre

Eğitim, Aile Planlaması danışmanlık odasında grup eğitimi şeklinde verilmiştir. Eğitim oturumları duruma göre 1-3'er kişilik kadın gruplarına yönelik tek oturumda yürütülmüş ve ortalama 30 dakika sürmüştür.

Eğitimin Uygulanmasındaki Aşamalar

Eğitimin uygulanmasının ilk aşamasında kadınlarla tanışılmış, amaç açıklanmış katılımları sağlanmıştır. Daha sonra kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve

çalışmaya katılmak isteyenler danışmanlık odasına alınmıştır. Kadınlara önce hiçbir açıklama yapılmaksızın GHDKL'ni (ön test) doldurmaları istenmiştir. Daha sonra U oturma düzeni ile kadınlar oturtulmuştur. Kadınların bu pozisyonda oturtulmalarının nedeni, interaktif eğitim yöntemlerinde bireylerin birbirlerini görmelerinin sağlanmasıyla öğrenmenin daha kolay olmasıdır (88). Sonra kadınların hepsine hazırlanan eğitim rehberi verilmiştir. Araştırmacı tarafından kitapçıktaki başlıklar izlenerek kadınların anlayabilecekleri bir dilde eğitim verilmiştir. Ayrıca genital enfeksiyonlar anlatılırken merkezde bulunan genital enfeksiyonların tanıtıldığı afişlerden de yararlanılmıştır. Konu anlatımı tamamlandıktan sonra kadınlardan gelen sorulara cevap verilmiştir. Eğitim süresince gruptakilere birbirleri ile kendi deneyimlerini paylaşacakları ve soru soracakları rahat bir ortam sağlanmıştır (88).

Eğitim yöntemi olarak düz anlatım, demonstrasyon, soru-cevap ve tartışmadan oluşan aktif eğitim yöntemlerinden yararlanılmıştır.

2.10. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS 13.00 paket programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde;

* Örneklem sayısının yeterli olup olmadığının belirlenmesinde pass programından yararlanılmıştır.

* GHDKL'sinin iç tutarlılığının değerlendirilmesi için Cronbach Alfa katsayısı ve madde toplam korelasyonlarına bakılmıştır.

* Deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik verilerinin değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımları hesaplanmıştır.

*Deney, deney değişken ve kontrol arasında randomizasyonun sağlanmasında ve gruplar arasında farklılığın incelenmesinde kıkare, çok gözlü kıkare homojenite önemlilik testi yapılmıştır.

*Birinci ve ikinci izlem arasındaki farklılığının incelenmesinde Mc Nemar testi yapılmıştır.

* Deneysel, deneysel değişken ve kontrol grubu kadınlarda enfeksiyon görülme sıklığının karşılaştırılmasında çok gözlü kıkare testi kullanılmıştır.

* Deneysel, deneysel değişken ve kontrol grubunun, genital hijyen davranışlarındaki değişim, başka deyişle öntest ve sontest puan ortalamaları arasındaki farkın incelenmesinde bağımlı gruplarda iki eş arasındaki farkın önemlilik testi için Paired Samplet testi yapılmıştır (2, 60).

2.11. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma Aralık 2003–Kasım 2004 tarihleri arasına planlanmış ve 2004 Kasım ayında tez önerisi olarak sunulmuştur. Araştırma verileri Aralık 2004- Ağustos 2005 tarihleri arasında Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması merkezinde toplanmıştır. Eylül 2005 tarihinde istatistiksel analizleri yapılarak, temmuz 2006 tarihinde araştırma raporu doktora tez çalışması olarak sunuma hazırlanmıştır (Tablo 5).

Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi merkezinin klinik ve laboratuvar imkanlarından yararlanılmıştır.

2. 12. ARAŞTIRMADA ETİK













Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın; Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması polikliniğinde yapılabilmesi için Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'ne çalışmanın kısaca amaç ve kapsamını içeren bir dilekçe ile başvurularak, yazılı izin alınmıştır (Ek-VIII). Ayrıca Ege Üniversitesi Hemşirelik yüksekokulu etik kurulundan da izin alınmıştır (EK IX). Araştırmaya katılan kadınların haklarının

korunması doğrultusunda, kadınlara sözel olarak açıklama yapılarak aşağıda belirtilen etik ilkelere dikkat edilmiştir.

Çalışmaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler anlayacakları bir dille kısaca açıklanarak “Aydınlatılmış Onam” ilkesi, kadınların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi, elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” ilkesi ve araştırmaya katılan her bireye eşit davranılarak deney grubundaki kadınların eğitim programı tamamlandıktan sonra kontrol grubundaki kadınlara da eğitim verilerek “Yeterli ve Doğru Bakım Görme” ilkesi yerine getirilmiştir (4, 37). Ayrıca araştırmaya başlarken, araştırmada kontrol grubunun jinekolojik muayenelerini yaparak ve RİA’yı gerçekleştirecek olan sağlık personeline, rutin hizmetleri kapsamında araştırmaya dahil edildikleri konusunda bilgi verilmiştir ve onamları alınmıştır (4).

Tablo 5: Araştırmanın Zamanlanması

YAPILAN ÇALIŞMALAR	Aralık 2003- Mayıs 2004	Tem. 2004	Ağus. Eylül 2004	Ekim 2004	Kasım 2004	Aralık 2004- Haz. 2005	18 Tem. 2005	20 Tem.- 30Ağu s 2005	Eylül 2005	Ekim 2005 - Ocak 2006	Ocak 2006	Tem. 2006
Hazırlık Çalışmaları (Genel Literatür Tarama)												
Danışman İle Toplantı (Tez Konusunu Belirleme)												
Konu ile İlgili Spesifik Okuma												
Soru Kağıdını Hazırlama												
Tez Ön Komitesi ile Toplantı												
Veri Toplama												
Tez İzlem İçin Tez Komitesi ile Toplantı (Birinci İzlem)												
Veri Toplama												
Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi												
Tezin Yazılması												
Tez İzlem İçin Tez Komitesi ile Toplantı (İkinci İzlem)												
Tez Sunumu												

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1 KADINLARA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

3.1.1. Kadınların Sosyo- Demografik Özellikleri

Bu bölümde kadınların sosyo-demografik özellikleri açıklanmıştır

Tablo 6: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik özellikler	Sayı (n)	Yüzde(%)	$\bar{X} \pm SS$
<u>Yaş</u>			
15- 24 yaş	64	32,0	28.80 ± 6.58
25-34 yaş	92	46,0	
35-44 yaş	44	22,0	
<u>Eğitim Durumu</u>	114	57,0	-
İlkokul Mez.	42	21,0	
Ortaokul Mez.	44	22,0	
<u>Çalışma Durumu</u>			
Çalışan	31	15,5	-
Çalışmayan	169	84,5	
<u>İlk Evlenme Yaşı</u>	149	74,5	19.13 ± 3.29
20 yaş ve altı	51	25,5	
21 yaş ve üstü			
<u>Evlilik Süresi</u>			
1-5 yıl	63	31,5	9.37 ± 5,83
6-10 yıl	69	34,5	
11-15 yıl	38	19,0	
16 ve üzeri	30	15,0	
<u>Aile Tipi</u>	148	74,0	-
Çekirdek Aile	52	26,0	
Geniş Aile			
<u>Gelir Durumu</u>			
Gelir giderden fazla	7	3,5	-
Gelir gidere denk	113	56,5	
Gelir giderden az	80	40,0	
TOPLAM	200	100,0	-

Tablo 6' da araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 6' da incelendiğinde araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 28.80 \pm 6.58' dir. Kadınlar en yüksek oranda (%46) 25-34 yaş grubundadır.

Öğrenim durumlarına bakıldığında, kadınların %57' sinin ilkokul mezunu oldukları, %21' i ortaokul mezunu, % 22' si lise ve yüksekokul mezunu oldukları saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6'da araştırmaya katılan kadınların %15.5' inin çalıştığı, %84.% 'inin çalışmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan tüm kadınların %74.5' i 20 yaş ve daha küçük yaşta evlendiklerini belirtmişlerdir. Kadınların %34.5' inin 6-10 yıl süredir evli oldukları belirlenmiştir. Kadınların evlenme yaş ortalaması 19.13 \pm 3.29' dır (Tablo 6) .

Araştırmaya katılan tüm kadınların %74' ünün çekirdek ailede yaşadığı, %56.5' inin gelirinin gidere denk olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7: Kadınların Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=200)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde(%)
Eşin Yaşı		
25 ve altı yaş	15	7.5
26- 35 yaş	120	60.0
36-45 yaş	54	27.0
46ve üzeri	11	5.5
Eşin Eğitim Durumu		
İlkokul Mezunu	74	37.0
Ortaokul Mezunu	34	17.0
Lise Mezunu	65	32.5
Yük./Üniv. Mezunu	27	13.5
Eşin Mesleği		
İşçi	99	49.5
Memur	32	16.0
Serbest Meslek	61	30.5
İşsiz	8	4.0
TOPLAM	200	100,0

Tablo 7' kadınların eşlerinin sosya-demografik özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 7' da incelendiğinde, araştırmaya katılan tüm kadınlarının eşlerinin %60' ı 26-35 yaş arasındadır. Erkekler için belirlenen yaş ortalaması 33.24 ± 7.00 ' dır.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin eğitim durumunu incelendiğinde; tüm kadınların eşlerinin %37' sinin ilkokul mezunu oldukları ve %49.5' inin işçi olarak çalıştıkları görülmektedir (Tablo 7).

3.1.2.Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların obstetrik özellikleri açıklanmıştır.

Tablo 8: Kadınların ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)	$\bar{X} \pm SS$
Menarş Yaşı 13 yaş ve altı 14 yaş ve üstü	138 62	69.0 31.0	13.10 ± 1.49
Gebelik Sayısı Bir gebelik İki gebelik Üç gebelik ve üzeri	48 59 93	24.0 29.5 46.5	2.65 ± 1.47
Yaşayan Çocuk Sayısı Yaşayan bir çocuk Yaşayan iki çocuk Yaşayan üç ve üzeri çocuk	59 81 60	29.5 40.5 30.0	2.17 ± 1.15
İstemsiz Düşük Yapma Durumu Yapan Yapmayan	33 167	16.5 83.5	1.83 ± 0.37
İstemli Düşük Yapma Durumu Olan Olmayan	46 154	23.0 77.0	1.13 ± 0.34
Toplam	200	100.0	
En son İstemli Düşük Yapma Zamanı 6 ay ve daha kısa 7-12 ay 13 ay ve daha uzun	11 7 28	23.9 15.2 60.9	-
İstemli Düşük Yapma Yeri Doğum evi Özel muayene	26 20	56.5 43.5	-
TOPLAM*	46	100,0	-

*Sayı ve yüzdeler kürtaj olanlar üzerinde hesaplanmıştır

Tablo 8’de kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı görülmektedir.

Kadınların menarş yaşları incelendiğinde; tüm kadınların %69’unun 13 yaş ve daha küçük yaşta menarş oldukları saptanmıştır. Kadınların menarş yaş ortalaması 13.10 ± 1.49 ’ dir (Tablo 8).

Tüm kadınların %46.5’ inin üç ve daha fazla gebelik geçirdikleri ve gebelik ortalamasının 2.65 ± 1.47 olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8’ de tüm kadınların %40.5’ inin iki çocuk sahibi oldukları ve yaşayan çocuk sayısı ortalamasını ise 2.17 ± 1.15 olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan tüm kadınların %16.5’ inin istemsiz düşük yaptığı, %23’ ünün ise isteyerek düşük yaptığı görülmektedir. Kadınların istemsiz düşük ortalaması 1.83 ± 0.37 ve istemli düşük ortalaması ise 1.13 ± 0.34 ’ dir (Tablo 8).

Tablo 8’ de tüm kadınların % 60.9’ unun 13 ay veya daha fazla bir süre önce istemli düşük yaptıkları ve %56.5’ inin istemli düşüklerini doğum evinde yaptıkları saptanmıştır.

3.1.3. Kadınların Önceden Kullandıkları Gebeliği Önleyici Yöntemlere

İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların önceden kullandıkları gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin bulgular açıklanmıştır.

Tablo 9: Kadınların Araştırma Öncesi RİA Kullanma Özelliklerine Göre Dağılımı

RİA Kullanma Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Daha Önce RİA Kullanma Durumu		
Kullanan	100	50.0
Kullanmayan	100	50.0
Toplam	200	100.0
RİA' yı Kullanma Süresi		
<5 yıl	10	5.0
>5 yıl	90	95.0
RİA' yı Bırakma Nedenleri		
Süresinin dolması	16	16.0
Akıntı olması	41	41.0
Kendiliğinden düşmesi	14	4.0
Düzensiz kanama olması	13	13.0
Çocuk isteme	16	16.0
TOPLAM*	100	100.0

* Sayı ve yüzdeler RİA'yı bırakanlar üzerinden yapılmıştır

Tablo 9' da kadınların araştırma öncesi RİA kullanma özelliklerine göre dağılımı görülmektedir.

Araştırmaya katılan tüm kadınların %50' sinin RİA kullandıkları saptanmıştır. RİA kullanan kadınların %95' i 5 yıl veya daha uzun süre kullandıklarını ve %41' inin RİA' yı akıntı nedeniyle bıraktıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 9) .

Tablo 10: Kadınların Son Üç Ayda Kullanmış Oldukları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı

Aile Planlaması Yöntemi	Sayı (n)	Yüzde (%)
RİA	13	6.5
Kondom	65	32.5
Hap	20	10.0
Geri Çekme	102	51.0
TOPLAM	200	100.0

Tablo 10' da kadınların son üç ayda kullanmış oldukları aile planlaması yöntemlerine göre dağılımı yer almaktadır.

Araştırmaya katılan tüm kadınların %51' i RİA taktırmadan önce geriçekme, yalnızca %6.5' i RİA kullandıklarını ifade etmişlerdir.

3.1.4. Kadınların Son Bir yıl İçinde Yaşadıkları Jinekolojik Yakınmalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların son bir yıl içinde yaşadıkları jinekolojik yakınmalarına ilişkin bulgular açıklanmaktadır.

Tablo 11: Kadınların Son Bir Yıl İçinde Genital Yol Enfeksiyon Yakınmalarına Göre Dağılımı

Jinekolojik yakınmalar	Deney Grubu		Deney Değişken Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Vulvada Kaşıntı, Kızarıklık ve / Beyaz Süt Kesigi Akıntı								
Var	-	-	-	-	17	17.0	17	8.5
Yok	50	100,0	50	100,0	83	83.0	183	91.5
İdrar Yaparken Yanma								
Var	4	8.0	3	6.0	35	35.0	45	22.5
Yok	46	92,0	47	94,6	65	65.0	155	77.5
Cinsel İlişki Sırasında Ağrı								
Var	7	14.0	3	6.0	43	43.0	53	26.5
Yok	43	86.0	47	94.6	57	57.0	147	73.5
Cinsel İlişki Sonrasında Kanama								
Var	-	-	-	-	13	13.0	13	6.5
Yok	50	100,0	50	100,0	87	87.0	187	93.5
Sürekli Devam Eden Bir Akıntı*								
Var	5	10.0	10	20,0	67	67.0	82	41.0
Yok	45	90.0	40	80,0	33	33.0	118	59.0
Eşinin GYE olma durumu								
GYE şikayeti oldu	-	-	-	-	5	5.0	5	2.5
GYE şikayeti olmadı	50	100,0	50	100,0	95	95.0	195	97.5
TOPLAM	50	100.0	50	100.0	100	100.0	200	100.0

Araştırmaya katılan kadınlardan son bir yıl içinde jinekolojik sağlık sorunları kapsamında genital yol enfeksiyonlarına (GYE) yönelik yakınmalarını belirtmeleri istenmiştir.

Kadınların %8.5' i süt keşiği tarzında bir akıntı, %22.5' i idrar yaparken yanma, %26.5' i cinsel ilişki sırasında ağrı, %6.5' i cinsel ilişki sonrasında kanama yakınmaları olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların yarıya yakınında (%41) sürekli devam eden bir akıntı olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 11' de kadınların yalnızca %2.5' inin eşinde GYE öyküsü olduğu görülmektedir .

Tablo 12: Kadınların Son Bir Yıl İçinde Akıntı Yakınması İle İlişkili Bakım Alma Davranışlarına Göre Dağılımı

Akıntı Yakınması İle İlişkili Bakım Alma Davranışlarına	Deney Grubu		Deney Değişken Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Akıntı İçin Doktora Gitme **								
Giden	5	10.0	7	14.0	40	40.0	52	63.4
Gitmeyen	45	90.0	43	86.0	60	60.0	148	36.6
Tedavi Alma								
Alan	5	10.0	7	14.0	40	40.0	52	63.4
Almayan	45	90.0	43	86.0	60	60.0	148	36.6
TOPLAM	50	100.0	50	100.0	100	100.0	200	100.0
Akıntının Tanısını Bilme								
Bilen	1	20.0	7	100.0	28	63.7	35	67.3
Bilmeyen	4	80.0	-	-	13	36.4	17	32.7
İlaç Kullanma Zamanı								
İk –altı ay	3	60.0	6	87.5	30	75.0	39	75.0
Yedi ay ve daha fazla süre	2	40.0	1	14.5	10	25.0	13	25.0
TOPLAM *	5	100.0	7	100.0	40	100.0	52	100.0

* Akıntısı olup doktora gidenlerin yüzdesinden hesaplanmıştır.

Tablo 12’ de kadınların son bir yıl içinde akıntı yakınması ile ilişkili bakım alma davranışlarına göre dağılımı gösterilmiştir.

Kadınların son bir yıl içinde akıntı yakınması ile ilişkili bakım alma davranışları incelendiğinde, kadınların %63.4’ünün tedavi için doktora gittiği ve tümüne hekimin tedavi amacı ile ilaç önerdiği saptanmıştır. Buna göre %75’ inin 2-6 ay önce ilaç kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 12).

3.1.5. Kadınların RİA Taktirmedan Önce Haftalık Cinsel İlişki Sıklığı

Bu bölümde kadınların RİA taktirmedan önce cinsel ilişki sıklığına göre dağılımı açıklanmıştır.

Tablo 13: Kadınların RİA Taktirmedan Önce Haftada Cinsel İlişki Sıklığına Göre Dağılımı

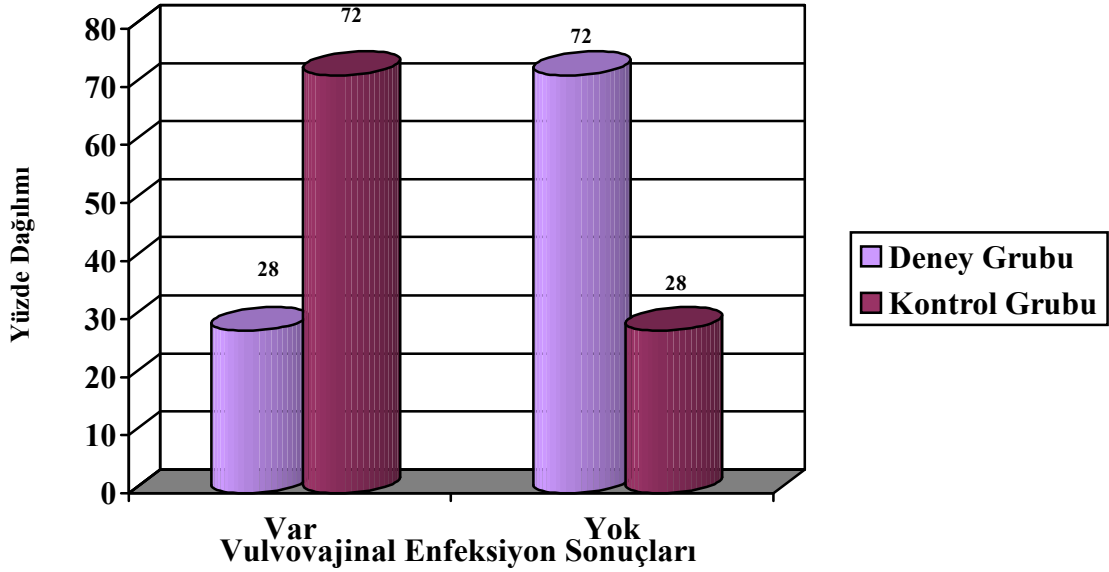
Haftalık Cinsel İlişki Sıklığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
RİA Öncesi Haftalık Cinsel İlişki Sıklığı		
Bir kez	44	22.0
İki kez	98	49.0
Üç kez veya Daha Fazla	58	29.0
TOPLAM	200	100.0

Tablo 13’ de Kadınların RİA taktirmedan önce haftada cinsel ilişki sıklığına göre dağılımı incelenmiştir.

Araştırmaya katılan tüm kadınların %49’ unun haftada iki kez cinsel ilişkide bulunduğu belirlenmiştir (Tablo13).

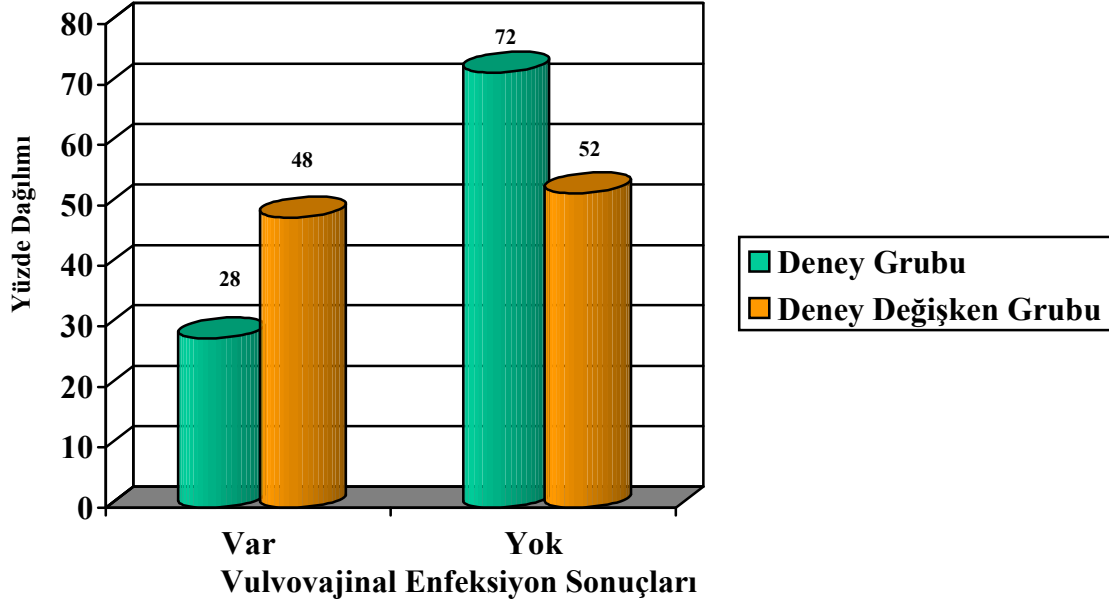
3.2. KADINLARDA VULVOVAJİNAL ENFEKSİYON GÖRÜLMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde kadınlarda vulvovajinal enfeksiyon görülmesine ilişkin bulgular açıklanmıştır



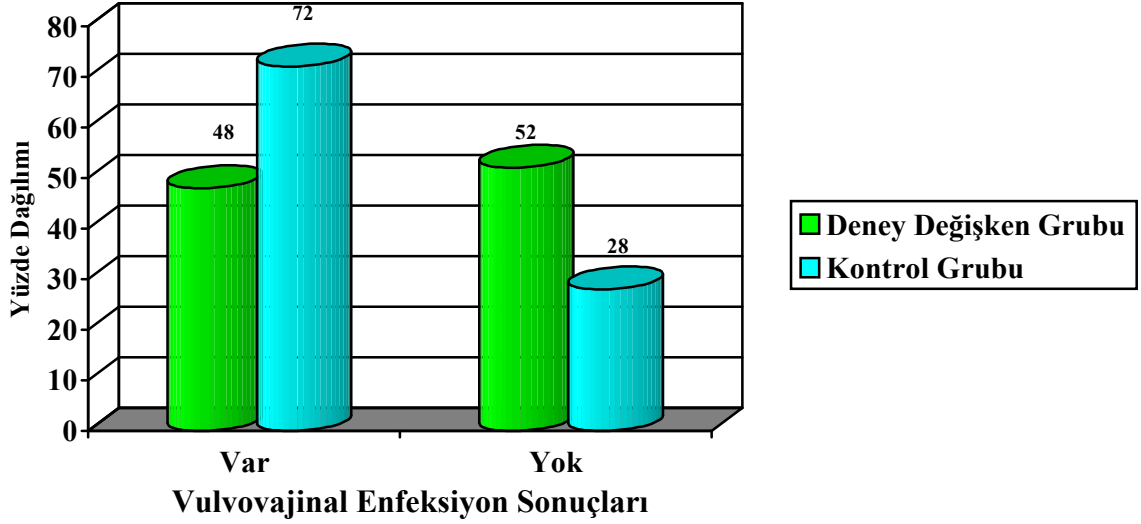
Grafik 1: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Birinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı

Grafik 1 de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki kadınların birinci izlemde vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığına bakıldığında; deney grubundaki kadınların %28' inde, kontrol grubundaki kadınların ise % 72' sinde vulvovajinal enfeksiyon olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 24.613$ $p< 0.05$).



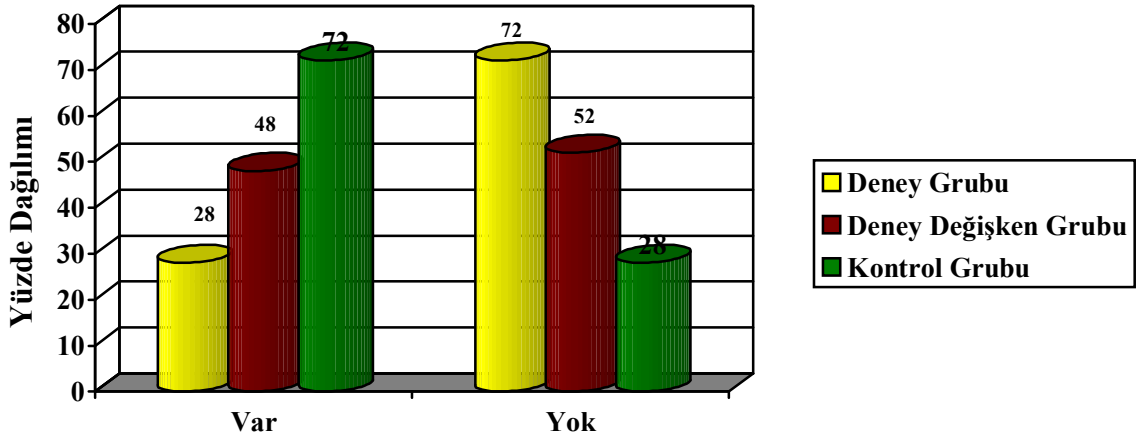
Grafik 2: Deney ve Deney Değişken Grubundaki Kadınların Birinci İzlemede Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı (n=100)

Grafik 2’ de deney ve deney değişken grubundaki kadınların birinci izlemede vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığına göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki kadınların %28’ inde, deney değişken grubundaki kadınların %48’ inde vulvovajinal enfeksiyon olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 3.43$ $p<0.05$).



Grafik 3: Deney Değişken ve Kontrol Grubundaki Kadınların Birinci İzlemede Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı (n=200)

Deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların birinci izlemede vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığına göre dağılımı grafik 3 de gösterilmiştir. Deney değişken grubundaki kadınların %48' inde, kontrol grubundaki kadınların %72' sinde vulvovajinal enfeksiyon olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki bu fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 7.324$ $p< 0.05$) .



Vulvovajinal Enfeksiyon Sonuçları

Grafik 4: Deney, Deney Değişken ve Kontrol Grubundaki Kadınların Birinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı (n=200)

Grafik 4’ de deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların birinci izlemde vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığına göre dağılımı verilmiştir. Deney grubundaki kadınların %28’ inde, deney değişken grubundaki kadınların % 48’ inde, kontrol grubundaki kadınların %72’ sinde vulvovajinal enfeksiyon olduğu görülmektedir. Yapılan çok gözlü ki-kare analizde üç grub arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=27.394$ $p<0.05$). Bu farkın kontrol grubundan geldiği belirlenmiştir. Kontrol grubu dışarıda bırakıldığında deney ve deney değişken yüzdesi arasında tekrar ki kare analizi yapılmıştır. Yapılan istatistik analizi sonucunda deney ve deney değişken grupları vulvovajinal enfeksiyon görülme durumları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=3.43$ $p<0.05$). Enfeksiyon görülme yüzdesi incelendiğinde, deney değişken grubunun enfeksiyon olma yüzdesi deney grubundaki kadınlardan daha fazladır.

Tablo 14: RİA Uygulamasından Sonra Birinci İzlemde Kadınlarda Görülen Vulvovajinal Enfeksiyonların Tiplerine Göre Dağılımı

Vulvovajinal Enfeksiyonlar	Deney Grubu		Deney Değişken Grubu		Kontrol Grubu		Toplam Grup	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
	(n=50)	(%)	(n=50)	(%)	(n=100)	(%)	(n=200)	(%)
Bakteriyel Vaj.	14	100.0	19	79.2	51	70.8	83	75.5
Kandida	-	-	5	20.8	12	16.6	18	16.4
Trikomonas	-	-	-	-	5	6.9	5	4.5
Miks Enf.	-	-	-	-	4	5.5	4	3.6
TOPLAM*	14	100.0	24	100.0	72	100.0	110	100.0

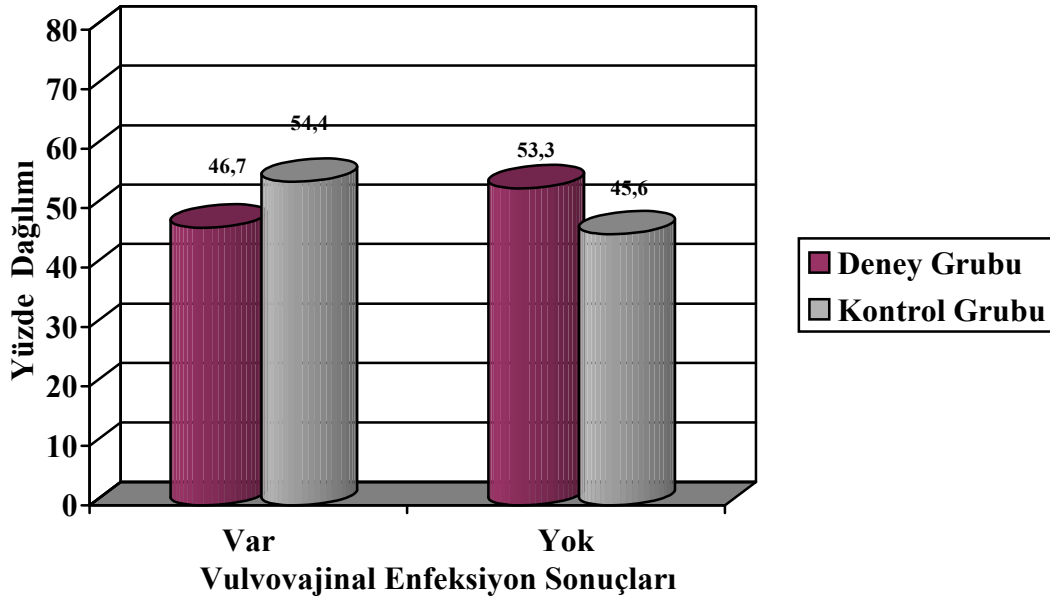
* Vulvovajinal enfeksiyon görülen Deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların sayı ve yüzdesi

Tablo 14’ de RİA uygulandıktan sonraki birinci izlemde vulvovajinal enfeksiyon görülen kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonların tiplerine göre dağılımı görülmektedir.

Deney grubunda vulvovajinal enfeksiyon görülen kadınların (14), %100’ ünde bakteriyel vajinozis saptanmıştır.

Deney değişken grubunda vulvovajinal enfeksiyon görülen kadınların(24), %79.2’ inde bakteriyel vajinozis, % 20.8’ inde vajinal kandida belirlenmiştir.

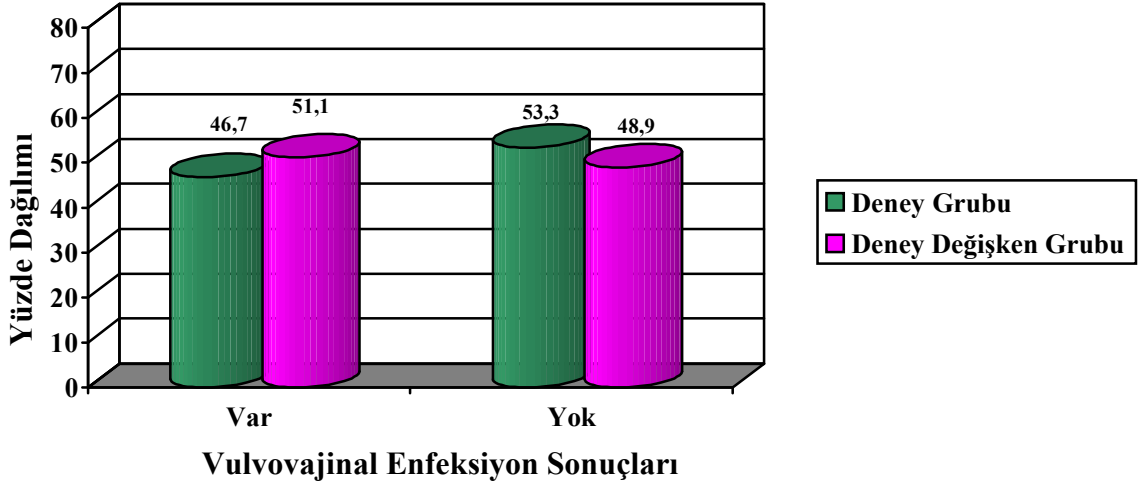
Kontrol grubunda vulvovajinal enfeksiyon görülen kadınların (72) %79.8’ inde bakteriyel vajinozis, %16.6’ inde vajinal kandida, %16.9’ unda vajinal trikomonas, %5.5’ inde miks enfeksiyon saptanmıştır (Tablo 14). Tüm kadınlar arasında en yaygın oranla görülen vulvovajinal enfeksiyon tipi %75.5 oranla bakteriyel vajinozistir.



Grafik 5: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların İkinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı (n=150)

Grafik 5 incelendiğinde, deney ve kontrol grubundaki kadınların ikinci izlemde vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığına göre dağılımı yer almaktadır.

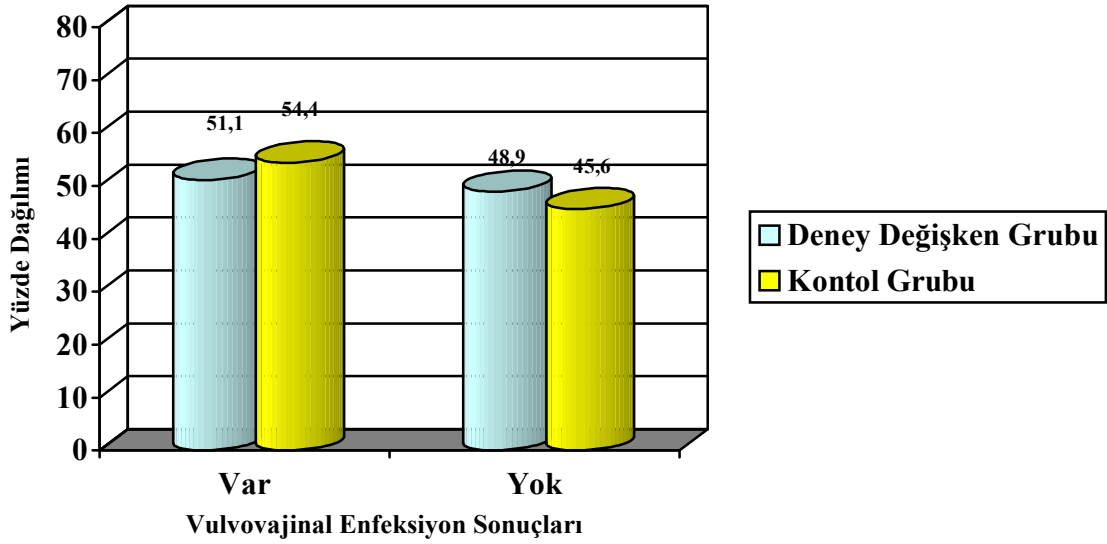
Deney grubundaki kadınların %46.7' sinde, kontrol grubundaki kadınların %54.4' ünde vulvovajinal enfeksiyon olduğu tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($X^2= 0.449$ $p> 0.05$).



Grafik 6: Deney ve Deney Değişken Grubundaki Kadınların İkinci İzlemede Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı (n=100)

Grafik 6’ da deney ve deney değişken grubundaki kadınların ikinci izlemede vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığına göre dağılımı yer almaktadır.

Deney grubundaki kadınların %46.7’ inde, deney değişken grubundaki kadınların %51.1’ inde vulvovajinal enfeksiyon olduğu saptanmıştır (Grafik 6). Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki bu fark anlamlı bulunmamıştır ($X^2= 0.044$ $p>0.05$).



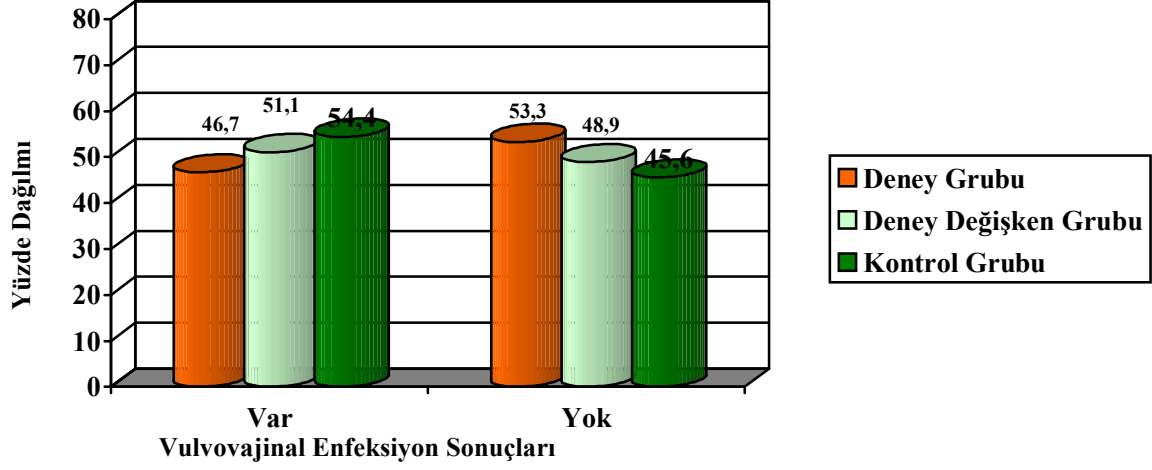
Grafik 7: Deney Değişken ve Kontrol Grubundaki Kadınların İkinci İzlemede Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı (n=150)

Grafik 7’ de deney ve deney değişken grubundaki kadınların ikinci izlemede vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığına göre dağılımı yer almaktadır.

Deney değişken grubundaki kadınların %51.1’ inde, kontrol grubundaki kadınların %54.4’ ünde vulvovajinal enfeksiyon olduğu saptanmıştır (Grafik 7).

Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki bu fark anlamlı bulunmamıştır

($X^2= 0.033$ $p> 0.05$)



Grafik 8: Deney, Deney Değişken ve Kontrol Grubundaki Kadınların İkinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Sıklığına Göre Dağılımı

Grafik 8 incelendiğinde deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların ikinci izlemde vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığına göre dağılımı yer almaktadır.

Deney grubundaki kadınların %46.7' sinde, deney değişken grubundaki % 51.1' inde, kontrol grubundaki kadınların %54.4' ünde vulvovajinal enfeksiyon olduğu saptanmıştır (Grafik 8). Yapılan istatistiksel analizde aradaki bu fark anlamlı bulunmamıştır ($X^2= 0.734$ $p>0.05$).

Tablo 15: RİA Uygulandıktan Sonra Yapılan İkinci İzlemde Kadınlarda Görülen Vulvovajinal Enfeksiyonların Dağılımı (n=200)

Vulvovajinal enfeksiyonlar	Deney Grubu		Deney Değişken Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM	
	Sayı n=45	Yüzde %	Sayı n=45	Yüzde %	Sayı n=45	Yüzde %	Sayı n=45	Yüzde %
Bakteriyel Vajinozis	14	66.7	18	81.8	36	73.5	68	74.2
Vajinal Kandida	6	28.6	2	9.1	2	4.1	10	10.8
Vajinal Trikomonas	-	-	-	-	-	-	-	-
Miks Enfeksiyon	1	4.7	2	9.1	11	22.4	14	15.0
TOPLAM*	21	100.0	22	100.0	49	100.0	93	100.0

*** Vulvovajinal enfeksiyon görülen deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların sayısı ve yüzdesi**

Tablo 15' de RİA uygulandıktan sonra yapılan ikinci izlemde kadınlarda görülen vulvovajinal enfeksiyonların dağılımı görülmektedir.

Tüm kadınların %74.2' sinde bakteriyel vajinozis, % 10.8' inde vajinal kandidiazis, %15' inde ise miks enfeksiyon görülmektedir.

Deney grubundaki kadınların %66.7' sinde bakteriyel vajinozis, %28.6' sında vajinal kandida, %4.7' sinde miks enfeksiyon saptanmıştır. Deney değişken grubundaki kadınların %81.8' inde bakteriyel vajinozis, %9.1' inde vajinal kandida, %9.1' inde miks enfeksiyon saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınlarda ise %73.5' inde bakteriyel vajinozis, %4.1' inde vajinal kandida, %22.4' ünde miks enfeksiyon saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 16: Deney Grubundaki Kadınların Birinci İzlemde ve İkinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarına Göre Dağılımı

Birinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Durumu	İkinci İzlemde Vulvovajinal enfeksiyon Görülme Durumu					
	Var		Yok		TOPLAM	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	2	14.3	12	85.7	14	31.1
Yok	19	61.3	12	38.7	31	68.9
TOPLAM *	21	46.7	24	53.3	45	100.0

*Deney grubundaki kadınların 5 tanesi kanamalı veya gelmedikleri için ikinci izlem yapılmamıştır

$$X^2=1.161 \text{ (McNemar)} \quad P= 0.281$$

Tablo 16’ da deney grubundaki kadınların birinci izlemde ve ikinci izlemde vulvovajinal enfeksiyon görülme durumlarının dağılımı görülmektedir.

Deney grubundaki kadınların birinci izlemde %31.1’ inde, ikinci izlemde ise %46.7’ sinde vulvovajinal enfeksiyon belirlenmiştir (Tablo 16). Ancak istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 17: Deney Değişken Grubundaki Kadınların Birinci İzlemde ve İkinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarına Göre Dağılımı

Birinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Durumu	İkinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Durumu					
	Var		Yok		TOPLAM	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	11	50.0	11	50.0	22	48.9
Yok	12	52.2	11	47.8	23	51.1
TOPLAM	23	51.1	22	48.9	45	100.0

*Değişken grubundaki kadınların 5 tanesi kanamalı veya gelmedikleri için ikinci izlem yapılmamıştır

McNemar Exact P= 1.000

Tablo 17' de deney değişken grubundaki kadınlarında birinci izlemde ve ikinci izlemde vulvovajinal enfeksiyon görülme durumlarının dağılımı görülmektedir.

Tablo 17' de deney değişken grubundaki kadınların birinci izlemde %48.9' unda, ikinci izlemde ise %51.1'inde vulvovajinal enfeksiyon belirlenmiş olup istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 18: Kontrol Grubundaki Kadınların Birinci İzlemde ve İkinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarına Göre Dağılımı

Birinci İzlemde Vulvovajinal Enfeksiyon Görülme Durumu	İkinci İzlemde Vulvovajinal enfeksiyon Görülme Durumu					
	Var		Yok		TOPLAM	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)
Var	30	47.6	33	52.4	63	70.0
Yok	19	70.4	8	29.6	27	30.0
TOPLAM	49	54.4	41	45.6	90	100.0

***Kontrol grubundaki kadınların 10 tanesi kanamalı veya gelmedikleri için**

ikinci izlem yapılmamıştır

$$X^2=3.250 \text{ (McNemar) } \quad p=0.071$$

Tablo 18' de kontrol grubundaki kadınların birinci izlemde ve ikinci izlemde vulvovajinal enfeksiyon görülme durumlarına göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 18' de kontrol grubundaki kadınların birinci izlemde %70' inde, ikinci izlemde ise %54.4' ünde vulvovajinal enfeksiyon belirlenmiş olup istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.3. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE VULVOVAJİNAL ENFEKSİYON GÖRÜLME İLİŞKİSİNE YÖNELİK BULGULAR

Tüm kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre birinci ve ikinci izlemde vulvovajinal enfeksiyon görülme ilişkisi tablo 19,20,21,22,23,24' de görülmektedir.

Tablo 19: Deney Grubunda Birinci İzlemdaki Kadınların Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Vajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarının Dağılımı

Sosyo- Demografik Özellikleri	DENEY GRUBU					
	Enf. Var		Enf. Yok		TOPLAM	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadının Yaşı						
15- 24 yaş	6	42,9	11	30,6	17	34,0
25-34 yaş	6	42,9	17	47,2	23	46,0
35-44 yaş	2	14,2	8	22,2	10	20,0
TOPLAM	14	100,0	36	100,0	50	100,0
$X^2= 0,808$ sd= 2 p>0,05						
Eğitim Durumu						
İlkokul Mezunu	7	50,0	20	55,6	27	54,0
Ortaokul Mezunu	3	21,4	7	19,4	10	20,0
Lise ve Yük.Ok. Mezunu	4	28,6	9	25,0	13	26,0
TOPLAM	14	100,0	36	100,0	50	100,0
$X^2= 0,127$ sd= 2 p>0,05						
Gelir Durumu						
Gelir ve gider denk	11	78,6	28	77,8	39	78,0
Gelir gidere göre az	3	21,4	8	22,2	11	22,0
TOPLAM	14	100,0	36	100,0	50	100,0
$X^2= 0,00$ sd= 1 p>0,05						
Toplam Gebelik Sayısı						
Bir gebelik	7	50,0	20	55,6	27	54,0
İki gebelik	3	21,4	7	19,4	10	20,0
Üç gebelik ve daha fazla	4	28,6	9	25,0	13	26,0
TOPLAM	14	100,0	36	100,0	50	100,0
$X^2=2,015$ sd= 2 p>0,05						
İlk Evlenme Yaşı						
20 yaş ve altı	11	78,6	26	72,2	37	74,0
21 yaş ve üstü	3	21,4	10	27,8	13	26,0
TOPLAM	14	100,0	36	100,0	50	100,0
$X^2= 0,211$ sd= 1 p>0,05						
Haftalık İlişki Sıklığı						
Haftada bir kez	5	20,8	5	19,2	10	20,0
Haftada iki kez	10	41,7	12	46,2	22	44,0
Haftada üç kez ve daha fazla	9	37,5	9	34,6	18	36,0
TOPLAM	24	100,0	26	100,0	50	100,0
$X^2= 0,267$ sd= 1 p>0,05						
Sigara Kullanma						
Sigara kullanıyor	3	21,4	10	27,8	13	26,0
Sigara kullanmıyor	11	78,6	26	72,2	37	54,0
TOPLAM	14	100,0	36	100,0	50	100,0
$X^2= 0,211$ sd= 1 p>0,05						
BKİ						
Normal	8	57,1	24	66,7	32	64,0
Şişman	6	42,9	12	33,3	18	36,0
TOPLAM	14	100,0	36	100,0	50	100,0
$X^2= 0,397$ sd= 1 p>0,05						

Tablo 19' da deney grubunda birinci izlemedeki kadınların bazı sosyo- demografik özelliklerine göre vajinal enfeksiyon görülme durumlarının dağılımı görülmektedir.

Tablo 19' da deney grubundaki kadınların yaş gruplarına göre vulvovajinal enfeksiyon görülme durumları incelendiğinde; 25-34 yaş grubundaki kadınların %42.9' unda vulvovajinal enfeksiyon görüldüğü saptanmıştır. Yapılan analizlerde yaş grubu ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 19' da deney grubundaki kadınların eğitim durumlarına göre vulvovajinal enfeksiyon görülme durumları belirtilmiştir. İlkokul mezunu kadınların %50' sinde, ortaokul mezunu olanların %21.4' ünde, lise ve yüksekokul mezunu kadınların ise %28.6' sında vulvovajinal enfeksiyon saptanmıştır. Yapılan analizde eğitim durumları ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 19 incelendiğinde gebelik sayısı arttıkça vulvovajinal enfeksiyon görülme yüzdesinde artış görülmektedir. Ancak kadınların gebelik sayısı ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınların ilk evlenme yaşına göre vajinal enfeksiyon görülme durumları incelendiğinde; deney grubundaki 20 yaş veya daha küçük yaşta evlilik yapan kadınların %78.6' sında vulvovajinal enfeksiyon görülmüştür. Kadınların evlenme yaşı ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 19' da kadınların gelir, haftalık cinsel ilişki sıklığı, sigara içme durumu ve BKİ vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 20: Deney Değişken Grubunda Birinci İzlemdeki Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Vajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarının Dağılımı

Sosyo- Demografik Özellikleri	DENEY DEĞİŞKEN GRUBU					
	Enf. Var		Enf. Yok		TOPLAM	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadının Yaşı						
15- 24 yaş	7	29,2	8	30,8	15	30,0
25-34 yaş	11	45,8	12	46,2	23	46,0
35-44 yaş	6	25,0	6	23,0	12	24,0
TOPLAM	24	100,0	26	100,0	50	100,0
$X^2= 0,03$ sd= 2 p>0,05						
Eğitim Durumu						
İlkokul Mezunu	17	70,8	13	50,0	30	60,0
Ortaokul Mezunu	5	20,8	6	23,1	11	22,0
Lise ve Yük.Ok. Mezunu	2	8,4	7	26,9	9	18,0
TOPLAM	24	100,0	26	100,0	50	100,0
$X^2= 0,263$ sd= 1 p>0,05						
Gelir Durumu						
Gelir ve gider denk	14	58,3	17	65,4	31	62,0
Gelir gidere göre az	10	41,7	9	34,6	19	38,0
TOPLAM	24	100,0	26	100,0	50	100,0
$X^2= 0,257$ sd= 1 p>0,05						
Toplam Gebelik Sayısı						
Bir gebelik	4	16,7	5	19,2	9	18,0
İki gebelik	9	37,5	8	30,8	17	34,0
Üç gebelik ve daha fazla	11	45,8	13	50,0	24	48,0
TOPLAM	24	100,0	26	100,0	50	100,0
$X^2=0,257$ sd= 4 p>0,05						
İlk Evlenme Yaşı						
20 yaş ve altı	17	70,8	20	76,9	37	74,0
21 yaş ve üstü	7	29,2	6	23,1	13	26,0
TOPLAM	24	100,0	26	100,0	50	100,0
$X^2= 0,241$ sd= 1 p>0,05						
Haftalık İlişki Sıklığı						
Haftada bir kez	2	14,3	7	19,4	9	18,0
Haftada iki kez	8	57,1	18	50,0	26	52,0
Haftada üç kez ve ↑	4	28,6	11	30,6	15	30,0
TOPLAM	14	100,0	36	100,0	50	100,0
$X^2= 0,102$ sd= 2 p>0,05						
Sigara Kullanma						
Sigara kullanıyor	6	45,8	6	23,1	12	24,0
Sigara kullanmıyor	18	54,2	20	76,9	38	76,0
TOPLAM	24	100,0	26	100,0	50	100,0
$X^2= 0,025$ sd= 1 p>0,05						
BKİ						
Normal	11	45,8	13	50,0	24	48,0
Şişman	13	54,2	13	50,0	26	52,0
TOPLAM	24	100,0	26	100,0	50	100,0
$X^2= 0,087$ sd= 1 p>0,05						

Tablo 20' de deney değişken grubunda birinci izlemdeki kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre vajinal enfeksiyon görülme durumlarının dağılımı görülmektedir.

Tablo 20' de deney değişken grubundaki kadınların yaş gruplarına göre vulvovajinal enfeksiyon görülme durumlarının dağılımı incelendiğinde; 25-34 yaş grubundaki kadınların %45.8' inde vulvovajinal enfeksiyon görüldüğü saptanmıştır. Yapılan analizde yaş grupları ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Deney değişken grubundaki kadınların eğitim durumlarına göre vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı incelendiğinde; ilkokul mezunu kadınların %70.8' inde, vulvovajinal enfeksiyon görüldüğü saptanmıştır (Tablo 20). Yapılan analizde eğitim durumları ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 20 incelendiğinde deney değişken grubundaki kadınların gebelik sayısı arttıkça vulvovajinal enfeksiyon görülme yüzdesinde artış görülmektedir. Ancak kadınların gebelik sayısı ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınların ilk evlenme yaşı ve enfeksiyon görülme durumu incelendiğinde; deney grubundaki 20 yaş veya daha küçük yaşta evlilik yapan kadınların %70.8' inde vulvovajinal enfeksiyon daha fazladır. Kadınların ilk evlenme yaşı ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 20' de görüldüğü gibi kadınların gelir durumu, haftalık cinsel ilişki sıklığı, sigara içme durumları ve BKİ ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında yapılan ayrı ayrı istatistik analizlerinde bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 21: Kontrol Grubunda Birinci İzlemdaki Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Vajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarının Dağılımı

Sosyo- Demografik Özellikleri	KONTROL GRUBU					
	Enf. Var		Enf. Yok		TOPLAM	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadının Yaşı						
15- 24 yaş	22	30,6	10	35,8	32	32,0
25-34 yaş	34	47,2	12	42,9	46	46,0
35-44 yaş	16	22,2	6	21,3	22	22,0
TOPLAM	72	100.0	28	100.0	100	100,0
$X^2= 0,257$ sd= 2 p>0,05						
Eğitim Durumu						
İlkokul Mezunu	40	55,6	17	60,7	57	57,0
Ortaokul Mezunu	15	20,8	6	21,4	21	21,0
Lise ve Yük.Ok. Mezunu	17	23,6	5	17,9	22	22,0
TOPLAM	72	100.0	28	100.0	100	100,0
$X^2= 0,401$ sd= 1 p>0,05						
Gelir Durumu						
Gelir ve gider denk	35	48,6	15	53,6	50	50,0
Gelir gidere göre az	37	51,4	13	46,4	50	50,0
TOPLAM	72	100.0	28	100.0	100	100,0
$X^2= 0,050$ sd= 1 p>0,05						
Toplam Gebelik Sayısı						
Bir gebelik	14	19,4	10	35,7	24	24,0
İki gebelik	23	31,9	6	21,4	29	29,0
Üç gebelik ve daha fazla	35	48,7	12	42,9	47	47,0
TOPLAM	72	100.0	28	100.0	100	100,0
$X^2= 3,134$ sd= 2 p>0,05						
İlk Evlenme yaşı						
20 yaş ve altı	57	79,2	18	64,3	75	75,0
21 yaş ve üstü	15	20,8	10	35,7	25	25,0
TOPLAM	72	100.0	28	100.0	100	100,0
$X^2= 1,653$ sd= 1 p>0,05						
Haftalık İlişki Sıklığı						
Haftada bir kez	19	26,3	7	25,0	26	26,0
Haftada iki kez	31	43,1	10	35,7	41	41,0
Haftada üç kez ve ↑	22	30,6	11	39,3	33	33,0
TOPLAM	72	100.0	28	100.0	100	100,0
$X^2= 0,746$ sd= 2 p>0,05						
Sigara Kullanma						
Sigara kullanıyor	19	26,4	8	28,6	27	27,0
Sigara kullanmıyor	53	73,6	20	71,4	73	73,0
TOPLAM	72	100.0	28	100.0	100	100,0
$X^2= 0,00$ sd= 1 p>0,05						
BKİ						
Normal	28	38,9	13	46,4	41	41,0
Şişman	44	61,1	15	53,6	59	59,0
TOPLAM	72	100.0	28	100.0	100	100,0
$X^2= 0,213$ sd= 1 p>0,05						

Tablo 21’ de Kontrol grubunda birinci izlemdeki kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre vajinal enfeksiyon görülme durumlarının dağılımı görülmektedir.

Tablo 21’ de kontrol grubundaki kadınların yaş gruplarına göre vulvovajinal enfeksiyon görülme durumları incelendiğinde; 25-34 yaş grubundaki kadınların %47.2’ sinde vulvovajinal enfeksiyon. görüldüğü saptanmıştır. Yapılan analizde yaş grupları ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki kadınların eğitim durumlarına göre vulvovajinal enfeksiyon görülme durumu incelendiğinde; ilkokul mezunu kadınların %55.6’ sında vulvovajinal enfeksiyon görüldüğü saptanmıştır (Tablo 21). Yapılan analizde eğitim durumları ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 21’ de kadınların gelir durumuna göre enfeksiyon görülme durumu incelendiğinde; gelir giderden az olan kontrol grubundaki kadınların %51.4’ ünde vulvovajinal enfeksiyon görülmüştür. Gelir durumu ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınlar ilk evlenme yaşına göre incelendiğinde; kontrol grubundaki 20 yaş veya daha küçük yaşta evlilik yapan kadınların %79.2’ sinde vulvovajinal enfeksiyon belirlenmiştir (Tablo 21). Kadınların ilk evlenme yaşı ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 21’ de görüldüğü gibi kontrol grubu kadınların gelir, haftalık cinsel ilişki sıklığı, sigara içme durumları ve BKİ ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 22: Deney Grubu İkinci İzlemdaki Kadınların Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Vajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarının Dağılımı

Sosyo- Demografik Özellikleri	DENEY GRUBU					
	Enf. Var		Enf. Yok		TOPLAM*	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadının Yaşı						
15- 24 yaş	9	42,9	6	25,0	15	33,3
25-34 yaş	8	38,1	12	50,0	20	44,5
35-44 yaş	4	19,0	6	25,0	10	22,2
TOPLAM	21	100.0	24	100.0	45	100,0
$X^2= 1,612$ sd= 2 p>0,05						
Eğitim Durumu						
İlkokul Mezunu	13	62,0	13	54,2	26	57,8
Ortaokul Mezunu	4	19,0	4	16,7	8	17,8
Lise ve Yük.Ok. Mezunu	4	19,0	7	29,1	11	24,4
TOPLAM	21	100.0	24	100.0	45	100,0
$X^2= 0,621$ sd= 1 p>0,05						
Gelir Durumu						
Gelir ve gider denk	16	76,2	21	87,5	37	82,2
Gelir gidere göre az	5	23,8	3	12,5	8	17,8
TOPLAM	21	100.0	24	100.0	45	100,0
$X^2= 0,980$ sd= 1 p>0,05						
Toplam Gebelik Sayısı						
Bir gebelik	8	38,1	5	20,8	13	28,9
İki gebelik	4	19,0	7	29,2	11	24,4
Üç gebelik ve daha fazla	9	44,5	12	50,0	21	46,7
TOPLAM	21	100.0	24	100.0	45	100,0
$X^2= 1,757$ sd= 2 p>0,05						
İlk Evlenme Yaşı						
20 yaş ve altı	14	66,7	19	79,2	33	73,3
21 yaş ve üstü	7	33,3	5	20,8	12	26,7
TOPLAM	21	100.0	24	100.0	45	100,0
$X^2= 0,895$ sd= 1 p>0,05						
Haftalık İlişki Sıklığı						
Haftada bir kez	2	9,5	6	25,0	8	17,8
Haftada iki kez	13	61,9	10	41,7	23	51,1
Haftada üç kez ve ↑	6	28,6	8	33,3	14	31,1
TOPLAM	21	100.0	24	100.0	45	100,0
$X^2= 0,339$ sd= 2 p>0,05						
Sigara Kullanma						
Sigara kullanıyor	4	19,0	8	33,3	12	26,7
Sigara kullanmıyor	17	81,0	16	66,7	33	73,3
TOPLAM	21	100.0	24	100.0	45	100,0
$X^2= 1,165$ sd= 1 p>0,05						
BKİ						
Normal	12	57,1	16	66,7	28	62,2
Şişman	9	42,9	8	33,3	17	37,8
TOPLAM	21	100.0	24	100.0	45	100,0
$X^2= 0,432$ sd= 1 p>0,05						

Tablo 22' de deney grubunda ikinci izlemdeki kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre vajinal enfeksiyon görülme durumlarının dağılımı görülmektedir.

Tablo 22' de deney grubundaki kadınların yaş gruplarına göre vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı incelendiğinde; 25-34 yaş grubundaki kadınların %42.9' unda vulvovajinal enfeksiyon görüldüğü saptanmıştır. Yapılan analizde yaş grupları ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Deney grubundaki kadınların eğitim durumlarına göre vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı incelendiğinde; ilkokul mezunu kadınların %61.9' unda vulvovajinal enfeksiyon görüldüğü saptanmıştır (Tablo 22). Yapılan analizde eğitim durumları ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) .

Kadınların gelir durumu incelendiğinde; gelir gidere denk olan deney grubundaki kadınların % 76.2' sinde vulvovajinal enfeksiyon görülmüştür (Tablo 22). Gelir durumu ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) .

Tablo 22 incelendiğinde gebelik sayısı arttıkça vulvovajinal enfeksiyon görülme yüzdesinde artış görülmektedir. Ancak kadınların gebelik sayısı ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 22' de deney grubundaki kadınlarda ilk evlenme yaşı, cinsel ilişki sıklığı, sigara içme durumu ve BKİ ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 23: Deney Değişken Grubunda İkinci İzlemdeki Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Vajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarının Dağılımı

Sosyo- Demografik Özellikleri	DENEY DEĞİŞKEN GRUBU					
	Enf. Var		Enf. Yok		TOPLAM	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadının Yaşı						
15- 24 yaş	9	39,1	5	22,7	14	31,1
25-34 yaş	8	34,8	11	50,0	19	42,2
35-44 yaş	6	26,1	6	27,3	12	26,7
TOPLAM	23	100.0	22	100.0	45	100,0
$X^2= 1,595$ sd= 1 p>0,05						
Eğitim Durumu						
İlkokul Mezunu	14	60,9	13	59,1	27	60,0
Ortaokul Mezunu	5	21,7	4	98,2	9	20,0
Lise ve Yük.Ok. Mezunu	4	17,4	5	22,7	9	20,0
TOPLAM	23	100.0	22	100.0	45	100,0
$X^2= 0,237$ sd= 2 p>0,05						
Gelir Durumu						
Gelir ve gider denk	16	69,6	13	59,1	29	64,4
Gelir gidere göre az	7	30,4	9	40,9	16	35,6
TOPLAM	23	100.0	22	100.0	45	100,0
$X^2= 0,538$ sd= 1 p>0,05						
Toplam Gebelik Sayısı						
Bir gebelik	6	26,1	3	13,6	9	20,0
İki gebelik	8	34,8	6	27,3	14	31,1
Üç gebelik ve daha fazla	9	39,1	13	59,1	22	48,9
TOPLAM	23	100.0	22	100.0	45	100,0
$X^2=1,192$ sd= 1 p>0,05						
İlk Evlenme Yaşı						
20 yaş ve altı	18	78,3	17	77,3	35	77,8
21 yaş ve üstü	5	21,7	5	22,7	10	22,0
TOPLAM	23	100.0	22	100.0	45	100,0
$X^2= 0,006$ sd= 1 p>0,05						
Haftalık İlişki Sıklığı						
Haftada bir kez	4	17,4	5	22,7	9	20,0
Haftada iki kez	10	43,5	10	45,5	20	44,4
Haftada üç kez ve ↑	9	39,1	7	31,8	16	35,6
TOPLAM	23	100.0	22	100.0	45	100,0
$X^2= 2,572$ sd= 2 p>0,05						
Sigara Kullanma						
Sigara kullanıyor	5	21,7	7	31,8	12	26,7
Sigara kullanmıyor	18	78,3	15	68,2	33	73,3
TOPLAM	23	100.0	22	100.0	45	100,0
$X^2= 0,584$ sd= 1 p>0,05						
BKİ						
Normal	9	39,1	14	63,6	23	51,1
Şişman	14	60,9	8	36,4	22	48,9
TOPLAM	23	100.0	22	100.0	45	100,0
$X^2= 2,702$ sd= 1 p>0,05						

Tablo 23' de deney değişken grubunda ikinci izlemdeki kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre vajinal enfeksiyon görülme durumlarının dağılımı görülmektedir.

Tablo 23' de deney değişken grubundaki kadınların yaş gruplarına göre vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı incelendiğinde; 15-24 yaş grubundaki kadınların %39.1' inde vulvovajinal enfeksiyon görüldüğü saptanmıştır. Yapılan analizde yaş grupları ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Deney değişken grubundaki kadınların eğitim durumlarına göre vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı incelendiğinde; ilkokul mezunu kadınların %60.9' unda, vulvovajinal enfeksiyon görüldüğü saptanmıştır (Tablo 23). Yapılan analizde eğitim durumları ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınların gelir durumu incelendiğinde; geliri gidere denk olan deney değişken grubundaki kadınların %69.6' sında vulvovajinal enfeksiyon görülmüştür (Tablo 23). Gelir durumu ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 23 incelendiğinde gebelik sayısı arttıkça vulvovajinal enfeksiyon görülme yüzdesinde artış görülmektedir. Kadınların gebelik sayısı ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 23' de, kadınların haftalık cinsel ilişki sıklığı, ilk evlenme yaşı, sigara içme durumları ve BKİ ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 24: Kontrol Grubunda İkinci İzlemdaki Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Vajinal Enfeksiyon Görülme Durumlarının Dağılımı

Sosyo- Demografik Özellikleri	KONTROL GRUBU					
	Enf. Var		Enf. Yok		TOPLAM	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadının Yaşı						
15- 24 yaş	15	30,6	14	34,1	29	32,2
25-34 yaş	22	44,9	20	48,8	42	46,7
35-44 yaş	12	24,5	7	17,1	19	21,1
TOPLAM	49	100.0	41	100.0	90	100,0
$X^2= 0,740$ sd= 2 p>0,05						
Eğitim Durumu						
İlkokul Mezunu	32	65,3	21	51,2	53	58,9
Ortaokul Mezunu	10	20,4	6	14,6	16	17,8
Lise ve Yük.Ok. Mezunu	7	14,3	14	34,1	21	23,3
TOPLAM	49	100.0	41	100.0	90	100,0
$X^2= 4,94$ sd= 2 p>0,05						
Gelir Durumu						
Gelir ve gider denk	24	49,0	22	53,7	46	51,1
Gelir gidere göre az	25	51,0	19	46,3	44	48,9
TOPLAM	49	100.0	41	100.0	90	100,0
$X^2= 0,196$ sd= 1 p>0,05						
Toplam Gebelik Sayısı						
Bir gebelik	13	26,5	10	24,4	23	25,6
İki gebelik	14	28,6	13	31,7	27	30,0
Üç gebelik ve daha fazla	22	44,9	18	43,9	40	44,4
TOPLAM	49	100.0	41	100.0	90	100,0
$X^2= 0,118$ sd= 2 p>0,05						
İlk Evlenme yaşı						
20 yaş ve altı	35	71,4	31	75,6	66	73,3
21 yaş ve üstü	14	28,6	10	24,4	24	26,7
TOPLAM	49	100.0	41	100.0	90	100,0
$X^2= 0,043$ sd= 1 p>0,05						
Haftalık İlişki Sıklığı						
Haftada bir kez	12	24,4	10	24,4	22	24,4
Haftada iki kez	21	42,9	16	39,0	37	41,2
Haftada üç kez ve ↑	16	32,7	15	36,6	31	34,4
TOPLAM	49	100.0	41	100.0	90	100,0
$X^2= 0,180$ sd= 1 p>0,05						
Sigara Kullanma						
Sigara kullanıyor	13	26,5	10	24,4	23	25,6
Sigara kullanmıyor	36	73,5	31	75,6	67	74,4
TOPLAM	49	100.0	41	100.0	90	100,0
$X^2= 0,000$ sd= 1 p>0,05						
BKİ						
Normal	19	38,8	17	41,5	36	40,0
Şişman	30	61,2	24	58,5	54	60,0
TOPLAM	49	100.0	41	100.0	90	100,0
$X^2= 0,02$ sd= 1 p>0,05						

Tablo 24' de kontrol grubunda ikinci izlemdeki kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre vajinal enfeksiyon görülme durumlarının dağılımı görülmektedir.

Tablo 24' de kontrol grubundaki kadınların yaş gruplarına göre vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı incelendiğinde; 25-34 yaş grubundaki kadınların %44.9' unda vulvovajinal enfeksiyon görüldüğü saptanmıştır. Yapılan analizde yaş durumları ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki kadınların eğitim durumlarına göre vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı incelendiğinde; ilkokul mezunu kadınların %65.3' ünde vulvovajinal enfeksiyon görüldüğü saptanmıştır (Tablo 24). Yapılan analizde eğitim durumları ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınların gelir durumu incelendiğinde; geliri giderden az olan kontrol grubundaki kadınların %51' inde vulvovajinal enfeksiyon görülmüştür (Tablo 24). Ancak gelir durumu ile vulvovajinal enfeksiyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 23 incelendiğinde gebelik sayısı arttıkça vulvovajinal enfeksiyon görülme yüzdesinde artış görülmektedir. Kadınların gebelik sayısı ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 24' de kadınların haftalık cinsel ilişki sıklığı, ilk evlenme yaşı, sigara içme durumları ve BKİ ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel açıdan ilişki olmadığı saptanmamıştır ($p>0.05$).

3.4.KADINLARIN GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞLARI KONTROL LİSTESİNE GÖRE ÖN TEST VE SON TEST DAVRANIŞ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan deney grubu kadınlara araştırmacı tarafından vulvovajinal enfeksiyonlardan korunma amacıyla olumlu genital hijyen davranışı geliştirmeye yönelik eğitim verilmeden önce ve verildikten sonra yine araştırmacı tarafından geliştirilen genital hijyen davranışları kontrol listesi uygulanmıştır. Tablo 25,26,27 ‘ de eğitim öncesi ve eğitim sonrası GHDKL puanlarına ilişkin sonuçlar görülmektedir.

Tablo 25 :Deney Grubu Kadınların GHDKL' inin Madde Puan Dağılımları

Genital Hijyen Davranışları	Deney Grubu		
	Ön test $\bar{X} \pm SS$	Son test $\bar{X} \pm SS$	Test ve P Değeri
Tuvalete girmeden önce ellerimi su ve sabunla yıkarım	2,52±0,27	3,06±0,18	t =-5,22 p= 0,000
Taharetlenmeyi idrar yaptığım bölgeden büyük abdestimi yaptığım bölgeye doğru yaparım	3,23±0,28	4,71±0,14	t =-4,603 p=0,00
Dış üreme organlarımı kuru tutmak için taharetlendikten sonra tuvalet kağıdı ile kurularım	3,45±0,24	4,28±0,16	t =-3,542 p=0,00
Külotumu değiştirmek için kirlenmesini beklemem, her gün değiştiririm	3,23±0,21	4,05±0,15	t =-5,844 p=0,00
Külotum pamuklu kumaştaadır	4,41±0,15	4,89±0,05	t =-3,03 p=0,00
Külotlarımı ütülerim	1,47±0,15	1,80±0,16	t =-2,05 p=0,46
Adet zamanlarında hazır ped veya bez kullanırım	4,04±0,18	4,73±0,09	t =-3,79 p=0,00
Adetliyken kullandığım ped veya bezi 3-4 saatte bir değiştiririm	3,34±0,20	4,03±0,14	t =-4,87 p=0,00
Adet zamanlarımda duş şeklinde banyo yaparım	2,19±0,22	4,19±0,22	t =-7,58 p=0,00
Pis kokulu akıntım olduğunda kılıf(kondom) kullanmasını isterim	3,30±0,29	3,68±0,24	t =-2,506 p=0,01
Pis kokulu akıntım olduğunda doktora giderim	4,13±0,23	4,58±0,16	t =-0,147 p=0,148
Cinsel organlarımda kaşıntı olursa hemen doktora giderim	4,26±0,22	4,86±0,09	t =-2,87 p=0,00
Cinsel ilişkide ağrı veya kanama olduğunda doktora giderim	4,32±0,21	4,95±0,03	t =-3,11 p=0,00
Her cinsel ilişkiden önce ellerimi yıkarım	2,04±0,23	3,07±0,18	t =-8,00 p=0,00
Cinsel ilişkiden önce cinsel bölgemi yıkarım	2,17±0,25	2,89±0,19	t =-6,92 p=0,00
Cinsel ilişkiden sonra haznemin içini yıkarım	3,95±0,26	1,95±0,25	t =5,43 p=0,00

Tablo 25' de deney grubundaki kadınların GHDKL' sinin Madde Öntest ve Sontest Puan Dağılımları görülmektedir.

Araştırmaya katılan deney grubu kadınların öntest ve sontest davranış puan ortalamaları iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testleri ile ayrı ayrı incelenmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda tüm maddelerde ön test puanları ile son test puanları arasında fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Ancak "külotların ütülenmesi" ve "pis kokulu akıntı olduğunda doktora gitme" ile ilgili davranışlarda olumlu olarak bir değişim görülse de bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 26: Deney Değişken Grubu Kadınların GHDKL' inin Madde Puan Dağılımları

Genital Hijyen Davranışları	Deney Değişken Grup		
	Ön test $\bar{X} \pm SS$	Son test $\bar{X} \pm SS$	Test ve P Değeri
Tuvalete girmeden önce ellerimi su ve sabunla yıkarım	2,60±0,23	2,63±0,22	t=-1,000 p=0,323
Taharetlenmeyi idrar yaptığım bölgeden büyük abdestimi yaptığım bölgeye doğru yaparım	3,00±0,29	3,02±0,29	t=-1,431 p=0,1603
Dış üreme organlarımı kuru tutmak için taharetlendikten sonra tuvalet kağıdı ile kurularım	3,33±0,24	3,35±0,24	t=-1,00 p=0,323
Külotumu değiştirmek için kirlenmesini beklemem, her gün değiştiririm	3,35±0,24	3,48±0,23	t=-1,431 p=0,323
Külotum pamuklu kumaştandır	3,97±0,19	4,04±0,19	t=-1,665 p=0,103
Külotlarımı ütülerim	1,33±0,14	1,33±0,14	- -
Adet zamanlarında hazır ped veya bez kullanırım	3,95±0,18	4,00±0,18	t=-1,138 p=0,261
Adetliyken kullandığım ped veya bezi 3-4 saatte bir değiştiririm	3,28±0,23	3,28±0,23	t=0,000 p=1,000
Adet zamanlarımda duş şeklinde banyo yaparım	3,17±0,27	3,22±0,27	t=-1,000 p=0,323
Pis kokulu akıntım olduğunda kılıf(kondom) kullanmasını isterim	3,24±0,29	3,28±0,28	t=-1,431 p=0,160
Pis kokulu akıntım olduğunda doktora giderim	3,46±0,27	3,51±0,27	t=-0,573 p=0,570
Cinsel organlarımda kaşıntı olursa hemen doktora giderim	3,62±0,28	3,71±0,26	t=-1,431 p=0,160
Cinsel ilişkide ağrı veya kanama olduğunda doktora giderim	3,68±0,27	3,68±0,27	- -
Her cinsel ilişkiden önce ellerimi yıkarım	2,26±0,25	2,26±0,25	- -
Cinsel ilişkiden önce cinsel bölgemi yıkarım	2,66±0,26	2,73±0,25	t=-1,354 p=0,183
Cinsel ilişkiden sonra haznemin içini yıkarım	4,20±0,24	4,22±0,23	t=-1,000 p=0,323

Tablo 26' da deney değişken grubundaki kadınların GHDKL' inin Madde Puan Dağılımları görölmektedir.

Araştırmaya katılan deney değişken grubundaki kadınların öntest ve sontest davranış puan ortalamaları, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile ayrı ayrı incelenmiştir. Tablo 26' da görüldüğü gibi tüm davranış maddelerinin öntest ve sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak hiç bir anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo27: Kontrol Grubu Kadınların GHDKL' inin Madde Puan Dağılımları

Genital Hijyen Davranışları	Kontrol Grubu		
	Ön test $\bar{X} \pm SS$	Son test $\bar{X} \pm SS$	Test ve P Değeri
Tuvalete girmeden önce ellerimi su ve sabunla yıkarım	2,27±0,16	2,28±0,16	t=-1,000 p= 0,320
Taharetlenmeyi idrar yaptığım bölgeden büyük abdestimi yaptığım bölgeye doğru yaparım	2,56±0,20	2,63±0,19	t=-1,918 p=0,658
Dış üreme organlarımı kuru tutmak için taharetlendikten sonra tuvalet kağıdı ile kurularım	3,27±0,19	3,28±0,19	t =1000 p=0,320
Külotumu değiştirmek için kirlenmesini beklemem, her gün değiştiririm	3,25±0,17	3,38±0,16	t =2,416 p=0,183
Külotum pamuklu kumaştandır	4,53±0,10	4,54±0,10	t=-1,000 p=0,320
Külotlarımı ütülerim	1,14±0,06	1,14±0,16	- -
Adet zamanlarında hazır ped veya bez kullanırım	4,21±0,11	4,22±0,11	t=2,035 p=0,453
Adetliyken kullandığım ped veya bezi 3-4 saatte bir değiştiririm	3,20±0,15	3,15±0,15	t=-2,416 p=0,183
Adet zamanlarımda duş şeklinde banyo yaparım	2,38±0,18	2,40±0,18	t=-1,000 p=0,320
Pis kokulu akıntım olduğunda kılıf(kondom) kullanmasını isterim	3,02±0,19	3,04±0,19	t=-1,000 p=0,320
Pis kokulu akıntım olduğunda doktora giderim	3,33±0,18	3,34±0,18	t=-1,422 p=0,158
Cinsel organlarımda kaşıntı olursa hemen doktora giderim	3,00±0,20	3,01±0,20	t=-1,000 p=0,320
Cinsel ilişkide ağrı veya kanama olduğunda doktora giderim	3,17±0,20	3,20±0,20	t=-1,422 p=0,158
Her cinsel ilişkiden önce ellerimi yıkarım	2,05±0,16	2,05±0,16	-
Cinsel ilişkiden önce cinsel bölgemi yıkarım	2,22±0,17	2,24±0,17	t=-1,422 p=0,158
Cinsel ilişkiden sonra haznemin içini yıkarım	3,64±0,19	3,67±0,19	t=-1,000 p=0,320

Tablo 27' de kontrol grubundaki kadınların GHDKL' inin Madde Puan Dağılımları görülmektedir.

Araştırmaya katılan kontrol grubundaki kadınların öntest ve sontest davranış puan ortalamaları, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile ayrı ayrı incelenmiştir. Tablo 27' de görüldüğü gibi tüm davranış maddelerinin öntest ve sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak hiç bir anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. KADINLARA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLERİN İNCELENMESİ

4.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 28.80 ± 6.58 'dir. Araştırma örneklemine alınan kadınların yarıdan fazlasının (%57) ilkokul mezunu oldukları belirlenmiştir. Tüm kadınların %82' sinin çalışmadıkları belirlenmiştir (Tablo6).

Evlenmenin yaygın olduğu ve doğumların hemen hemen hepsinin evlilik içinde gerçekleştiği ülkemizde, gebelik riski altına girmenin başlangıcı anlamına gelen ilk evlenme yaşı önemli bir demografik göstergedir. Erken yaşta evliliklerin riskleri olarak güvensiz cinsel ilişki, adolesan gebelikler, gebelik sayısında artış, düşük, kürtajların daha fazla görülmesi, GYE' ların görülmesi riskini beraberinde getirmektedir (23, 89). Bu çalışmada 20 yaş ve daha küçük yaşta evlenmiş olan kadınların (%74,5) yukarıdaki risklerden etkilenebileceği düşünülmüştür (Tablo 6). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre ortanca ilk evlenme yaşı 25-49 yaşındaki kadınlarda 20.0 olarak bulunmuştur. Ortanca evlenme yaşı yerleşim yeri, bölge ve eğitim düzeyine göre farklılıklar göstermektedir. Orta Anadolu bölgesinde ortanca ilk evlenme yaşı 19.1' dir (105). Orta Anadolu bölgesinin bir ilinde yapılan bu çalışmada ise kadınların için belirlenen ilk evlenme yaşı ortancası 19.0 bulunmuştur. Bu çalışma ile İç Anadolu bölgesinde ki evlenme yaşı benzerlik göstermektedir (Tablo 6).

Kadınların eşlerinin %60' ının 26-35 yaşlar arasında olduğu, %37' sinin ilkokul mezunu olduğu, büyük bir kısmının işçi olarak çalıştığı saptanmıştır (Tablo7).

4.1.2 Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmaya katılan kadınlar büyük çoğunluğunun (%69) 13 yaş veya daha küçük yaşlarda mensturasyon gördüklerini belirtmişlerdir. Kadınlar için mensturasyon yaş ortalamasının 13.10 ± 1.49 olarak saptanmıştır (Tablo 8). Türkiye’de ve yurt dışında yapılan çalışmalarda menarş yaşı ortalaması 12 ile 13.7 arasında değiştiği saptanmıştır (100). Tekgül’ ün yapmış olduğu çalışmasında menarş yaş ortalaması 13.3 ± 1.3 olarak belirlenmiştir (97). Araştırma grubundaki menarş yaş ortalaması literatür verilerine paralellik göstermektedir.

Ülkemizde toplam doğurganlık hızı yıllara göre düşme eğilimi göstermektedir. Toplam doğurganlık hızı 1983’ de 4.05 iken, 1993’te 2.7’ ye, 1998’ de 2.6’ ya, 2003’ de 2.23’ e düşmüştür (105). Ancak bu hız, yerleşim yeri ve bölgelere göre farklılıklar göstermektedir; kırsal bölgelerde yaşayan kadınlarda 2.06 iken kentsel yerleşim yerlerinde 2.65’ dir. Yine Doğu’ da 3.65 olan bu hız Batı’ da 1.88’ e düşmektedir (105). Bu araştırmada kadınların ortalama gebelik sayısı $2,6 \pm 1.47$ olarak bulunmuştur. Orta Anadolu bölgesinde toplam doğurganlık hızı 1.86’ dir (105). Araştırma kapsamındaki kadınların yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2.1 ± 1.15 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada kadınların gebelik ve çocuk sayısı değerleri, Orta Anadolu bölgesi gebelik ve çocuk sayısı değerleri ile benzer değildir. Doğu Anadolu da yaşayan kadınların ortalama gebelik sayılarına benzerlik göstermektedir.(Tablo 8). Kadınların eşlerinin büyük bir kısmının işçi olarak çalışmak amacıyla Doğu Anadoludan Kayseri’ ye gelmiş olması doğurganlık sayısında etkili olduğu düşünülmüştür.

Ülkemizde toplam doğurganlık hızının yüksek olduğu bölgelerde kadınların büyük çoğunluğunun eğitim düzeyi düşük olup, erken yaşta evlenmekte ve çalışmamaktadır. Erken yaşta evlilikler toplam doğurganlık sayısının da artışına

neden olmaktadır. Gebelik sayısında artış istenmeyen gebeliklere düşük ve kürtaja yol açarak genital yol enfeksiyonlarının görülmesinde neden olmaktadır (17, 23, 29). Bu araştırmada kadınların eğitim düzeylerinin düşük olması, erken yaşta evlilikler ve doğurganlık özellikleri, ülke genelinin bir yansıması olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada kadınlarda CYBH ve GYE' nin yaygın görülebileceği beklenen bir durumdur.

TNSA 2003 araştırma verilerine göre, kadınların %10' unun istemsiz düşük yaptığı, %11.3' ünün isteyerek düşük yaptırdığı saptanmıştır (105). Bu araştırmada kadınların %16.5' inin istemsiz düşük yaptığı, %23' ünün istemli düşük yaptıkları belirlenmiştir. Kadınların istemsiz düşük ortalaması 1.83 ± 0.37 ve istemli düşük yaptırma ortalaması 1.13 ± 0.34 ' dür (Tablo 8). Düşük yapma davranışlarında ülke geneline göre fazladır Tüm kadınların %60.9' u 13 ay veya daha fazla bir süre önce istemli düşük yaptıklarını ve %56.5' i istemli düşüklerini doğum evinde gerçekleştirdiklerini ifade etmişlerdir. Kadınların geleneksel uygulamalara başvurmayıp istemli düşüklerini sağlık personeli yardımı ile sağlık kuruluşunda gerçekleştirmeleri sevindirici bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

İstemsiz ve istemli düşük yaptıran kadınların vajinal enfeksiyona yakalanma riskini daha fazla olacağı düşünülmüştür. Literatürde de , jinekolojik enfeksiyonların doğurgan yaşta kadınların üreme sağlığına ilişkin sorunları arasında öncelikli olarak yer aldığı ve yaygın bir biçimde görüldüğü bildirilmektedir (15, 23, 42).

4.1.3. Kadınların Önceden Kullandıkları Gebeliği Önleyici Yöntemlere İlişkin Bulgularının İncelenmesi

Kadınların yarısının daha önceki yıllarda RİA taktırdıkları, çok azının RİA' yı (%5) beş yıldan daha az kullandıkları ve yarıya yakınının da (%41) akıntı nedeni ile RİA' yı bıraktığı belirlenmiştir (Tablo 9). Ülkemiz' de yapılan bazı araştırmalarda

AÇS/ AP merkezlerinde kadınların RİA kullanma davranışları incelenmiştir. Çelik ve arkadaşları (2005), Sivas' ta yürüttükleri araştırmada, kadınların RİA' yı 2-5 yıl süre kullandıkları ve %37.5' inin yan etkilerinden dolayı bıraktıklarını saptamışlardır (22). Yanikkerem ve arkadaşları (2005), Manisa' da yaptıkları araştırmada, kadınların %40.7' sinin kanama, ağrı, enfeksiyon gibi tıbbi nedenlerle RİA' yı bıraktığını saptamışlardır (114). Pasinlioğlu ve arkadaşlarının (2003) gerçekleştirdiği çalışmada, kadınların %85.7' si RİA' yı bırakmada neden olarak fazla kanamayı, %30.9' u ise enfeksiyonu neden olarak belirtmişlerdir. Bu kadınlar arasında RİA' yı 1-5 yıl süreyle kullanan oranı %56.8' dir (67). Türkiye' nin farklı bölgelerinde yapılan benzer çalışmalarda da, RİA' ın bırakılma nedenleri olarak akıntı ve ağrı en yaygın nedenler olarak saptanmıştır (33,104,120). Tüm bu çalışmalarda kadınların RİA' yı benzer nedenlerle bıraktıkları görülmüştür. Özellikle RİA' nın kullanım süresi 10 yıl iken kadınların bir yıl veya en fazla beş yıl içinde RİA' yı çıkartmaları ve özellikle akıntı, kanama ve ağrı nedenleri ile bırakmalarında, RİA takılmadan önce kadının eksiksiz biçimde tıbbi öyküsünün alınmaması, akıntıya mikroskop altında bakılıp uygun tedavinin verilmemesi, RİA'nın öğrenim rehberine göre takılmaması veya RİA sonrası kadınlara danışmanlığın yeterli yapılmaması ve genital hijyene yönelik sağlık eğitiminin verilmemesinin neden olabileceği düşünülebilir.

Araştırmada, kadınlara RİA takılmadan önce, geriye dönük üç aylık sürede gebelikten nasıl korundukları sorulmuştur. Tüm kadınların %51' i RİA taktırmadan önce geriçekme yöntemini kullandıklarını ifade etmişlerdir. Deney grubundaki kadınların %42' si, deney değişken grubundaki kadınların %54' ü ve kontrol grubundaki kadınların %54' ü gebelik önleyici yöntemi olarak geri çekme kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 10). Araştırmada kadınların özellikle RİA

takılmadan önce geri çekme yöntemini en fazla tercih etmelerinde neden olarak, eşlerinin kondom kullanmayı istememeleri ve hap gibi sürekliliği olan bir yönteme başlamama görüşünde olabilecekleri düşünülmüştür.

4.1.4.Kadınların Son Bir Yıl İçinde Yaşadıkları Jinekolojik Yakınmalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Türk toplumunda kadınlar arasında jinekolojik yakınmalar oldukça yaygındır. En yaygın yakınmalar GYE yönelik yakınmalardır. Araştırmalarda kadınların %52-92'sinin GYE' den yakındıkları rapor edilmiştir (29, 23, 42, 52, 78).

Tablo 11 incelendiğinde, kadınların RİA takılmadan önceki bir yıllık dönemde jinekolojik yakınmalara göre dağılımı gösterilmektedir. Kadınların %8.5' inde süt keşiği tarzında bir akıntı, %22.5' inde idrar yaparken yanma, %26.5' inde cinsel ilişki sırasında ağrı, %6.5' inde cinsel ilişki sonrasında kanama olduğu belirlenmiştir. Kadınların yarıya yakını (%41) sürekli devam eden bir akıntı olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 11).

Şahin (1998) Trabzon ilinde yaptığı araştırmada, RİA taktırmak üzere başvuran 420 kadın üzerinde yürüttüğü araştırmasında, kadınların %26.2' sinde kaşıntı, %18.3' ünde idrar yaparken yanma, %26.9' unda ilişki sırasında ağrı, %7.8' inde ilişki sırasında kanama olduğunu saptamıştır (89). Özkan yapmış olduğu bir başka çalışmada, kadınların %67.5' inin normalden farklı akıntısı olduğunu saptamıştır (63). Bu çalışma ile Şahin' in çalışması karşılaştırıldığında cinsel ilişki sırasında ağrı, cinsel ilişki sonrası kanama yakınma yaygınlığı benzer, vulvada kaşıntı (%8.5) oranı daha az, idrar yaparken yanma oranı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 12 incelendiğinde deney ve deney değişken grubundaki kadınların jinekolojik yakınma sıklığının düşük olduğu buna karşılık kontrol grubundaki kadınların jinekolojik yakınmalarının yüksek olduğu fark edilmektedir. Araştırmanın

deseni gereği araştırmacı RİA taktirmek üzere polikliniğe başvuran kadınların deney, deney değişken ve kontrol grubu olarak randimizasyonunu sağladıktan sonra deney, deney değişken grubuna RİA' ya yönelik genel danışmanlık basamaklarını gerçekleştirirken kadınlara akıntısı olup olmadığına yönelik sorular yöneltmiştir. Enfeksiyon belirtilerini net ifade edenleri ve muayene sonucuna göre enfeksiyonu olan kadınları araştırma dışı bırakmıştır. Jinekolojik yakınmaların kontrol grubundaki kadınlarda deney, deney değişken grubuna göre girişim öncesinde daha fazla oranda bulunmasının nedeni araştırmacı ve sağlık personelinin RİA uygulama öncesinde olgu seçiminde enfeksiyon riski belirlemede yaklaşımlarının farklılığından kaynaklandığı olarak düşünölmüştür.

Kadınların son bir yıl içinde akıntı yakınması ile ilişkili bakım alma davranışları incelendiğinde, kadınların %63.4' ünün tedavi için doktora gittiği ve tümüne hekimin tedavi amacı ile ilaç önerdiği saptanmıştır. Buna göre kadınların %75' inin 2-6 ay önce ilaç kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 12).

şahin (1998) Trabzon da yapmış olduğu çalışmasında da son bir yılda kadınların %64' ünün akıntısı olup, %42.5' inin tedavi olduğunu saptamıştır. şahin bu çalışmasında RİA kullanan kadınlarda vajinal akıntı yakınma sıklığını RİA kullanmayanlara göre 1.75 kez daha fazla bulmuştur (89). Bulut ve arkadaşları (1995) alışmalarında kadınların %56' sının hekime anormal akıntı yakınması ile başvurduklarını belirtmişlerdir (16). Araştırmada kadınlarda belirlenen akıntı yakınma yaygınlığı şahin, Bulut ve arkadaşlarının kadınlarda saptadıkları akıntı yaygınlığı ile benzer bulunmuştur.

Deney ve deney değişken grubundaki kadınların tamamının, kontrol grubundaki kadınların ise %97.5' inin eşlerinde GYE yönelik bir şikayeti olmadığı belirlenmiştir (Tablo 12).

4.1.5. Kadınların RİA Taktirmeden Önce Haftalık Cinsel İlişki Sıklığının İncelenmesi

Sık cinsel ilişki sıklığı, cinsel ilişki sonrası temizlik enfeksiyonu artıran nedenlerden birisi olduğu belirtilmektedir (1, 9, 48, 65, 79). Araştırmaya katılan tüm kadınların %49' unun haftada iki kez cinsel ilişkide bulunduğu belirlenmiştir (Tablo13). Kadınlar için belirlenen cinsel ilişki sıklığı üreme sağlığı ve riskleri önlenmesi açısından uygun görülen bir sıklıktadır.

4.2. KADINLARDA VULVOVAJİNAL ENFEKSİYON GÖRÜLMESİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Bu bölümde kadınların vulvovajinal enfeksiyon görülmesine ilişkin bulgular açıklanmıştır.

Enfeksiyon RİA' nın en önemli komplikasyonlarından birisidir. Kadınlarda RİA uygulandıktan sonraki ilk 28 günlük dönemde oluşan enfeksiyonun RİA' nın uygulanma koşullarından kaynaklandığı belirtilmektedir. Yapılan araştırma sonuçları da bu görüşü desteklemektedir (33, 41, 91, 92).

Bu araştırmada deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınlarda birinci izlemde vulvovajinal enfeksiyon görülme durumu incelenmiştir. Deney grubundaki kadınların %28' inde, kontrol grubundaki kadınların %72' sinde ilk izlemde vulvovajinal enfeksiyon geliştiği belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 24.613$ $p< 0.05$). Deney grubunda vulvovajinal enfeksiyon görülme oranı kontrol grubuna göre daha azdır (Grafik 1). Deney grubundaki kadınlarda enfeksiyon görülme oranının kontrol grubuna göre daha düşük oranda bulunması, deney grubuna araştırmacı tarafından RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA takması ve uygulamadan sonra vajinal enfeksiyonlara ve genital hijyen

davranışlarına yönelik sağlık eğitimi verilmesi, diğer bir deyişle araştırma girişiminin etkisi ile açıklanabilir.

Eroğlu ve arkadaşlarının (2003) Ankara’ da postplasental ve erken pospartum rahim içi araç (RİA) uygulamaları ile postpuerperal ve interval RİA uygulamalarının etkililik ve komplikasyonlar incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada RİA takıldıktan sonra I. doktor kontrolü sonucunda deney grubundaki kadınların %45’ ninde, kontrol grubundaki kadınların %66.7’ sinde enfeksiyon olduğu saptanmıştır (33). Lago ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmalarında, RİA takıldıktan bir ay sonra kadınların %29.1’ inde serviko-vajinal enfeksiyon görüldüğünü saptamışlardır. RİA ile serviko-vajinal enfeksiyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuşlardır (55).

Grafik 2’ de görüldüğü gibi deney grubundaki kadınların %28’ inde, deney değişken grubundaki kadınların %48’ inde ilk izlemde vulvovajinal enfeksiyon geliştiği belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 3.43$ p <0.05) . Deney grubundaki kadınlarda deney değişken grubundaki kadınlara oranla enfeksiyon görülme oranı daha düşüktür. Bu sonuçta, araştırmacının deney ve deney değişken grubuna RİA’ ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulaması ancak yalnızca deney grubuna vulvovajinal enfeksiyonlara ve genital hijyen davranışlarına yönelik sağlık eğitimi vermesi biçimindeki araştırma girişiminin etkisi ile açıklanabilir. Bu da RİA takılan kadınlarda enfeksiyon gelişiminin engelenmesinde kadınlarda olumlu genital hijyen davranışları geliştirmede hemşirenin vereceği sağlık eğitiminin etkisini ve önemini açıkça göstermiştir.

Deney değişken grubundaki kadınların %48’ inde, kontrol grubundaki kadınlara göre %72’ sinde ilk izlemde vulvovajinal enfeksiyon geliştiği belirlenmiştir (Grafik 3). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 7.324$ p<0.05).

Deney değişken grubundaki kadınlarda kontrol grubundaki kadınlara göre vulvovajinal enfeksiyon görölmesi daha azdır. Bu sonuçta araştırmacının deney değişken grubundaki kadınlara RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulaması, kontrol grubuna ise kurum içinde alışıl gelmiş uygulamalarla RİA takılmasının etkisi olabileceği düşünölmüştür.

Araştırmacı tarafında “ RİA özel danışmanlık ilkesine” göre RİA takılan kadınlarda enfeksiyonun düşürölmesinde danışmanlığın etkisini ortaya koymuştur. Grafik 4 incelendiğinde, deney grubundaki kadınların %28' inde, deney değişken grubundaki kadınların %48' inde, kontrol grubundaki kadınların %72' sinde vulvovajinal enfeksiyon geliştieğini göstermektedir. Yapılan çok gözlü ki-kare analizde üç grub arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2= 27.394$ $p<0.05$). Bu farkın X^2 hesap değeri en büyük olan kontrol grubundan geldiği belirlenmiştir. Kontrol grubu dışarıda bırakıldığında deney ve deney değişken yüzdesi arasında tekrar ki kare analizi yapılmıştır. Yapılan istatistik analizi sonucunda deney ve deney değişken grupları vulvovajinal enfeksiyon görölme durumları arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($X^2= 3.43$ $p<0.05$). Enfeksiyon görölme yüzdesi incelendiğinde, deney değişken grubunun enfeksiyon olma yüzdesi deney grubundaki kadınlardan daha fazladır.

Bu değerler açıkca “RİA özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanması ve vulvovajinal enfeksiyonlarına yönelik koruyucu sağlık eğitimi verilmiş olmasının bazı dış değişkenler kontrol edilmemiş bile olsa enfeksiyon görölme oranını düşürdüğünü açıkca göstermiştir.

Bu sonuçlar, RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanan, deney ve deney değişken grubundaki kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonların gelişimi kontrol grubundaki kadınlara göre daha düşüktür,

2= RIA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RIA uygulanan, genital hijyen davranışı eğitimi alan deney grubu kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonların gelişimi kontrol grubundaki kadınlara göre daha düşüktür,

3= RIA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RIA uygulanan, deney ve deney değişken grubundaki kadınlarda vulvovajinal enfeksiyon gelişimi kontrol grubundaki kadınlara göre daha düşüktür" hipotezlerini kabul ettiğini göstermiştir.

RIA uygulanmasından sonraki birinci izlemde vulvovajinal enfeksiyon görülen kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonların tipleri incelendiğinde, tüm kadınlarda en yaygın vulvovajinal enfeksiyon tipi %75.5 oranla bakteriyel vajinozistir. Bunu ikinci sırada (%16.4) vajinal kandida izlemektedir. Deney grubundaki kadınların %100'ünde, deney değişken grubundaki kadınların %79.2' sinde, kontrol grubundaki kadınların ise %70.8' inde bakteriyel vajinozis, kontrol grubu kadınların %16.6' sinda, deney değişken grubu kadınların %20.8' inde vajinal kandida saptanmıştır (Tablo 14).

Literatüre göre; Vajinitis olguların %90' ından fazlasında en sık rastlananlar bakteriyel vajinozis (BV), vulvovajinal kandidiazis (VVC) ve trikomoniastir. Bakteriyel vajinozis görülme sıklığı %40 - %50, kandidiazis'in görülme sıklığı %20 - %30 ve trikomonias' ın görülme sıklığı %20 - %30 arasındadır (63). Bakteriyel vajinozisin farklı toplumlarda prevalansı incelendiğinde %5 ile %51.9 arasında değiştiği saptanmıştır. Aile planlaması kliniklerinde yürütülen bazı çalışmalarda ise bakteriyel vajinozis görülme sıklığı %17 ile %19 arasında belirlenmiştir (15, 42). Hodoglugil ve arkadaşlarının (2000) Trabzonda yaptığı çalışmada RIA kullanan kadınların %37.7' sinde bakteriyel vajinozis, %13.8' inde vajinal kandidiazis, %3.3' ünde vajinal trikomonas bulunmuştur (45). Türkiye' de yapılan bazı çalışmalarda

RİA kullanan kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonlarda en fazla bakteriyel vajinozis tesbit edilmiştir (24,49).

Harikarnpukdee ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu çalışmada RİA takılı olan kadınların %20.3'ünde bakteriyel vaginosis, %0.8'inde Vajinal Trikomonas, %13.4'ünde kandidiazis görülmüştür (43). Watcharotone ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada RİA kullanan kadınların %53.8'inde bakteriyel vajinozis görülmüştür (112). Loga ve arkadaşlarının (2003) Brezilya'da yaptıkları çalışmada RİA taktıran kadınlarda %19.7'inde bakteriyel vaginosis, %5.0'inde vajinal kandida olduğunu saptanmıştır (55). Joesoef ve arkadaşlarının (2001) yapmış olduğu çalışmada; kontraseptif yöntemler ile bakteriyel vajinozis ve STD prevalensin incelenmesinde, RİA kullanan kadınlarda vulvovajinal enfeksiyon görülme oranı %47.2'inde bakteriyel vajinozis olarak saptanmıştır (48). Dünyada yapılan çalışmalarda RİA'nın vulvovajinal enfeksiyonlara yatkınlığı artıran bir faktör olduğunu ve özellikle RİA ile BV görülmesi arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmişlerdir (1, 6, 9, 28, 44, 81, 96, 113). Bu çalışmalar ile ikinci izlem sonuçları benzerlik göstermektedir.

Gerek bu çalışmada gerekse diğer çalışmalar incelendiğinde vulvovajinal enfeksiyonlardan bakteriyel vajinozis'in yaygın görüldüğü belirlenmiştir. Bakteriyel vajinozisin etyolojisi incelediğinde; evlilik süresi, endokrin değişiklikler, oral kontraseptif kullanma, RİA, vajinal duş, menstrual hijyen, genital hijyen uygulamaları ve antibiyotik kullanımı sorumlu tutulmaktadır (62, 64, 107, 119). Bu çalışmada her üç grupta da bakteriyel vajinozis olgularının ortaya çıkmasında bu etmenlerden bir yada bir kaçının etkili yada sorumlu olabileceği düşünülmüştür.

Ayrıca gerek bu çalışmada gerek yürütülen diğer çalışmalarda vulvovajinal enfeksiyonların en fazla kontrol grubunda ortaya çıktığı farkedilmektedir. Bu

sonuçun nedenleri olarak RİA taktırmadan önce kadınların tıbbi hikayesinin dikkatli alınmaması, dezenfeksiyon kurallarına uyulmaması, akıntısı olan kadınlara RİA takılması ve RİA'nın öğrenim rehberindeki standartlara göre takılmaması ve RİA takıldıktan sonra kadınların hijyen kurallarına uygun RİA'nın iplerinin kontrol edilmemesi düşünülebilir.

Araştırma grubundaki kadınlar ilk izlemde, üç ay sonra ikinci izlem için merkeze davet edilmiştir. Kadınlara araştırmacı tarafından muayene, pH ve mikroskop incelemesi yapılarak tekrar vulvovajinal enfeksiyon görülme durumu değerlendirilmiştir.

Grafik 5' de görüldüğü gibi deney grubundaki kadınların %46.7' sinde, kontrol grubundaki kadınların %54.4' ünde vulvovajinal enfeksiyon olduğu tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=0.449$ $p>0.05$). Grafik 5' de gruplar arasındaki farkın anlamlı çıkmama nedeni olarak deney grubunun birinci aydan sonra (araştırmacının kontrolünde çıkabilmiş) kondom kullanmayı bırakması ve deney grubunda da birinci ayda enfeksiyon çıkan kişilere tıbbi tedavi verilmesi olarak düşünülmektedir. Deney grubunda vulvovajinal enfeksiyon görülme oranı kontrol grubuna göre daha azdır. Deney grubundaki kadınlarda kontrol grubuna göre enfeksiyon görülme sıklığının daha düşük oranda bulunmasında neden; deney grubuna araştırmacı tarafından RİA özel danışmanlık ilkesine göre RİA takılması ve uygulamadan sonra genital hijyen davranışlarına yönelik sağlık eğitimi verilmesi biçimindeki araştırma girişimlerin olumlu etkisinin izleme sürecine yansımaları olarak düşünülmüştür.

Deney grubundaki kadınların %46.7' sinde, deney değişken grubundaki kadınların %51.1' inde vulvovajinal enfeksiyon olduğu tespit edilmiştir (Gragik 6). Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=$

0.044 $p>0.05$). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmasada deney grubundaki kadınlarda deney değişken grubundaki kadınlara oranla enfeksiyon daha düşüktür. Bu sonuçta araştırmacının deney ve deney değişken grubuna RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulaması ancak yalnızca deney grubuna vulvovajinal enfeksiyonlara ve genital hijyen davranışlarına yönelik sağlık eğitimi vermesi biçimindeki araştırmacı girişiminde araştırmacının olgunlaşma etkisi olarak düşünülebilir (4).

Deney değişken grubundaki kadınların %51.1' inde, kontrol grubundaki kadınların %54.4' ünde vulvovajinal enfeksiyon olduğu tespit edilmiştir (Grafik 7). Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=0.033$ $p>0.05$). Grafik 7' de görüldüğü gibi yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmama nedeni olarak birinci ay sonunda verilen tıbbi tedavinin etkisi olduğu düşünülmüştür. İstatistiksel olarak fark görülme de deney değişken grubundaki kadınlarda kontrol grubundaki kadınlara göre vulvovajinal enfeksiyon görülmesi daha azdır. Bu sonuçta araştırmacının deney değişken grubundaki kadınlara RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulaması, kontrol grubuna ise kurum uygulamasına göre RİA uygulanmasının etkileri olduğu düşünülmüştür. Bu da araştırmacının RİA özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulamasının ve sağlık eğitiminin kadınlarda enfeksiyonu düşürme etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Grafik 8 incelendiğinde, deney grubundaki kadınların %46.7' sinde, deney değişken grubundaki %51.1' inde, kontrol grubundaki kadınların %54.4' ünde vulvovajinal enfeksiyon olduğu tespit edilmiştir (Grafik 8). Yapılan istatistiksel analizde anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=0.734$ $p>0.05$)

Bu değerler açıkca ‘RİA zel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanması ve vulvovajinal enfeksiyonlarına yönelik koruyucu sağlık eğitimi verilmiş olması enfeksiyon görülme oranını düşündüğünü açıkca göstermiştir.

Yazıcı (1995), Sivas bölgesinde yaptığı araştırmada RİA kullanan kadınların %50’ sinde patolojik vajinal akıntı saptamıştır (115). zkan (1998), İzmir’ de yaptığı araştırmada RİA kullanan kadınların %67.6’ sının vajinitise yakalandığını saptamıştır (63). şahin (1998) Trabzon bölgesinde yaptığı araştırmada RİA kullanan kadınların %58,1’ inde üreme yolu enfeksiyonu saptamıştır (89). Agarwal ve arkadaşları (2004) Hindistan’da yapmış oldukları çalışmada, RİA kullanan deney grubundaki kadınların %12’ sinde kontrol grubundaki kadınların %8’ inde bakteriyel vajinozis görüldüğünü, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (1). Anh ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada RİA kullanımının genital yol enfeksiyonlarının artmasına neden olduğunu belirtmişlerdir (6).

Tablo 15’ de RİA uygulandıktan sonra yapılan ikinci izlemde kadınlarda görülen vulvovajinal enfeksiyonların dağılımı görülmektedir. Tüm kadınların %74.2’ sinde bakterial vajinozis, %10.8’ inde vajinal kandida, %15’ inde miks enfeksiyon belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınların, %66.7’ sinde bakteriyel vajinozis, %28.6’ sinda vajinal kandida, %4.7’ sinde miks enfeksiyon saptanmıştır. Deney değişken grubundaki kadınların, %81.8’ inde bakteriyel vajinozis, %9.1’ inde vajinal kandida, %9.1’ inde miks enfeksiyon saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ise %73.5’ inde bakteriyel vajinozis, %4.1’ inde vajinal kandida, %22.4’ ünde miks enfeksiyon saptanmıştır (Tablo 15).

İkinci izlemde kontrol grubundaki kadınlarda vulvovajinal enfeksiyon görülme yüzdesi, deney ve deney değişken grubundaki kadınlara göre daha fazladır. Buda deney grubundaki kadınlara genital hijyen davranışlarına yönelik eğitimin

verilmesinin vulvovajinal enfeksiyonların daha az görülmesine neden olduğunu düşündürmüştür. Gruplar arası yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Grafik 8). Bu farkın görülmemesinin temel nedeni olarak birinci izlemde enfeksiyon görülen kadınlara tedavi verilmesi olarak düşünülmüştür. Bu sonuçlar; yine “1- RİA’ ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanan, deney ve deney değişken grubundaki kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonların gelişimi kontrol grubundaki kadınlara göre daha düşüktür. 2- RİA’ ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanan, genital hijyen davranışı eğitim alan deney grubu kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonların gelişimi deney değişken ve kontrol grubundaki kadınlara göre daha düşüktür” hipotezlerini doğrulamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların birinci ve ikinci izlem sonrası vulvovajinal enfeksiyon görülme durumları incelenmiştir.

Deney grubundaki kadınların birinci izlemde %31.1’ inde, ikinci izlemde ise %46.7’ sinde vulvovajinal enfeksiyon belirlenmiştir (Tablo 16). Deney değişken grubundaki kadınların birinci izlemde %48.9’ unda, ikinci izlemde ise %51.1’ inde vulvovajinal enfeksiyon saptanmıştır (Tablo 17). Kontrol grubundaki kadınların birinci izlemde %70’ inde, ikinci izlemde ise %54.4’ ünde vulvovajinal enfeksiyon belirlenmiştir (Tablo 18).

Araştırmada birinci izlem ile ikinci izlem sonuçları, incelendiğinde özellikle deney grubundaki kadınlarda, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınlara göre daha az vulvovajinal enfeksiyon görüldüğü belirlenmiştir. Deney grubunda ikinci izlemdeki enfeksiyon artışının nedeni olarak birinci ayda kadınların eşlerinin kondom kullanmasının istenmesi ve daha sonra kadınların bu kurala uymalarının istenmemesi ara değişkenlerin kontrol edilememesi olarak düşünülmektedir. Ancak diğer gruplara oranla deney grubundaki kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonların daha

az görülme nedenleri olarak; RİA takılmadan önce tıbbi hikayesinin RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre alınması, kadınların kanamasız olmaları, enfeksiyon olup olmadığı yönünde pH ve mikroskop incelemesinin yapılması, RİA' nın öğrenim rehberindeki standartlara göre takılması, RİA' nın iplerinin kontrol ettirilmemesi ve RİA sonrası kadınlara genital hijyen davranışlarına yönelik eğitim verilmesi vulvovajinal enfeksiyonlarının daha az görülmesinde neden olarak açıklanabilir. İkinci izlemde deney değişkende çok az bir artışın olmasının ise deney grubundan farklı olarak kadınlara RİA takıldıktan sonra genital hijyen davranışlarına yönelik eğitimin verilmemesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Kontrol grubu kadınların diğer iki gruba göre birinci ve ikinci izlemde daha fazla vulvovajinal enfeksiyon görülme nedeni olarak; RİA takılmadan önce tıbbi öyküsünün RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre alınmaması, kadınların kanamalı olmamaları ve enfeksiyon olup olmadığı yönünde pH ve mikroskop incelemesinin yapılmaması, RİA' nın öğrenim rehberindeki standartlara göre takılmaması, RİA' nın iplerinin kontrol ettirilmesi ve RİA sonrası kadınlara genital hijyen davranışlarına yönelik eğitim verilmemesi düşünülmektedir. Ancak deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınlar da yapılan analizde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir farkın olmaması, birinci ayda enfeksiyon tespit edilen kadınlara antibiyotik tedavisi başlanması ve ikinci izlem sonrasında enfeksiyon yüzdesinde anlamlı değişikliğin olmamasının beklendik bir sonuç olması ile yorumlanabilir.

4.3. DENEY, DENEY DEĞİŞKEN VE KONTROL GRUBU KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE VULVOVAJİNAL ENFEKSİYON GÖRÜLME DURUMLARININ İNCELENMESİ

Deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre birinci ve ikinci izlemde vulvovajinal enfeksiyon görülme ilişkisi tablo 19, 20, 21, 22, 23, 24' de görülmektedir.

Literatürde, genç yaş grubundaki kadınlarda üreme yolu enfeksiyonu görülme sıklığının anlamlı şekilde arttığına ilişkin çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (23, 29, 48, 55, 63, 89). Bu araştırmada birinci ve ikinci izlemde her üç grupta enfeksiyon görülme durumu ve yaş grubu ilişkisinin incelenmesi yapılan analizlerde yaş grupları ile vulvovajinal enfeksiyon görülme durumları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Ancak frekans dağılımları incelendiğinde artan yaşla birlikte GYE görülme sıklığında artış izlenmektedir. Özellikle kadınlarda 25- 34 yaş aralığında; en fazla gebeliklerin yaşandığı, cinsel ilişki sıklığının arttığı, düşük ve kürtajların daha fazla sayıda deneyimlendiği gözönüne alınacak olunursa bu gibi durumların bu yaş grubunda vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığını artıracakı düşünülebilir.

Tablo 19, 20, 21, 22, 23, 24' de görüldüğü gibi araştırmaya katılan kadınların (deney, deney değişken ve kontrol grubu) birinci ve ikinci izlemde yaş gruplarına göre vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı incelendiğinde; vulvovajinal enfeksiyonu olan kadınların yarısına yakınının 25-34 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan analizde yaş grupları ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Lago ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada bakteriyel vajinozisin en çok 25-29 yaşları arasında görüldüğünü saptamışlardır (55). Harikarnpukdee,

Watcharotone ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmada bakteriyel vajinozis ile yaş grupları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulmamışlardır (43, 112). Araştırmada bu sonucun çalışma grubu kadınların örneklem sayısının az olması ve toplumu temsil eden bir örneklem olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların birinci ve ikinci izlemde eğitim durumlarına göre vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı incelendiğinde; ilkokul mezunu kadınların yarısı veya yarısından daha fazlasında vulvovajinal enfeksiyon görüldüğü saptanmıştır (Tablo 19, 20, 21, 22, 23, 24). Deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınlarda eğitim durumları ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Literatürlerde eğitim düzeyi ile vulvovajinal enfeksiyonlara yakalanma durumu arasındaki ilişkiden bahsedilmiştir. Özellikle ilkokul mezunu kadınlarda daha fazla görülmesinin nedenleri olarak; kadınların geleneksel uygulamalara yatkın olmaları, ekonomilerinin daha düşük olması, sağlıklarını daha farklı algılamaları ve verilen tedaviyi yanlış kullanmaları düşünülmüştür. Aynı zamanda her çalışmada kadınların eğitim düzeyi ile vulvovajinal enfeksiyonları arasında ters ilişki olduğunu gösterilmiştir (29, 38, 63). Deney grubundaki kadınlara genital hijyen eğitimini verilmesi ile vulvovajinal enfeksiyonlarının yüzdesinde diğer verilmeyen gruplara göre birkaç kat daha az oranda enfeksiyon saptanmıştır (Tablo 19, 21, 22). Bu da eğitim düzeyi düşük olan kadınlara hizmet sunarken eğitimin özellikle bu gruba mutlaka verilmesi gerektiğini, ihmal edilmemesinin gerektiğini düşündürmüştür.

Araştırmada deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların birinci ve ikinci izlemde gebelik sayısı arttıkça vulvovajinal enfeksiyon görülme yüzdesinde artış izlenmiştir (Tablo 19, 20, 21, 22, 23, 24). Ancak kadınların gebelik sayısı ile

vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Özkan, Bekar ve Harikarnpukdee tarafından yapılan çalışmalar da gebelik sayısı arttıkça vulvovajinal enfeksiyon gibi jinekolojik şikayetler de artma olduğu belirtilmiştir. Ancak yapılan istatistiksel analizde anlamlı ilişki bulunmamıştır (13, 43, 63). Bu çalışma ile araştırma bulguları benzerlik göstermektedir

Deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların birinci ve ikinci izlemde gelir durumuna göre vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı incelendiğinde; yapılan analizde kadınların gelir durumu ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatür de gelir düzeyi gidere denk veya az olanlarda vulvovajinal enfeksiyon yüzdesinde bir artış bildirilmiştir (8, 42, 48, 89, 117). Bu sonuçta örneklemin toplumu temsil eden bir grup olmamasından kaynaklanabilir.

Deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların haftalık cinsel ilişki sıklığı, sigara içme durumları ve kadınların BKİ' ile vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Lago, Harikarnpukdee ve Watcharotone yaptıkları araştırmalarda, sigara ile BV arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (43, 55, 112). Bu çalışma sonuçları da bu bulgularla benzerlik göstermemektedir. Ancak Helberg ve Smart yaptıkları çalışmada sigara ile BV arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır ($p<0.95$) (44, 83). Araştırma bulguları Helberg ve Smart'ın çalışma bulguları ile uyumlu bulunmamıştır. Araştırmaya alınan kadınların tamamına yakınının sigara içmemesinin bu sonuçlarda etkili olabileceği düşünülmüştür.

4.4.KADINLARIN GHDKL' SİNE GÖRE ÖN TEST VE SON TEST DAVRANIŞ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

Tablo 25, 26, 27' de eğitim öncesi ve eğitim sonrası GHDKL puanlarına ilişkin sonuçlar incelenmektedir.

Araştırmaya katılan deney grubundaki kadınların GHDKL' sine göre öntest ve sontest davranış puanları incelendiğinde; Kadınların genital hijyen davranış puanlarının olumlu olarak değiştiği görülmektedir. Tablo 25' de yapılan istatistiksel analiz sonucunda tüm maddelerde ön test puanları ile son test puanları arasında fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Ancak “külotların ütülenmesi” ve “pis kokulu akıntı olduğunda doktora gitme” ile ilgili davranışlarda olumlu olarak bir değişim olsa da istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Araştırmaya katılan deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların GHDKL' sine göre öntest ve sontest davranış puanları incelendiğinde; kadınların genital hijyen davranış puanlarından olumlu değişim yönünde çok az bir artış görülürken, yapılan istatistiksel analizler sonucunda tüm davranış ön test puanları ile son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 26, 27). Tüm bu sonuçlar deney grubuna araştırmacı tarafından verilen eğitimin olgunlaşmanın etkisini göstermiştir.

Ege araştırmasında, “Evli Kadınların Genital Hijyen Davranışını Envanterinde” genital yol enfeksiyonlarından korunma alt boyutunun eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı ilişki bulmuştur (29). Demirci' nin araştırmasında, “Çalışan Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeğinin” genital yol enfeksiyonlarından korunma alt boyutu eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur (23). Demirci ve Ege'nin sonuçlarına benzer şekilde, bu çalışmada da

deney grubundaki kadınların eğitim sonrası GHDKL' den aldıkları puan ortalamasının kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasına göre yüksek olması, deney grubundaki kadınlara verilen genital hijyen uygulamalarına yönelik eğitimin genital hijyen davranışları üzerine oldukça etkili olduğunu ve eğitim sonrasındaki genital hijyen uygulamalarının daha iyi bir düzeye geldiğini göstermiştir. Bu davranış gelişiminin de enfeksiyon görülme sıklığında azalmaya neden olduğu düşünülmüştür.

Bu sonuçlar “Deney grubunda olumlu yönde değişim gösteren genital hijyen davranış sayısı deney değişken ve kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi doğrulamıştır.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Kadınlarda RİA'ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanması ve genital hijyen eğitiminin vulvovajinal enfeksiyonlarının gelişimine etkisine yönelik yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar şöyle sıralanabilir:

* Kadınların yaş ortalaması 28.80 ± 6.58 ' dir. Tüm kadınların %57' si ilkokul mezunudur.

* Kadınların %50' sinin önceden RİA kullandıkları saptanmıştır. RİA kullanan kadınların %95' i 5 yıl veya daha uzun süre RİA kullanmaktadır. %41' i RİA' yı akıntı nedeniyle bırakmıştır.

* Kadınların %8.5' inde süt kesiği tarzında bir akıntı, %22.5' inde idrar yaparken yanma, %26.5' inde cinsel ilişki sırasında ağrı, %6.5' inde cinsel ilişki sonrasında kanama yakınmaları saptanmıştır. Kadınların yarıya yakınında (%41) sürekli devam eden bir akıntı sorunu vardır.

* Son bir yıl içinde akıntı yakınması ile ilişkili bakım alma davranışları açısından; kadınların %63.4' ünün tedavi için doktora gittiği ve tümüne hekimin tedavi amacı ile ilaç önerdiği ve buna göre %75' inin son 2-6 ay içinde ilaç kullandıkları belirlenmiştir.

* İlk izlemde deney grubundaki kadınların %28' inde, deney değişken grubundaki kadınların %48' inde, kontrol grubundaki kadınların %72' sinde vulvovajinal enfeksiyon olduğu belirlenmiştir. Yapılan çok gözlü ki-kare analizde üç grub arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2= 27.394$ $p<0.05$). Bu farkın kontrol grubundan geldiği belirlenmiştir. Kontrol grubu dışarıda bırakıldığında deney ve deney değişken yüzdesi arasında tekrar ki kare analizi yapılmıştır. Yapılan istatistik

analizi sonucunda deney ve deney değişken grupları vulvovajinal enfeksiyon görölme durumları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2= 3.43$ $p<0.05$). Enfeksiyon görölme yüzdesi incelendiğinde, deney değişken grubunun enfeksiyon olma yüzdesi deney grubundaki kadınlardan daha fazladır.

* Gruplar arasındaki istatistiksel farklılıklar “RİA’ ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanan, deney ve deney değişken grubundaki kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonların gelişimi kontrol grubundaki kadınlara göre daha düşüktür” hipotezini doğrulamıştır.

* RİA uygulandıktan sonraki birinci izlemde vulvovajinal enfeksiyon görülen kadınlarda vajinal enfeksiyonların tipleri arasında, üç grupta en yaygın (%75.5) vulvovajinal enfeksiyon tipi bakteriyel vajinozistir.

* Deney grubundaki kadınların %46.7’ sinde, deney değişken grubundaki kadınların %51.1’ inde, kontrol grubundaki kadınların %54.4’ ünde vulvovajinal enfeksiyon olduğu tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

* İkinci izlemde deney (%46.7), deney değişken (%51.1) grubundaki kadınlara göre kontrol (%54.4) grubundaki kadınlarda vulvovajinal enfeksiyon görölme yüzdesi daha fazladır. İstatistiksel olarak aralarında anlamlı ilişki bulunmamasında neden birinci izlemde enfeksiyon görülen kadınların tedavi edilmesi ile vulvovajinal enfeksiyonların önlenmiş olmasından kaynaklanabileceği düşünölmüştür. Bu sonuçlar “1- RİA’ ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanan, deney ve deney değişken grubundaki kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonların gelişimi kontrol grubundaki kadınlara göre daha düşüktür. 2- RİA’ ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanan, genital hijyen davranışı eğitim

alan deney grubu kadınlarda vulvovajinal enfeksiyonların gelişimi deney değişken ve kontrol grubundaki kadınlara göre daha düşüktür” hipotezlerini doğrulamaktadır.

* RİA takıldıktan sonraki yapılan ikinci izlemde tüm kadınların %74.2’ sinde bakteriyel vajinozis ilk sırada yer almıştır.

* Deney grubundaki kadınların birinci izlemde %31.1’ inde, ikinci izlemde ise %46.7’ sinde vulvovajinal enfeksiyon belirlenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) .

* Deney değişken grubundaki kadınların birinci izlemde %48.9’ unda, ikinci izlemde ise %51.1’ inde vulvovajinal enfeksiyon belirlenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) .

* Kontrol grubundaki kadınların birinci izlemde %70’ inde. ikinci izlemde ise %54.4’ ünde vulvovajinal enfeksiyon belirlenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) .

* Araştırmaya katılan deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların birinci izlemde yaş, eğitim, gelir, gebelik sayısı, ilk evlilik yaşı, sigara içme durumu ve BKİ’ i vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığını etkilenmemiş, aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) .

* Deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların ikinci izlemde yaş, eğitim, gelir durumu, gebelik sayısı, ilk evlilik yaşı, sigara içme durumu ve BKİ’ i vulvovajinal enfeksiyon görülme sıklığını etkilememiştir ($p>0.05$) .

* Deney grubundaki kadınların GHDKL’ i incelendiğinde; külotların ütülenmesi ve pis kokulu akıntı olduğunda doktora gitme ile ilgili davranışlarda iki davranış dışında tüm genital hijyen davranışlarında ön test ve son test puanları arasında anlamlı olumlu gelişme sağlanmıştır ($p>0.05$).

* Araştırmaya katılan deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların genital hijyen davranışlarında ön test ve son test puanlarında istatistiksel olarak anlamlı olmayan olumlu değişim gözlenmiştir.

* Bu sonuçlar “Deney grubunda olumlu yönde değişim gösteren genital hijyen davranış sayısı deney değişken ve kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezinin doğrulandığını göstermiştir.

Sonuçta RİA’ ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA takılması ve kadınlara genital hijyen eğitiminin verilmesinin, vulvovajinal enfeksiyonların görülme sıklığını azalttığı bu deneysel çalışmada gösterilmiştir.

5.2. ÖNERİLER

- JHPIEGO ve Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü işbirliği sonucunda tüm kliniklerde kullanılması uygun görülen RİA' a özel danışmanlık ve uygulamasının 49 basamağa göre yapılması,

- Aile planlaması kliniklerinde hizmet sunumu kapsamının genişletilerek, hemşirelerin mikroskop ve basit tanı yöntemleri kullanabilmeleri açısından sürekli eğitim programları ile bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi,

- Gerek topluma, gerekse sağlık personeline vulvovajinal enfeksiyonlarından korunma eğitiminin verilmesi,

- Sağlık personelin çok iyi öykü alarak, kadınların subjektif bildirimleri yerine objektif verilere yönelik tanıya ulaşarak RİA uygulamalarını gerçekleştirmeleri,

- Özellikle sosyo-ekonomi durumu düşük olan kadınların daha özenli tıbbi hikayesinin alınması, RİA takılması ve RİA sonrası danışmanlığın kesinlikle yapılması önerilebilir.

- RİA takılan kişiler eğer enfeksiyon açısından risk taşıyorlar ise daha sık izlenmelidir.

1. RİA ve vulvovajinal enfeksiyon ilişkisinin daha geniş örneklem grubunda ve değişik risk grubunda kadınlara yönelik araştırmalarda incelenmesi,

2. AP ve üreme sağlığı hizmetlerinin entegrasyonunun uygulanabilirliği ve maliyet etkinliğine yönelik hizmet araştırmaları planlamak,

3. RİA ile BV arasındaki ilişkiyi inceleyen daha geniş çaplı araştırmaların yapılması,

4. BV ve sigara ilişkisinin incelenmesi,

5. GYE' da risk davranışları açısından, tutum ve davranış değişikliği yaratmada etkili stratejilerin belirlenmesine yönelik araştırmaların yürütülmesi,

6. AP kliniklerinde RIA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RIA uygulanmasında standartların uygulanıp uygulanmadığının değerlendirilmesine yönelik araştırmaların gerçekleştirilmesi önerilebilir.

BÖLÜM VI

ÖZET

Bu araştırma; RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanması ve genital hijyen eğitiminin, vulvovajinal enfeksiyonlarının oluşumuna etkisinin incelenmesine yönelik deneysel (Ön test-Son test, Kontrol Gruplu Desen) bir tasarımıdır.

Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması Polikliniğine Aralık 2003- Temmuz 2006 tarihleri arasında RİA taktirmek amacıyla başvuran 200 kadın üzerinde yürütülmüştür. Araştırmada veri toplamak amacıyla "Sosyo-demografik Veri Formu", " RİA' ya Özel Danışmanlık İlkesine Göre RİA Uygulamada İzlenecek Adımları İçeren RİA Uygulama Becerisi Öğrenim Rehberi", Mikroskobik Değerlendirme Becerisi Öğrenim Rehberi", "Kadınların Genital Hijyen Davranışları Kontrol Listesi (ön test ve sontest olarak)" kullanılmıştır.

Deneysel bu çalışmada deney, deney değişken ve kontrol grubu kadınlar randomize edilmiştir. Deney, deney değişken grubundaki kadınlar RİA araştırmacı tarafından takılmış, kontrol grubundaki kadınlara klinik rutin uygulamasına bırakılmıştır. Deney grubundaki kadınlara genital hijyen eğitimi verilmiş, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınlara genital hijyen eğitim yapılmamıştır.

Verilerin analizinde, SPSS 13.0 paket programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde; GHDKL'sinin iç tutarlılığının değerlendirilmesi için Madde-Toplam Korelasyonları ve örneklem yeterliliği için Cronbach Alfa katsayısı, deney, deney değişken ve kontrol grupları arasında randomizasyonun sağlanmasında ve gruplar arasında farklılığın incelenmesinde ki-kare, çok gözlü ki-kare ve Mc Nemar kikare testi yapılmıştır.

Çalışmanın Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması Polikliniğinde yapılması 25.12.2004 tarihinde için Kayseri İl Sağlık Müdürlüğünden ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik kurulundan izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan kadınlardan da yazılı onam alınmıştır.

* Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 28.80 ± 6.58 dir. Yarıdan fazlası ilkokul mezunu ve tümünün geliri gidere denktir.

* RİA takıldıktan bir ay ve üç ay sonraki izlemde deney, deney değişken ve kontrol grubundaki kadınların vulvovajinal enfeksiyon gelişimi deney grubundaki kadınlarda en az görülmüştür. Birinci ay izlemde yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p < 0.05$), ikinci izlemde yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

* Deney grubundaki kadınların birinci izlemde %31.1' inde, ikinci izlemde ise %46.7' sinde vulvovajinal enfeksiyon belirlenmiştir. Deney değişken grubundaki kadınların birinci izlemde %48.9' unda, ikinci izlemde ise %51.1' inde vulvovajinal enfeksiyon saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların birinci izlemde %70' inde, ikinci izlemde ise %54.4' ünde vulvovajinal enfeksiyon tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Araştırmaya katılan deney grubu kadınlarda genital hijyen davranışı ön test puanları ile son test puanları arasında fark ileri derecede anlamlı bulunurken ($p < 0.01$), deney değişken ve kontrol grubunda ön test puanları ile son test puanları arasında fark anlamsız bulunmuştur .

Sonuç olarak; RİA' ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulamasının ve vulvovajinal enfeksiyonlara yönelik genital hijyen eğitiminin vulvovajinal enfeksiyonların görülme sıklığının azalttığı gösterilmiştir.

ABSTRACT

The present research was an experimental (pre-test, post-test, Control-group-designed) design in order to evaluate the effects of IUD (Intrauterine Device) practice and genital hygiene education on the formation of vulvovaginal infections according to IUD special consultancy principle.

The research was conducted on 200 women who visited Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Birth and Child Nursing Home Family Planning Polyclinics between the periods of December 2003 and July 2006 in order to get IUD. In order to collect the data; “Socio-demographic Data Form”, “IUD Insertion Skill Teaching Guidance, which includes the steps to follow for IUD Insertion according to IUD special consultancy principle”, “Microscopic Evaluation Skill Teaching Guidance”, “The Control List of Genital Hygiene Behaviors of Women (CLGHB)” (as a pre test and post test) were used.

In the present study, which was conducted as an experimental study, the women for control group, experimental group and experimental-variable group were randomized. IUDs for the women in experimental-variable group and experimental group were fixed by the researchers whereas clinical routine practice was carried out for the women in control group. Genital hygiene education was provided to the women in experimental group whereas the women in experimental-variable group and control group did not have any genital hygiene education.

SPSS 13.0 packet program was utilized in order to evaluate the data. In order to evaluate the internal consistency of CLGHB, item-total-correlations were used and for the sample sufficiency Cronbach Alpha Coefficient was used. For the randomization of the experimental and experimental-variable groups and control

groups, and for the evaluation of the differences between the groups chi-square test, multiple spectral plots chi-square test and Mc Nemar chi-square test were used.

In order to conduct the research at Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Birth and Child Nursing Home Family Planning Polyclinics, an official written consent was taken from Kayseri Province Health Administration and Ethical Counsel of Nursing School of Ege University on December 25th. 2004. In addition, a written approval of the women who were included in the study was taken, too.

* The average age of the women involved in the study was 28.80 ± 6.58 . More than half of the women had primary school graduation and their income was equal to their expenses.

* During the observation period that was made one month and three months after the IUD insertion, women in experimental group had the least vulvovaginal infection formation compared to control group, experimental variable group. The analysis made during the observation of the first month revealed that the difference between the groups was significant ($p < 0.05$) whereas the analysis made during the second observation did not show any significant difference ($p > 0.05$).

* It was found out that during the first observation of the women in experimental group %31.1 had vulvovaginal infections and during the second observation %46.7 had vulvovaginal infections. It was seen that during the first observation of the women in experimental-variable group %48.9 had vulvovaginal infections and during the second observation %51.1 had vulvovaginal infections. During the first observation of the women in control group %70 had vulvovaginal infections and during the second observation %54.4 had vulvovaginal infections. The difference between the groups was not statistically significant ($p > 0.05$).

The statistical difference between the scores of pre test and post test on the genital hygiene behavior of the women in experimental group was highly significant ($p < 0.01$) whereas the statistical difference between the scores of pre test and post test of the women in experimental-variable group and control group was not found significant.

As a result, IUD insertion according to IUD special consultancy principle and the genital hygiene education about vulvovaginal infections were concluded to be reducing the frequency of formation of vulvovaginal infections.

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

1. Agarwal K., Sharma, V., Acharya, V.(2004). Microbial and Cytopathological Study of Intrauterine Contraceptive Device Users, Indian J. Med. Sci., 58 (9), 393-399.
2. Akgül, A.. (2003). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamalar, II. Baskı. Emek Ofset Ltd. Şti, Ankara.
3. Akın, A. (1998). Uluslararası Kararlar Panelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye'deki Uygulamalar, Sağlık ve Toplum, 8 (3-4):16-22.
4. Aksayan, S., Bahar, Z., Bayık, A. .ve ark. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği - HEMAR-G, Odak Ofset, İstanbul.
5. Akyol, M.E. (2000). Türk Kadınlarında Menarş Yaşı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İrdelenmesi, Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul .
6. Anh, P.K., Khanh N.T, Ha D.T., et. al. (2003). Prevalence of Lower Genital Tract Infection Among Women Attending Maternal and Child Health and Planning Clinics in Hanoi, Vietnam, Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health, Jun; 34 (2): 367-373.
7. Atasü, T., ve ark.(1991). "Genital Akıntının Ayırıcı Tanısı," Pfizer, İstanbul, s: 2-20.
8. Aydın, T., Uysal, C., Kaynak, R., ve ark (1994). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran 15- 49 Yaş Evli Kadınların, Jinekolojik Yakınmaları ve Pelvik Kitle Yönünde Değerlendirilmesi, IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kogre Kitabı, Didim, s:346-349.

9. Baeten, J. M., Nyange P. M., Richardson B. A., et.al. (2001). Hormonal Contraception and Risk of Sexually Transmitted Disease Acquisition: Results from a Prospective Study, *Am. J. Obstet Gynecol*, 185 (22): 380-5.
10. Balcı, A. (1995). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem, Teknik ve İlkeler, 72TDFO Bilgisayar, Yayıncılık San. Tic. Ltd. Şti., Ankara, 113- 160.
11. Balcı, E., Öztürk A.,Gün, I., ve ark. (2003). Kayseri İli Talas İlçesindeki 15.49 Yaş Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemiyle İlgili Şikayetlerin Değerlendirilmesi, III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 183 .
12. Bayık, A. (2002). Sağlık Eğitimi. Erefe İ. (ed) Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Şti, 12-19.
13. Bekar, M., Kurt, A., ve ark.(1992). Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Görülen Kadın Sağlığı Sorunlarının Saptanması, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, 242-248.
14. Bhatti, I., L., Fikree, F. F. (2002). Health–Seeking Behavior of Harachi Women With Reproductive Tract Infections, *Social Medicine*, 54:105-117.
15. Biliker, M.A., (2002). Türkiye’de Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Diyarbakır, 115-119.
16. Bulut A, Yolsal N. (1995). In Search of Truth: Comparing Alternative Sources of Information on Reproductive Tract Infection, *Reproductive Health Matters*, 6. November.
17. Ceylan, A. ve ark. (2001). Aile Planlaması Hizmetlerinde Genital Yol Enfeksiyonları, I. Ulusal Ana -Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, s:262.

18. Chiaffarino, F.Parazzini, F., De Besi P., et. al. (2004). Risk Factor For Bacterial Vaginozis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 117: 222-226.
19. Coşkun, A. (1995). Üreme Sağlığının Kadın Yaşamındaki Yeri, Hemşirelik Bülteni, 9 (38):13-19.
20. Czerwinski, B.S. (2000). Variation in Feminine Hygiene Practices As. A Function of Age, JOGNN, 29 (6): 625-633.
21. Çalışkan, D.,(2005). Geleneksel İnvajinal Uygulama “Vajinal Duş, Lavaj” Yapılmalı mı? Yapılmamalı mı?, Sürekli Tıp Dergisi, 4 (1):15-18,
22. Çelik, M. ve ark. (2005). RİA Taktıran Kadınların RİA Bırakma Nedenlerinin Belirlenmesi, IV. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Ankara,: 303.
23. Demirci, H. (2004). Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışlarının Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
24. Dilbaz, B. (2005). IUD Use in Turkey and in The World: From Past To Future. IV. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23 Nisan 2005, Ankara. 84-88
25. Dönmez, L. ve ark.(2001). Antalya Sağlık Ocağı Bölgesinde Aile Planlaması Yöntem Kullanma Durumu ve 15-49 Yaş Kadın Formlarının Güvenirliği, Sağlık ve Toplum, 2; 44-48.
26. Ebersole, P., Patricia, H. (1990). Toward Healthy Aging, Human Needs and Nursing Response, Third ED., The C.V. Mosby Company.
27. Edelman, C.L., Mandle, C.L. (1998). Health Promotion Throughout The Lifespan. Mosby. St. Louis,119-142.

28. Egan, M., Lipsky S. M. (2000). Diagnosis of Vajinitis, American Family Physician, Sep., 62 (5):1095-1104.
29. Ege, E. (2005). Genital Hijyen Davranışları Envanterinin Geliştirilmesi ve Verilen Eğitimin Genital Hijyen Davranışlarına Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erzurum.
30. Erci, B. ve ark.(2001). Ailelere Verilen Bakımın Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, Atatürk Üni. H.Y.O. Dergisi, 4 (1): 33-40.
31. Erdemir, F. (1998). Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi, C.Ü. H.Y.O. Dergisi, 2 (1):59-63.
32. Erdoğan, S, Nahçıvan, Ö.N. (1994). Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik, Hemşirelik Bülteni, 8 (32): 28-36.
33. Eroğlu, K., Akkuzu, G., Vural, G., ve ark. (2003). Postplesantal ve Erken Pospartum Rahim İçi Araç (RİA) Uygulamaları İle Postpuerperal ve İnterval RİA Uygulamalarının Etkililik ve Komplikasyonlar Yönünden İncelenmesi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi, Proje No: 9902403001, Ankara .
34. Ersin, F., ve ark. (2003). Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Yöntem Bırakma Nedenleri, Hemar-G Dergisi, 5 (1): 30-37 .
35. Filipi, V., Graham, W. (1995). In Search of Truth: Comparing Alternative Sources of Information on Reproductive Tract Infection, Reproductive Health Matters, 6. November, 703-712
36. Freeman, S.B. (1995). Comman Genitourinary Infections, Journal of Obsetrics Gynecologic and Neonatal Nursing, 24 (8)- October :735-740 .

37. Fry, S.T. (2000). Hemşirelik Uygulamalarında Etik. Çeviren: Beyhan Bağ. Bakanlar Matbaacılık Tic., San. Ltd. Şti. Erzurum, s:17-21.
38. Gorbach, S.L. (1996). Rahim İçi Araçlar ve Enfeksiyon Riskinin Yeniden Değerlendirilmesi, Enfeksiyon Hastalıkları Klinik Uygulamaları, 2- Ağustos, 33-39.
39. Guerreiro D., Gigante M.A., Teles L. C. (1998). Sexually Transmitted Diseases and Reproductive Tract İnfections Among Contraceptive Users. Int. J. Gynecol Obstet; 63 (11): 167-173.
40. Gupta, B.K., Kumar, R., Sofat R., et. al. (1998). The Role of Gardnerella Vajinalis in Nonspecific Vajinitis in Intra Uterine Contraceptive Device Users, Indian J Pathol Mikrobiol , 41 (1): 67-70.
41. Günalp, S., Demiral, A.. (1997). Bakteriyal Vajinozis ve Tedavisi, Hacettepe Tıp Dergisi, Ankara, 28 (1): 49.54.
42. Hacıalioğlu, N. İnandı T., Pesinlioğlu T. (2000). Erzurum Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezine Başvuran Kadınlarda Genital Yol Enfeksiyonlarının Sıklığı ve Risk Faktörleri, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3 (2): 11-18.
43. Harikarnpukdee, D., Sirimai, K., Kiriwat O., et. al. (2004). Prevelance of Bakteriyal Vajinozis Among Intrauterine Device Users in Thai Women Attenting Family Planning Clinic, Siriraj Hospital, J. Med Assoc Thai, Vol :87, Suppl. 3:8-11.
44. Hellberg, D., Nilsson, S., Mardh, P-A. (2000). Bacterial Vajinozis and Smoking, International Journal of STD &AIDS, 11 (9):603-606.

45. Hodoglugil SNN., Aslan D., Bertan M. (2000). Intrauterin Device Use Some Issues Related to Sexually Transmitted Disease Screening and Occurrence, *Contraception*, Jun; 61 (6):359-64.
46. Hoşçalık, S. ve ark. (2001). Rahim İçi Araçlar (RİA) Kullanan Kadınlarda Servikal Sitolojik Değişikler, I. Uluslararası ve II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20.23 Nisan, Tayla Otel, Antalya, Bildiri Özet Kitabı, Dinamic Turizm ve Seyahat Acantası Basımı,s: 66.
47. Irving, G., David, M,Angela R., et.al. (1998). Psychological Factors Associated With Recurrent Vajinal Candidiazis: A Preliminary Study. *Sexually Transmitted Infections*, 74 (5):334-338.
48. Joesoef, M.R., Karundeng, C., Runtupalit, J. S., et. al. (2001). High Rate of Bacterial Vaginozis Among Women With Intrauterine Devices in Manado, Indonesia, *Contraception*, 64:169-172
49. Karanisoğlu, H. (1991). Kadın Sağlığı Yönünden Vulvovajinal Enfeksiyonların Önemi ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*, 5 (22): 29-34.
50. Karanisoğlu, H., ve ark. (1993). Yüksek Öğretimde Bulunan Kız Öğrencilerin Hijyenik Alışkanlıkları ve Jinekolojik Sorunlarının Belirlenmesi, *Hemşirelik Bülteni*, 7 (30):73-81.
51. Karasar, N. (1995). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 3. Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd. Ankara, s: 136-156 .
52. Kaya, A. (1993). *Genital Enfeksiyonların Kadının Psiko-sosyal Sağlığına Etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

53. Koç Üniversitesi Sağlık Merkezi Kampus Haritası: Öğrenci Yurtları Ve Sağlık Merkezi, Üreme Hakları Üreme Sağlığı Kavramı Üreme Sağlığı, Üreme Olympos, www. Ku.Edu.Tr/Hc/Default, Erişim Tarihi: 25.05.2004.
54. Korenek, P., Britt, R., Hawkins, C. (2003). Differentiation of The Vaginoses-Bacterial Vagen Lactobacillosis and Cytolytic Vaginosis, The Internet Journal of Advanced Nursing Practice, 6 (1).
55. Lago, F. D. R., Simoes, A. J., Bahamondes L., et. al. (2003). Follow -Up of Users of Intrauterine Device With and Without Bacterial Vaginozis and Other Cervicovajinal Infections, Contraception, 68:105.109.
56. Marin, M.G., King, R., Sfameni, S., et. al. (2000). Adverse Behavioral and Sexual Factors in Chronic Vulva Disease, Am. J. Obstet Gynecol, 183 (1):34-38.
57. Nyirjesy, P. (1997). Vaginitis. Primary Care for Women. Ed. Phyllis C. Leppert & Fred M. Howard. Lippincott.Raven. Philadelphia, 181-184.
58. Ortaylı, N., Sahip, Y., Amca, B., ve ark. (2000). Bakteriyal Vaginozis Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması, Türkiye Klinikleri, Jinekoloji Obstetrik, 10 (1): 57-62.
59. Öncüer, B.Ö. (1997). "Vulvovajinit ve Servisit", Olcay Neyzi, Nuray Yoksal (Ed). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tanı ve Tedavi Rehberi, İstanbul: Aşama Matbaacılık, s: 45-60.
60. Özdemir K. (2003). Modern Bilimsel Araştırma Yöntemi, Kaan Kitabevi, Eskişehir.
61. Özek, B. (1997). Aile Planlaması Temel Bilgiler:Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Genital Yol Enfeksiyonları, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti. Ankara, s:213-238.

62. Özgüven, İ.E. (1999). Psikolojik Testler, III. Baskı Pedrem Yayınları. Ankara, s:35-48.
63. Özkan, S. (1998). 15-49 Yaş Doğurgan Çağı Kadınlarda Vajinitisin Tanılamasında Hemşirenin Etkinliğinin Belirlenmesi ve Vulvovajinal Enfeksiyonin Oluşumuna Neden Olan Faktörlerin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
64. Özvarış, Ş.B. (2001). Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, s:12-21.
65. Pala, H.(1998). Kadınlarda Sık Görülen Bir Enfeksiyon: Vajinal Mantarlar, Actual Medicine, 6 (11): 31-36.
66. Pascual Rv. The Importance of Hygiene. [Http://www. Manilatimes. Net / National/2004/Mar/08/Yehey/Life/20040308lif1.Html](http://www.Manilatimes.Net/National/2004/Mar/08/Yehey/Life/20040308lif1.Html), Erişim Tarihi:18 Mayıs 2005.
67. Pasinlioğlu, T., Bülbül, F. (2003). Çiftlerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bırakma Nedenleri, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 6 (2): 40 - 49.
68. Pernoll M. L. (1994). Çağdaş Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi: Vulva ve Vajenin Bening Hastalıkları. Ferit Saraçoğlu (Ed). Cilt II. İstanbul: Sistem Yayıncılık Mat. San. Tic. A.Ş., s: 865-897.
69. Personal_Hygiene.[Http://www.Betterhealth.Vic.Gov.Au/Bhc2/Bhcarticles. Nsf/ Pages/ Personal_Hygiene?Opendocument](http://www.Betterhealth.Vic.Gov.Au/Bhc2/Bhcarticles.Nsf/Pages/Personal_Hygiene?Opendocument), Erişim Tarihi:18 Mayıs 2005.
70. Potter, P.A., Perry, A.N. (1997). Fundamentals of Nursing, Concepts, Process and Practice, The Mosby Company, St. Louis, 2-20.

71. Priestley, C. J., Kinghorn G.R. (1996). Bakterial Vaginosis, Br J. Clin.Prc., 50 (6): 331-334.
72. Public Health: Feminine Hygiene. [Http://www.Metrokc.Gov/Health/Famplan/Clinicguide/Fem_Hyg_Ho.Doc](http://www.Metrokc.Gov/Health/Famplan/Clinicguide/Fem_Hyg_Ho.Doc) 2002, Erişim Tarihi:18 Mayıs 2005.
73. Rajamanoharan, S., Low S., Jones S. B., et. al. (1999). Bacterial Vaginosis, Ethnicity, and The Use of Genital Cleaning Agents: A Case Control Study, Sexually Transmitted Diseases, 26 (7):404-409.
74. RCOG. (2001). Bacterial Vaginosis: A Public Health Review. Br J Obset Gynaecol, 108: 439-50.
75. Saygılı, P. (2003). Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Hemşirenin Danışman Rolü. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Kitabı 20-23-2005, Ankara, 136-138.
76. Scott, J.R., Disaia, P.J., et.al.(1994). Danforth Obstetrik ve Jinekoloji: Pelvis Enfeksiyonları ve Cinsel Yolla Geçen Hastalıklar, Selçuk Erez Çev. Ed. 7. Baskı. J.B. Lippincott Company & Yüce Yayım A.Ş. İstanbul, 641-664.
77. Serbest, S. (1997). Vajinal Akıntısı Olan Kadınların Hijyen Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
78. Serçekuş, P., Okumuş, H. (2005). “Vajinal Duş: İhmal Edilmiş Bir Sorun” Hemşirelikte Forum Dergisi, Mayıs- Haziran 2005, 9-12,
79. Sevil, Ü., Özkan, S. (2004). Kadınlarda Sık Görülen Vulvovajinal Enfeksiyonlar, Pakman Matbaacılık San. Ltd.Sti., İzmir.
80. Seyisoğlu, H., Gezer, A. (2000). Trikomonas Vajinalis, Obstetrik ve Jinekoloji Sürekli Eğitim Dergisi, Haziran 3 (2) :251-258.

81. Shoubnikova, M., et.al. (1997). Contraception Use in Women With Bacterial Vaginozis, *Contraception*, 55: 355-358 .
82. Singh, V., Gupta, M.M., Satyanarayana L., et.al.(1995). Association Between Reproductive Tract Infections and Cervical Inflammatory Epithelial Changes, *Sexually Transmitted Diseases*, 25-30.
83. Smart, S., Singal A., Mindel A. (2004). Social and Sexual Risk Factor for Bacteriyal Vaginozis Sexually Transmitted İnfections, 80: 58.
84. Smith, E.J. (2002). Protecting Fertility. Contraceptives Pose No Threat, But Stis Do,FHI's Quarterly Health Bulletin, Network, 22 (1).
85. Sobel, J. D. (1997). Vajinitis, *The New England Journal of Medicine*, 337:1896-1903 .
86. Sobel, J.D., Faro, S., Force R. W. P., et. al.(1998). Vulvovajinal Candidiazis: Epidemiologic, Diagnostic, and Therapeutic Considerations, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 178 (2):203-211.
87. Spinillo, A., Pizzoli G., Colonna L., et. al. (1993). Epidemiologic Characteristics of Women With Idiopathic Recurrent Vulvovajinal Candidiasis, *Obstet Gynecol*, 80: 329-331.
88. Sullivan, R., Magarick, R., et. al. (1999). Tıp Eğitimcileri İçin Eğitim Becerileri Rehberi. Çeviren: N. Nalan Şahin,: Şevkat Bahar Özvarış (ed). Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı. Ankara, s: 39-41.
89. Şahin, N. (1998). Trabzon' da Aile Planlaması Kliniklerine Başvuran Kadınların Pelvik Muayeneyi Kabul Edenlerde Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Sıklığı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara.

90. Şimşek, M., Kansu, Y. (2000). Kadın Genital Enfeksiyonları. Süleyman Felek (ed). Sistemik İnfeksiyon Hastalıkları, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., s: 277-285.
91. T.C. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Johns Hopkins Uluslararası Üreme sağlığı Eğitim Programı ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü işbirliğiyle hazırlanan “Eğiticiler için Aile Planlaması Kurs Rehberi”, (2003).
92. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, (2000). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, III. Baskı. Cilt I, Damla Matbacılık, Ankara.
93. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, (2000). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, III. Baskı. Cilt II, Damla Matbaacılık. Ankara.
94. Taşkın, L. (2003). Üreme Sistemi Enfeksiyonları ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. VI. Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, s:469-490.
95. Tavşancıl, E. (2002). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti. Ankara,s: 3-58.
96. Tchoudomirova, K., Stanilova M., Garov V. (1998). Clinical Manifestations and Diognosis of Bacterial Vaginosis in a Clinic of Sexually Transmitted Diseases, Folia Med (Plovdiv), 40 (1):34-40.
97. Tekgül, N., et. al. (2005). 15-49 Yaş Kadınların Ortalama Menarş Yaşı, Sted Dergisi,14 (4):76-79.
98. Tekinsoy, P. ve ark. (2005). Kayseri İli Mithatpaşa Aile Planlaması Merkezine Başvuran Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve

- Buna Etki Eden Durumlar, IV. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Kitabı 20-23-2005, Ankara, s:191.
99. Tezcan, S. (1992). Deneysel Araştırmalar, Epidemioloji, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No:92/ 1, Ankara, 101-113.
100. Tortumluoğlu, G., Özyazıcıoğlu, N., Tüfekçi F., ve ark. (2004). Kırsal Alanda Yaşayan Kız Çocuklarının Menarş Yaşları ve Menarşa Yönelik Emosyonel Tepkilerinin Saptanması, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,7 (2): 76-89
101. Tosun, İ., ve ark. (1995). Jinekoloji Kliniğine Başvuran Kadınlarda Trikomonas Vajinalisin Araştırılması, K.T.Ü. Tıp Fakültesi IV. Karadeniz Tıp Günleri Bildiri Kitabı, Trabzon: ASÖ 9.
102. Tosun, İ., ve ark. (1995). Vajinal Akıntısı Olan Kadınlarda Bakterial Vaginozis Prevalansı, K.T.Ü. Tıp Fakültesi IV. Karadeniz Tıp Günleri Bildiri Kitabı, Trabzon: ASÖ 8.
103. Tosun, İ., Aydın F., Kaklıkkaya N., ve ark. (2003). Frequency of Bakteriyal Vaginitis Among Women Attending for Intrauterine Device Insertion at an Inner-City Family Planning Clinic, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 8:135-138 .
104. Türkistanlı, Ç.E., Mermer, M., Yıldız F. (2002). Evka 4 Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre kitabı, 23-28 Eylül 2002, Diyarbakır, 169-173.
105. Türkiye Nüfus Araştırması Ön Raporu (2003). www.Hacettepe.Edu.Tr. Erişim Tarihi: 15.03.2005.

106. Unzeitig, V. (1999). Sexually Transmitted Diseases and Contraception, The First World Congress on: Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility Prague, Czech Republic.
107. Usluer, G. (1996). "Vulvovajinal enfeksiyonlar", Ayşe Willke Topçu (ed). İnfeksiyon Hastalıkları, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s:939-942.
108. Ülgenalp, İ., Orhon, E. (1996). Seksüel Geçişli Hastalıklar ve Pelvik Enfeksiyonlar, Hüsni A. Kışnişçi (Ed). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara: Güneş Kitabevi, s:591-621.
109. Üreme Sağlığının Devamı İçin Genital Hijyene Dikkat! [Http://www.Ailem.Com/Templates/Library/1759.Asp?İd=11479](http://www.Ailem.Com/Templates/Library/1759.Asp?İd=11479). 4. Mart. 2005.
110. Velioğlu P. (1994). "Herkesine Sağlık" Amacında Hemşirelik, Hemşireliğin Düşünsel Temelleri. Alaş Ofset. İstanbul, s: 55-62.
111. Walker, S.N., Kerr, M.J. (1990). A Spanish Language Version of The Health Promoting Lifestyle Profile, Nurs. Res., 39 (5): 268-272.
112. Watcharotone W., Sirimai K., Kiriwat M.D., et.al. (2004), Prevalence of Bacterial Vaginosis in Thai Women Attending The Family Planning Clinic, Siriraj Hospital, J. Med. Assoc. Thai, 87 (12): 1419
113. Wilkinson, D., Nedovela, N. Kharsany, A., et.al. (1997). Tampon Sampling for Diagnosis of Bacterial Vaginosis: A Potentially Useful Way to Detect Genital Infections? Journal of Clinical Microbiology, September, 35 (9):2408-2409.
114. Yanikkerem E. ve ark. (2005). Manisa Doğum Evi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kadınların RİA Çıkarma Nedenleri, 4. Uluslararası

Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Kitabı 20-23-2005, Ankara, 233 .

115. Yazıcı, Y.(1995). Kadınlarda Vajinal Akıntı İle Kandidiazis, Trikomoniasis, Syphylis Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi ve Kadınların Bu Konudaki Bilgi Düzeyleri, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Tez, Sivas.
116. Yergök, Z. Y., Tütüncü, L. (2000). Tekrarlayan Vulvovajinal Kandida Enfeksiyonları, Obstetrik ve Jinekoloji Sürekli Eğitim Dergisi, Haziran 3 (2): 241- 250.
117. Yıldırım, A. (1997). Aile Planlaması Temel Bilgiler, Rahim İçi Araç, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd.Şti., Ankara, :s167-180.
118. Yıldırım, A., ve ark. (2001). 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları, T. Klin. Jinekolojik Obstetri, s: 354-355.
119. Young, F.B. (2002). Vaginal Health, Nursing Standart, 16(23) : 47-55.
120. Yurdakul, M., Vural, G. (2001). Geleneksel Yöntem Kullanma Nedenleri ve Hemşirenin Aile Planlaması Hizmetlerinde Etkinliği, Sağlık ve Toplum Dergisi, 11(1) : 42-47.

EK 1: RİA'YA ÖZEL DANIŞMANLIK İLKESİNE GÖRE RİA UYGULANMASI, GENİTAL HİJYEN EĞİTİMİ VE VULVOVAJİNAL ENFEKSİYONLARININ GÖRÜLME İLİŞKİSİ

ANKET FORMU

Anket Sıra No:

Tarih :

Adı Soyadı :

Adres :

Telefon :

1. Kaç yaşındasınız:

2. En son bitirdiğiniz okul?

1. Okur –yazar 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu

4. Lise/Meslek Lisesi mezunu 5. Yüksekokul/Fakülte 6. Diğer.....

3. Bir işte çalışıyor musunuz?

1. Çalışmıyor 2. İşçi 3. Memur 4. Serbest meslek 5. Diğer

4. Eşiniz kaç yaşında:

5. Eşiniz en son hangi okulu bitirdi?

1. Okur –yazar 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu

4. Lise/Meslek Lisesi mezunu 5. Yüksekokul/Fakülte mezunu

6. Diğer.....

6. Eşiniz halen hangi işte çalışıyor?

1. Çalışmıyor 2. İşçi 3. Memur 4. Serbest meslek 5. Diğer

7. Aile tipiniz?

1. Çekirdek aile 2. Geniş aile 3. Parçalanmış aile

8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Gelir gidere göre yüksek
2. Gelir ve gider dengeli
3. Gelir gidere göre az

9.kaç yıllık evlisiniz?

- a. 1-5 yıldır b. 6-10 yıldır c. 11 yıl ve üzeri

10 Sigara içiyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

11.Eğer sigara içiyorsanız günlük ne kadar içiyorsunuz?.....

12.İlk kez kaç yaşında adet gördünüz?

13. Düzenli olarak adet görüyor musunuz?

- 1.Evet
2. Hayır

14.Cevabınız Hayır ise nedenini yazınız).....

15. Toplam kaç kez gebe kaldınız?.....

16.Yaşayan çocuk sayınız?.....

17. Kaç düşük yaptınız?.....

18. En son ne zaman düşük yaptınız ? (ay olarak).....

19. Kaç kez kürtaj oldunuz?

20. En son kürtaj ne zaman oldunuz?(ay olarak).....

21 .En son kürtaj olduğunuz yeri yazınız?

1. Devlet Hastanesi
2. SSK Hastanesi
3. Doğum evi
- 4.Özel muayenede

22. Toplam kaç ölü doğum yaptınız?.....

23.Hafta da kaç kez cinsel ilişkide bulunuyorsunuz?

- a. Bir defa
- b. İki defa
- c. Üç
- d. Dört ve daha fazla
- e. Diğer.....

24. En son kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir?

.....

25. Aile planlaması olan spiral (Rahim içi aleti /RİA) hiç kullandınız mı?

a. Evet b. Hayır

26. Cevabınız evet ise ne zaman ve ne kadar kullandınız?

Ne zaman:

Ne kadar:.....

27. Spiral bırakma nedeninizi yazar mısınız?

.....

28 .Sürekli devam eden bir akıntı şikayetiniz var mı?

1 .Evet 2. Hayır

29.Cevabınız evet ise doktora gittiniz mi?

1. Evet 2.Hayır

Evet ise tanısı nedir?.....

30.Bunun için ilaç kullandınız mı?

1. Evet 2.Hayır

Evet ise ismini biliyorsanız yazınız.....

Evet ise en son ne zaman kullandınız.....

31.Akıntı dışında kullandığınız bir ilaç var mı?

1. Evet 2.Hayır Evet ise en son ne zaman kullandı

32. Daha önceki akıntı şikayetinizde eşinizde tedavi oldu mu?

1. Evet 2. Hayır

33. Son üç aydır eşinizde aşağıdaki yakınmalardan herhangi biri oldu mu?

1. Cinsel organında akıntı
2. cinsel organında kaşıntı
3. cinsel organında yara
4. İdrar yaparken yanma sızı
5. Hiçbir şikayeti olmadı
6. Bilmiyorum
7. Diğer

İLK İZLEM DE SORULACAK SORULAR

34. Cinsel ilişki sırasında ağrı oluyor mu?
1. Evet 2. Hayır
35. Cinsel ilişkiden sonra kanama oluyor mu?
1. Evet 2. Hayır
36. İdrar yaparken ağrı /yanma oluyor mu?
1. Evet 2. Hayır
37. Cinsel ilişkiden sonra akıntın pis kokulu oluyor mu?
1. Evet 2. Hayır
38. Cinsel bölgede kaşıntı oluyor mu?
1. Evet 2. Hayır

39.İzlem sonuçları

Sonuçlar	Ph	Enf.Yok	Bakteriyal vaginosis	Vajinal kandida	Trichmaniyasis
İlk izlem					
Birinci ayın sonundaki izlem					
Üçüncü ayın sonundaki izlem					

40. Kilonuzu ve boyunuzu yazarmısınız?

Boy (cm):.....

Kilo (kg):

BKİ: $\frac{(\text{Boy})^2}{\text{Kilo}} =$

EK II : RİA Uygulama Becerisi Öğrenim Rehberi

RİA UYGULAMA BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ	
GENEL DANIŞMANLIK BASAMAKLARI	
1. Kadını nazik bir şekilde karşılama	
2. Gerekli mahremiyeti sağlama	
3. Kendini tanıtırma	
4. Kadının adını öğrenme ve kullanma	
5. Gerekli vücut dilini kullanma	
6. Gör teması kurma	
7. İletişim için gerekli uzaklığı ayarlama	
8. Detişim sırasında kadımla yüz yüze olma	
9. Danışmanlık ve kadıma bilgi verme sırasında başka işlerle meşgul olmama	
RİA'YA ÖZEL DANIŞMANLIK BASAMAKLARI	
10. Sorun yaratabilecek bir tıbbi durum olmadığından emin olmak için kişiyi aşağıdaki noktalar açısından dikkatle değerlendirme: <ul style="list-style-type: none"> • Parite, gebelik sonuçları, son gebelik tarihini saptama • Son adet tarihi, adet görme sıklığı, kanama miktarını saptama • Adet sorunları (örn. düzensiz kanama, sancılı adet görme) olup olmadığını saptama • Dış gebelik öyküsü olup olmadığını saptama • Serviks veya uterus kanseri öyküsü olup olmadığını saptama • Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve genital yol enfeksiyonları öyküsünü sorgulama • Kadının veya eşinin birden çok cinsel eşi olup olmadığını saptama • Antikoagülan tedavi görüp görmediğini saptama • Kortikosteroid kullanıp kullanmadığını saptama • İmmünoşpresif ilaçlar kullanıp kullanmadığını saptama • Radyasyon tedavisi görüp görmediğini saptama 	
11. Olan yan etkileri tekrar açıklama ve bunların tamamen anlaşıldığından emin olma	
12. Adet gecikmesi varsa gebelik olup olmadığını saptama	
13. Uygulama zamanını saptama <ul style="list-style-type: none"> • adet gecikmesi olmayan kadında herhangi bir zamanda (interval)uygulama • doğum sonrası hemen uygulama • düşük sonrası hemen uygulama 	
14. Kadıma gerekli pelvik muayene konusunda bilgi verme	
15. Pelvik muayeneye başlamadan önce elleri yıkama	
16. Kadına idrarını yapıp yapmadığını sorma	
17. Kadını pelvik muayeneye davet ederek yatırma	
18. Kadını pelvik muayene için uygun birimde altına	
19. Steril tepsi üzerinde veya YDD edilmiş kaptı, kullanılacak aletleri düzenleme	
20. Kadına rahat olması için ellerini karınının üzerine veya yanlara koymasını söyleme	
21. Kadına kendini iyi hissetmesi için derin nefes almasını söyleme	
22. Serviksin görülebilmesi için yeterli ışık sağlama	
23. Her iki ele eldiven giyme	
24. Dış genitallerin muayenesi <ul style="list-style-type: none"> • Kadına elle dokunulacağını söyleme • Dış genital organları inceleme • Kadına spekulum takılacağını söyleme • Spekulum takarken perineal kasların gevşemesi için parmakla yardımcı olma 	

25. Spekulum muayenesi					
<ul style="list-style-type: none"> • Spekulumu uygulama • Vajinal akıntıyı kontrol etme • Serviksi inceleme • Vajen Pff'sına bakma • Akıntı varsa taze preparat için örnek alma • Örneği serum fizyolojik bulunan bir tüpe koyma • Serviksin ağzını kuru bir gazlı bezle silme • Servikal kanaldan gram boyama için örnek alma • Örneği lama yayma 					
26. Spekulumu çıkarıp temiz bir yere koyma					
<ul style="list-style-type: none"> • Kadına elle muayene edileceğini söyleme • Serviksi hareket ettirerek duyarlılığı kontrol etme • Uterusun büyüklüğünü, şeklini ve pozisyonunu saptama • Palpasyonla adnekslerde duyarlık veya kitle olup olmadığına bakma • Eldivenleri çıkarıp, tek kullanımlık ise kurallara uygun olarak çöpe atma, yeniden kullanılacaksa klor solüsyonuna atma • Elleri yıkama 					
27. Mikroskobik inceleme					
<ul style="list-style-type: none"> • Mikroskobik inceleme gerektiyorsa kadına litotomi pozisyonundan yeter duruma getirme ve mikroskobik muayeneyi yapma • Mikroskobik muayene gerekmiyorsa işleme 29. basamaktan devam etme 					
28. Mikroskobik incelemeden sonra elleri yıkama					
<ul style="list-style-type: none"> • Mikroskobik inceleme sonucu enfeksiyon saptandı ise tedavi başlama ve başka bir yöntem önerme • RIA uygulamasında sakınca saptanmadı ise 29. basamaktan devam etme 					
29. Bakır T 380A'yı steril ambalajında iken uygulayıcısına yerleştirme:					
<ul style="list-style-type: none"> • Paketi yarım açarak her iki yüzünün ucunu geriye bükme • Paket elde iken beyaz çubuğu uygulayıcı kanülü içine koyma • Paketi düz bir yüz üzerine koyma 					
<ul style="list-style-type: none"> • Tanıtım kartını RIA'nın kollarının altına sokma • RIA'nın kollarının uçlarına basarken uygulayıcı kanülü iterek kolların kıvrılmasını başlatma • Kollar kıvrıldığında uygulayıcı kanülü RIA'nın kollarının altından dışa çekme • Uygulayıcı kanülü kaldırma ve itip döndürerek kolların ucunu kanülle kavrama • Beyaz çubuğu, ucu RIA'nın dibine değinceye kadar ileri doğru itme 					
30. Her iki elle yeni açılmış tek kullanımlık ya da YDD veya steril eldiven giyme					
<ul style="list-style-type: none"> • Kadına spekulumun tekrar uygulanacağını söyleme • Parmakla yardımcı olma 					
31. Spekulumu tekrar yerleştirme					
32. Serviks ve vajinayı antiseptik ile temizleme					
<ul style="list-style-type: none"> • İki kez temizleme • İki dakika bekleme 					
33. Tenakulumla serviksi nazikçe tutma					
34. Tenakulumu ilk dişe kadar kapatma					
35. Histerometre ile servikal kanaldan geçerek fundusu hissetme					
<ul style="list-style-type: none"> • Histerometreyi çıkarma • Histerometrenin üzerindeki ıslaklığı göre uterusun derinliğini cm olarak saptama • Histerometride elde edilen ölçüme göre steril ambalajındaki RIA'nın mavi boncuğunu ayarlama 					
36. RIA yerleştirilmiş uygulayıcı kanülü, mavi boncuk servikse değinceye kadar ve hafif bir direnç hissedilinceye kadar serviksten nazikçe geçirme					

37.	"Geri çekme" tekniğini kullanarak RIA'nın kollarını serbest bırakma								
	<ul style="list-style-type: none"> Tenakulumu ve çubuğun halkasını sol elle hareketsiz tutma Sağ elle uygulayıcı kanülü çubuğun halkasına değinceye kadar çekme Beyaz çubuğu çıkarıp atma Uygulayıcı kanülü direnç hissedinceye kadar nazikçe ileri doğru itme Tenakulum nazikçe çıkarma Uygulayıcı kanülü kısmen geri çekme ve RIA'nın iplerini 3-4 cm. boyunda kesme Uygulayıcı kanülü çıkarıp atma Serviksi muayene etme ve kanama varsa tenakulumun zedelediği yerlere gazlı bezle 30-60 saniye kadar hafifçe bastırma Spekülümü nazikçe çıkarma 								
38.	Kadına eğer isterse RIA'nın iplerini adetten sonra ellerini yıkayarak ve çekmeden kontrol edebileceğini söyleme								
39.	Kadına kıyıya herhangi bir yan etki veya soruna karşılaştığında ne yapacağını anlatma:								
	<ul style="list-style-type: none"> Adet gecikmesi Adet kanamasının iki katı daha uzun sürmesi ve miktar olarak da iki kat artması Anormal lekelenme Karında veya cinsel ilişki sırasında ağrı Anormal akıntı, kendini iyi hissetmeme, ateş titreme 								
40.	Kontrol ziyareti ile ilgili bilgi verme:								
	<ul style="list-style-type: none"> İlk adetinden sonra kontrole geleceğini söyleme Daha sonra, şikayeti yoksa yılda 1 kez kontrole geleceğini söyleme 								
41.	Kadına baktır T 380A RIA'nın on yıl etkili olduğunu hatırlatma								
42.	Kadına, istediği zaman danışma, tıbbi bakım veya RIA'nın çıkarılması için kliniğe gelebileceği konusunda güvence verme								
43.	Uyarıları ve kuralları tekrarlatma (40-41'i)								
44.	Kadının sorularına yanıt verme								
45.	Kadını klinikten ayrılmadan önce en az 15 dakika gözleme								
46.	Atılması gereken gazlı bez vb. malzemeyi eldivenler çıkarılmadan önce sızdırmayan bir torba veya kutuya atma								
47.	Kullanılmış araçları ve yeniden kullanılabilen eldivenleri dekontaminasyon için %0.5 klor solüsyonuna atma ve 10 dakika bekletme								
48.	Elleri sabun ve su ile yıkama								
49.	Kayıtları doldurma								

EK III : Mikroskopik Değerlendirme Becerisi Öğrenim Rehberi

MİKROSKOBİK DEĞERLENDİRME					
AŞAMALARI					
ÖRNEK ALMA					
Vajinal Yayma İçin					
1. Pamuklu çubuğu arka forniks ya da akıntının bol olduğu yere sürerek örnek alma					
2. Pamuklu çubuğu, 2 cm boyunda kesilmiş tamsul kağıdına sürme					
3. Pamuklu çubuğu, içine 1 ml serum fizyolojik olan tüpe daldırma, tüpü dik olarak yerleştirme					
4. Tamsul kağıdını, renkli göstergelerle karşılaştırarak vajinal pH'ı belirleme.					
Servikal Yayma İçin					
1. Serviksi, kuru ve steril gazlı bez ile temizleme					
2. Yeni bir pamuklu çubuğu, hiçbir yere değdirmeden, pamuklu kısım içeride kalacak şekilde servikal osan sokma					
3. Pamuklu çubuğu, 30 saniye süre ile osan içinde saat yönünde döndürme					
4. Hiçbir yere değdirmeden çıkarttığı pamuklu çubuğu, döndürme hareketi ile lam üzerine sürme, daha sonra uygun şekilde stma					
5. Lam, temiz bir zeminde kurumaya bırakma					
PREPARAT HAZIRLAMA VE DEĞERLENDİRME					
Vajinal Yayma İçin (örnek almadaki 4. adımı takiben)					
5. Serum fizyolojik içindeki pamuklu çubuğu çıkartarak, lam üzerine bir damla sürme ve çubuğu tüpün içine geri koyma					
6. Vajinden alınan örneği 15 dakikadan fazla bekletme					
7. Lam üzerine lamel kapatma					
8. Mikroskop altında önce 10, sonra 40'luk büyütmede bakma					
9. Mikroskop incelemesinde aşağıdakileri değerlendirme : • beyaz küre • ipucu hücreleri (bakteriyel vajinosis) • trikonomas • kandida (sil' ve tomuruklar)					
10. İpucu hücreleri görülmüş ise ya da bakteriyel vajinosis şüphesi varsa koku (whiff) testi yapma : • yeni bir lamın çubuk ile bir damla örnek koyma • lamın üzerine bir damla %10 'luk KOH (potasyum hidroksit) ekleme • lamı buruna götürerek koklama • baki kokusu alıyorsa, bakteriyel vajinosis lehine değerlendirme					
11. Kandida şüphesinden değerlendirmek için, bir önceki basamakta hazırlanan KOH eklenmiş örneğin üzerine lamel kapatarak mikroskop altında 10'luk ve 40'luk büyütmede inceleme					
Servikal Yayma İçin (örnek almadaki 5. adımı takiben)					
6. Üzerinde servikal yayma olan lam 3 kez ateşten geçirilerek tesbit etme					
7. Gram boyama yapma : • Bütün yüzeyi kaplayacak biçimde kristal viyole damlatarak 10 saniye bekleme • Distile su ile boya akması kadar yıkama • Bütün yüzeyi kaplayacak biçimde lugol damlatarak 10 saniye bekleme • Alkol ile hiç renk çıkmayana dek yıkama, distile suyla yıkama • Bütün yüzeyi kaplayacak biçimde sulu fuksin (safirinin) damlatarak 10 saniye bekleme • Distile su ile boya akması kadar yıkama					
8. Boyanan örneği, havada kurumaya bırakarak ya da kağıt havlu ile ovuşturmadan basturarak kurutma					
9. Mikroskop altında önce 40'luk büyütmede, daha sonra sedir (merstyon) yağı ile 100'lük büyütmede bakma					
10. Mikroskop incelemesinde aşağıdakileri değerlendirme • Gonore (GRAM negatif hücre içi diplokoklar) • Klamidya (100'lük büyütmede her alanda 10 ya da daha fazla parçalı lekeler; mikro-organizma uçak mikroskopunda görülemez.					
11. İşlemler tamamlandıktan sonra, kullanılan gereçleri uygun şekilde imha etme.					

EK IV : GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞLARI KONTROL LİSTESİ

Aşağıda Genital yol enfeksiyonlarından korumaya yönelik davranışlarınızla ilgili ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeye sizin için en uygun olan cevabı vermeye ve boş bırakmamaya özen gösteriniz. Her bir ifadenin karşısında ve size uygun olan seçeneğin altında bulunan kutucuğun içini X şeklinde işaretleyiniz.

Size verilen ölçek üzerine adınızı yazmayınız. Cevaplarınız gizli tutulacak , hiç kimse neyi işaretlediğinizi bilmeyecektir.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

	Hiç bir zaman	Nadiren (Çok seyrek)	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman Düzenli
1. Tuvalete girmeden önce ellerimi su ve sabunla yıkarım					
2. Taharetlenmeyi idrar yaptığım bölgeden büyük abdestimi yaptığım bölgeye doğru yaparım					
3. Dış üreme organlarımı kuru tutmak için taharetlendikten sonra tuvalet kağıdı ile kurularım					
4. Külotumu değiştirmek için kirlenmesini beklemem, her gün değiştiririm					
5. Külotum pamuklu kumaştandır					
6. Külotlarımı ütülerim					
7. Adet zamanlarında hazır ped veya bez kullanırım					
8. Adetliyken kullandığım ped veya bezi 3-4 saatte bir değiştiririm					
9. Adet zamanlarımda duş şeklinde banyo yaparım					
10. Pis kokulu akıntım olduğunda kılıf(kondom) kullanmasını isterim					
11. Pis kokulu akıntım olduğunda doktora giderim					
12. Cinsel organlarımda kaşıntı olursa hemen doktora giderim					
13. Cinsel ilişkide ağrı veya kanama olduğunda doktora giderim					
14 . Her cinsel ilişkiden önce ellerimi yıkarım					
15. Cinsel ilişkiden önce cinsel bölgemi yıkarım					
16.Cinsel ilişkiden sonra haznemin içini yıkarım					

EK V: BROŞÜR

VAJİNAL ENFEKSİYONLERDAN
KORUNMA DOĞRU DAVRANIŞ
YAPMAKTAN GEÇER!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

İletişim Adresi:
Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu
Halk sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim

Öğrencisi

TEL: 382 220 00 00 / 382 220 00 00

TEL: 382 220 00 00 / 382 220 00 00
E-posta: 382 220 00 00



EK -V-

VULVOVAJİNAL
ENFEKSİYONLAR VE GENİTAL
HİJYEN DAVRANIŞLARI

EĞİTİM REHBERİ

Öğr. Gör. Hemşire EDİCİTİ
Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu
Halk sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim
Öğrencisi
TEL: 382 220 00 00 / 382 220 00 00

ÜREME SAĞLIĞI VE ÖNEMİ

Üreme sağlığı, üreme sisteminin fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece hastalık ya da sakatlık olmaması değil, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur.

Üreme sağlığı ile ilgili olarak , dünyada yalnızca bir günde olan gelişmeler incelendiğinde; her gün 100 milyon üzerinde olduğu tahmin edilen cinsel ilişkilerin 910.000' gebelik ve 356.000'i cinsel yola bulaşan hastalıkla sonuçlanmaktadır. **BU NEDENLE ÜREME SİSTEMİ ENFEKSİYONLARI EVRENSEL BİR SAĞLIK SORUNU OLMAYA BAŞLAMIŞTIR**

Genital yol enfeksiyonlar kadınların büyük bir bölümünü etkilemektedir. Araştırmalarda kadınların %52-92'sinin Genital yol enfeksiyondan şikayet ettikleri rapor edilmiştir. Genital yol enfeksiyonlarında en fazla görülen vajinit (Dış genital organlarda görülen) enfeksiyonudur.

- ◆ İç çamaşırların diğer beyazlardan ayrı yıkanması ve ütülenmesi
- ◆ Vücudu saran sıkı giysilerden kaçınılması
- ◆ Taharetlenme işleminin önden arkaya doğru (küçük abdestin yapıldığı bölgeden, büyük abdestin yapıldığı bölgeye doğru) yapılması
- ◆ Halka açık yerlerde alaturka tuvalet tipinin tercih edilmesi
- ◆ Tuvalete gitmeden önce ve sonra mutlaka ellerin yıkanması
- ◆ Beyaz parfümsüz tuvalet kağıdı ile kurulması
- ◆ Sürekli ara bez kullanımından kaçınılması
- ◆ Cinsel bölge temizliğinde deodorant, parfüm, sprey gibi maddelerin kullanılmaması
- ◆ Adet dönemlerinde kullanılan pedlerin tek kullanımlık olması, parfüm içermemesi, sık sık değiştirilmesi (en az 4 saatte bir) ve hazneye tampon konulmaması
- ◆ Ped değiştirmeden önce ve sonra ellerin yıkanması
- ◆ Cinsel ilişki öncesi ve sonrası cinsel bölge temizliğine dikkat edilmesi
- ◆ Adet dönemlerinde cinsel ilişkiden kaçınılması
- ◆ Vajinal lavajdan (haznenin yıkanması) kaçınılması
- ◆ Dengeli beslenmenin sağlanması
- ◆ Düzenli araahklarla kadın – doğum uzmanına gidilmesi
- ◆ Bu konularla ilgili yapılan eğitim toplantılarının ve televizyon programlarının izlenmesi.

Belirtileri:

- Kaşıntı
- İdrar yaparken yanma ve ağrı
- Koyu kıvamda peynirimsi akıntı

3. TRIKOMONAS:

Çinsel ilişki yolu ile geçen parazit kökenli hastalıklardan biridir. Trikomonas vücut dışında özellikle nemli ortamlarda birkaç saat canlı kalabilmektedir. Bu nedenle bulaşma havlu ve giysiler yoluyla da olabilmektedir.

Belirtileri:

- Bol miktarda sarı yeşil akıntı
- Kaşıntı
- Ağrılı idrar yapmak
- Pis kokulu akıntı
- Cinsel ilişki sırasında ağrı
- Bazen cinsel ilişki sonrası kanama

Genital Hijyen Uygulamaları

Genital hijyen uygulamaları cinsel bölgenin sağlığını sürdürmek amacıyla yapılan uygulamaların tümüdür.

Bu uygulamaları şöyle sıralayabiliriz:

- ◆ Vücut temizliğine dikkat edilmesi
- ◆ En az haftada bir banyo yapılması
- ◆ Banyonun ayakta ya da çömelerek temiz bir ortamda yapılması
- ◆ İç çamaşırların pamuklu, beyaz ve kişiye özel olması



Genital Enfeksiyonların Kadın Sağlığı Açısından Önemi

Genital enfeksiyon kadın sağlığını bozan nedenlerin başında gelmektedir. Genital enfeksiyon denilince, cinsel bölgenin hastalıkları akla gelir. Genellikle akıntı ve ağrı ile kendini gösterir. Üreme organlarındaki bu akıntı normal bir durumdan ilerlemiş kanserlere, rahim ağzında yaralara ve kısırlığa kadar varan ciddi durumları gösterebilir.

Bu sorun kadının üreme, cinsel fonksiyon, aile ilişkileri ve ruh sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir. Kadınların kişisel temizliklerine yeterince önem vermemeleri ya da yapılan yanlış uygulamalar, sorunun boyutlarını arttırmaktadır.

Cinsel bölgedeki kaşıntı ve kötü koku kadının toplumdan uzaklaşmasına, ağırlı cinsel ilişki ise eşi ile sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Bu nedenle enfeksiyonun gelişmesini önlemek için koruyucu önlemler alınmalıdır.

VAJİNAL ENFEKSİYONLAR

Kadın sağlığını bozan, cinsel yaşamı ve aile hayatını olumsuz etkileyen etmenlerin başında vajinal (döl yolu) enfeksiyonları gelmektedir.

VAJİNAL YOL ENFEKSİYONLARDA RİSK FAKTÖRLERİ NELERDİR?

- Uzun süren antibiyotik veya kortizon tedavisi
- Şeker Hastalığı
- Uzun ve yoğun yaşanan stres
- Çok eşlilik
- Uygun koşullarda yapılan doğum ve kürtajlar
- Çok doğum yapmak
- Düşük gelir düzeyine bağlı kötü çevre koşulları
- Kötü beslenme
- Yanlış taharetlenme
- Cinsel ilişki sonrası döl yolunu yıkama
- Sık ,dar, pamuklu olmayan iç çamaşırı giyme
- Adet sırasında döl yoluna yerleştirilen tamponun aralıklarla değiştirilmemesidir.

EN SIK GÖRÜLEN VAJİNAL ENFEKSİYONLAR HANGİLERİDİR?

1. BAKTERİYEL VAJİNOZİS :

Bakterial vajinozis, genital yol enfeksiyonlarında en sık görülen fakat kadınlar tarafından çok önemsenmeyen bir enfeksiyondur. Kadınlarda görülme sıklığı %33-50 arasındadır.

Belirtileri:

- Grimsi, beyaz, iplikli bir akıntı
- En önemli özelliklerinden biri bayat balık kokusuna benzer kötü bir kokuya neden olmasıdır. Kadınlar özellikle cinsel ilişki sonrası kokunun artmasından şikayet etmektedir.

Bu belirtilerden herhangi birini kendinde gözleyen kadın mutlaka bir sağlık kuruluşuna başvurmalıdır. Tedavinin tam ve düzgün uygulanmadığı durumlarda ciddi sorunlara neden olacağı unutulmamalıdır.

Özellikle RİA kullanan kadınların eğer bakteriyel vajinozis belirtilerini görürler ise hemen bir sağlık kuruluşuna başvurmalıdırlar.

2. KANDİDA VAJİNİTİS (MANTAR ENFEKSİYONU)

Sıklıkla rastlanan ve sık tekrarlayan bir enfeksiyondur.

EK VI : BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

Bu çalışma, Kayseri Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması polikliniğine başvuran kadınlara RİA (Rahim içi araç) uygulaması ve bireylerin hijyen eğitiminin vulvovajinal enfeksiyonların gelişimine etkisini incelemek amacıyla yürütülecektir. Bu çalışmaya katılmanız sizin sağlığınızın gelişimine katkıda bulunacak ve yararlı bilgi sağlayacaktır. Araştırma ve araştırmada uygulanacak işlemler için uygun kişilerden ve kurumlardan izin alınmıştır. Araştırmadaki işlemlerin size yada aile bireyelerine hiçbir zararı olmayacaktır. Araştırma sırasında araştırmaya katılan kişi iki soru formunu yanıtlayacaktır. Bu formda,sizi tanımlayıcı sorular bulunmaktadır. Araştırmacı tarafından işlem hakkında bilgilendirildikten sonra uygulama yapılacaktır. Bu işlemler toplam 30 veya 45 dakikalık süreyi alacaktır. Bu araştırma ile ilgili her türlü soruyu aşağıdaki telefon numarasından Bayan Handan Zincir' e ulaşarak kendisine istediğiniz zaman yönetebilirsiniz. Ayrıca çalışmaya katılıp katılmama konusunda tümü ile özgür olacaksınız.. Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Bu durumda ne siz, nede aile bireyiniz hiç bir şekilde etkilenmeyeceksiniz. Bu çalışmada hiçbir zaman adınız alınmayacak belirtilmeyecektir. Bütün verileri araştırmacı toplayacak ve güvenli bir biçimde saklayacaktır. Sizin izniniz olmadıkça, kimse ile paylaşmayacaktır. Yukarıdaki uygulamalara gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Teşekkür ederim

Handan ZİNCİR

Tarih:

Adı Soyadı:

Adressi:

Telefon Numarası:

İmza:

Araştırmacının imzası

Araştırmacıya ulaşacağınız telefonlar: Cep: 05446206613

EK VII : Mikroskop İncelem Rehberi

EK-VII

**VULVOVAJİNAL ENFEKSİYONLARIN
TANISI İÇİN MİKROSKOBİK
İNCELEME REHBERİ**

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü,
(2000). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, III.
Baskı. Cilt I, Damla Matbaacılık, Ankara.

1. **ADIM:** 1 litreye tamamlayacak kadar su ekleyin.

24

% 10 Potasyum hidroksit (KOH) hazırlanması

1. **ADIM:** 10 g potasyum hidroksiti, 9 ml su (tercihen distile, yoksa

kaynatılmış ve filtre edilmiş) içinde eritin.

2. **ADIM:** 100 ml' ye tamamlayacak kadar su ekleyin.

Bu solüsyon çok yakıcı olduğundan, giysilere ya da cilde değmemesine dikkat edilmelidir. Sıçradığı takdirde hemen suyla yıkamalıdır.

Gram boyamanın hazırlanması

Kristal viyole (modifiye Hucker)

a. A solüsyonu	
Kristal viyole	2 g
Etil alkol	20 ml
b. B solüsyonu	
Amonyum oksalat	1 g
Distile su	80 ml

Gram iyodin

Iyot	1 g
Potasyum iyodin	2 g
Distile su	300 ml

Aseton- alkol renk açıcı

Etil alkol %95	50 ml
Aseton	50 ml

Safranin

1. Stok solüsyonu	
Safranin 0	2,5 g
Etil alkol %95	100 ml
2. İşlem solüsyonu	
Stok solüsyonu	10 ml
Distile su	90 ml

Metilen mavisi boyanın hazırlanması (%0,3)

1. **ADIM:** 450 g metilen mavisini, 30 ml etanol (%99,9) içinde eritin .

2. **ADIM:** 10 mg. KOH' u 100 ml su (tercihen distile, yoksa kaynatılmış ve filtre edilmiş) içinde eritin.

3. **ADIM:** İki solüsyonu eğer mümkünse filtrasyon ile (0,22 µm) karıştırıp, sterilize edin.

4. **ADIM:** Solüsyonu karanlık bir yerde ve + 4 °C' de saklayın.

GENİTAL YOL ENFEKSİYONLARI

Genital yol enfeksiyonları (GYE), genelde cinsel ilişkiyle geçen az sayıda mikroorganizmanın neden olduğu enfeksiyonlardır. GYE' lar hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde, sağlık sorunlarını önemli bir bölümünü oluşturur.

Aile planlaması için başvurularından özellikle hayat kadınları, her ikisi ya da biri tek eşli olmayan çiftler gibi yüksek risk grubunda olan kişilerde, sıklıkla GYE' lara rastlanmaktadır.

GYE kuşkusu olan kişilerde, genellikle aşağıdaki sorulardan biri vardır:

- Vajinal ya da üretral akıntı
- Genital ülserler, yaralar ya da kasık bölgesinde büyümüş lenf bezleri
- Abi kanı ağrısı
- Genital cilt lezyonları

Vajinal akıntının nedenleri:

- Kandida (mantar)
- Trikomonas
- Bakteriyel Vajinozis
- Miks Enfeksiyon

GYE taraması

RIA kullanacak olanlarda ilk adım GYE öyküsü almaktır. Kadının ve eşinin işleri dahil birçok durum, GYE riski açısından önemlidir. GYE öyküsü aşağıdaki sorularla yanıtlanmalıdır:

- Vajinal akıntınız var mı?

04

- Son iki adet döneminizde anormal kanamanız oldu mu? 02
- Geçtiğimiz yıl içinde, vajinal akıntı, cinsel bölgede yaralar ya da deride lezyonlar gibi sorunlarınız oldu mu?
- Genital yol enfeksiyonunuz olabileceğini düşünüyor musunuz?
- Eşiniz, son üç ay içinde penisten akıntı, kasıktaki bezelerin ülseri ya da şişmesi gibi nedenlerle tedavi oldu mu?
- Sizin ya da bildiğiniz kadarıyla eşinizin başkalarıyla cinsel ilişkisi var mı?

Hizmet alan, yukarıdaki soruların herhangi birine evet yanıtı vermişse, GYE olasılığına karşı ileri tetkikler yapılmalıdır. Bunun yanı sıra bulaşma riskleri ve tedavi edilmemiş GYE'lerin olası sonuçları konusunda danışmanlık verilmelidir.

Bu sorulardan bazıları, oldukça hassas olmaları nedeniyle doğrudan sorma olanağı olmayabilir. Hizmet veren bu bilgileri, saygılı ve duyarlı bir tutumla edinmelidir. Hizmet alanların tümüne, gizliliğin korunacağı konusunda güven verilmelidir.

Cinsel yolla bulaşan GYE olasılığı olan kadınların taramasında **ikinci adım**, dikkatli bir karın muayenesi ve pelvik muayene yapılmasıdır.

Kadınlarda aşağıdakilerin kontrolü önemlidir:

- Kaman altı bölgesinde şiddetli ağrı ya da duyarlılık
- Genital ülseler, yaralar ya da kasıkta şişlikler (bezeler)
- Pürülan akıntı, dokunmakla kolayca kanayan serviks veya tanı konmamış vajinal akıntı
- Serviks'in hareket ettirilmesi ile ağrı
- Suprapubik, adneksiyal ya da pelvik kitleler

Sık yapılan hatalar 23

- Çubuğu lam üzerinde nazıkçe yuvarlamak yerine bastırmak, hücre morfolojisini bozabilir.
- Isıyla uygun tespit yapılmaması, materyalin boyama sırasına yıkayıp çıkmasına neden olabilir.
- Aşırı ısı boya kalıntılarına ve hücrelerde bozulmaya neden olabilir.
- Süresi geçmiş Gram iyot solüsyonu kullanılması (oda ısısında raf ömrü yaklaşık 90 gündür) yanlış sonuca neden olabilir.
- Lamı boyadan aşırı arındırma gram pozitif bakterilerinin gram negatif gözükmelerine neden olabilir.
- Lamı boyadan gereğinden az arındırma gram negatif bakterilerinin pozitif gözükmelerine neden olabilir.
- Bakteri ya da kandidayla kontamine olmuş solüsyon kullanılması hatalı sonuç verebilir.

Servikal ya da üretral yaymaları boyamak için alternatif yöntem

Gram boyama olanağı yoksa, daha basit ancak az duyarlı bir yöntem metilin mavisi ile boyama kullanılabilir. Metilin mavisiyle boyanan yaymayı mikroskop altında incelemek için gonokokların tipik görünümünü iyi tanımak gerekir. Metilin mavisi ile gonokoklar boyayı tutar ve koyu mavi görünür.

Unutmayın: Lamı aşırı boyamaya özen gösterin; çünkü bu, kontrastı azaltır.

SOLÜSYON HAZIRLANMASI

Serum fizyolojik hazırlanması

1. **ADIM:** 9 g sodyum klorürü (NACL), 900 ml su (tercihen distile, yoksa kaynatılmış ve filtre edilmiş) içinde eritin.

DEĞERLENDİRME

22

Gonokok Servisi

Her yağ immersiyon alanı başına 10 ya da daha fazla PNL içinde GNİD bulunmasıyla tam konur.

Tam değeri olmayan: GNİD olmayışı, gram negatif diplokokların hücre dışında bulunması, gonokok servisini düşündürmez. PNL varlığı tanıyı etkilemez.

Kadında servikal Gram boyamanın duyarlılığı %95'ten fazla olmasına karşın, GNİD'lerin saptanmasında duyarlılık yaklaşık %40-60 kadardır. Bu nedenle şüpheli olgularda tekrar inceleme gerekebilir.

Gonokok dışı (mukopürülan) servisi

Her yağ immersiyon alanı başına 10 ya da daha fazla PNL'ye karşın hiç GNİD bulunmamasıyla tam konur. Bu olguların da %50-60'ında kültürde *C. trachomatis* bulunur.

Gonokokal üretrit

GNİD içeren bir ya da daha fazla PNL görülmesiyle tam konur. GNİD'ler ve gram negatif basiller dikkatle ayırt edilmelidir.

Üretral Gram boyamanın duyarlılığı ve özgünlüğü, %98' den fazladır.

Gonokok dışı üretrit (GDÜ)

Her yağ immersiyon alanı başına beş ya da daha fazla PNL'ye karşın hiç GNİD bulunmamasıyla tam konur. Bu incelemede yaymanın çok sayıda hücre içeren üç ayrı alanındaki PNL sayısının ortalaması alınmalıdır.

GDÜ'lerin %30-50' si klamidya'ya bağlıdır.

Yukarıdakilerden herhangi biri varsa RİA uygulayıp uygulamama kararı ileri tetkikler tamamlanuncaya kadar ertelenmelidir.

GYE' lann kontrolünde soruna yönelik yaklaşım

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), cinsel yolla bulaşan GYE' lann, birinci ve ikinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinde tedavisi için bir strateji geliştirmiştir. Bu yaklaşımla, birinci basamak sağlık hizmeti birimlerinde kullanılacak, yalnızca klinik bulgulara dayalı olarak sorun çözmeye yönelik, basitleştirilmiş protokoller (akış şemaları) hazırlanmıştır. Pelvik muayenelerin yapılabildiği ve mikroskobu olan ikinci basamak hizmet birimleri için, bu akış şemaları daha da geliştirilmiş, cinsel yolla bulaşan GYE' lann sık görülen tüm çeşitlerinin tedavisi için gerekli ayrıntıları içermeleri sağlanmıştır.

HİZMET ALANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aile planlaması kliniklerinde hizmet sunan tüm doktor, ebe ve hemşirelerin, cinsel sağlık ve cinsel yolla bulaşan GYE' lara bağlı klinik sorunlar konusunda bilgili olmaları gerekir. Semptom gösteren ya da göstermeyen, GYE riski olanların doğru olarak saptanması gerekir. Başvuruda bulunanlardan bazıları asemptomatik olabilir ve enfeksiyon kuşkusu çok az ya da hiç olmayabilir. En iyisi, aile planlaması kliniğine başvuran herkese, tam bir genital yol değerlendirmesi yapmaktır. Buna rağmen, tam bir inceleme çoğu kez mümkün olmadığından en azından öykü olarak taramak önemlidir. GYE tarama sorunlarından herhangi birine yanıt evet olduğunda aşağıda anlatılan ileri tetkiklere geçilmelidir.

AYRINTILI GYE ÖYKÜSÜ

Aşağıdaki konularda ek bilgi alınması önemlidir:

- Semptomların açıklanması
- Başlangıcı, süresi ve gelişmesi

03

- ? Semptomların cinsel ilişki ve idrar yapmakla ilgili
- ? enzer semptomlarına önceden de olup olmadığı
- ? Eşinde benzer semptomların olup olmadığı
- Daha önce geçirilmiş GYE, tarihi, tanısı ve eğer biliniyorsa uygulanan tedavi
- İlaç kullanım öyküsü
- ? Hormonal kontraseptifler (hap, enjekte edilen kontraseptif ya da implant)
- ? Yakın zamanda antibiyotik kullanımı
- ? İlaç alerjileri ya da duyarlılıklar
- ? Şu andaki diğer tıbbi tedaviler
- Yakın geçmişteki cinsel öykü
- ? Son cinsel ilişkinin zamanı, yeni bir eşi olup olmadığı
- ? Cinsel ilişki sırasında ağrı ve/veya kanama
- ? Kondom kullanımı

GYE MUAYENESİ

Tam bir GYE muayenesinin, aile planlaması için başvuran herkese yapılması gerekli değildir. Bu muayene, sadece tarama ya da GYE öyküsünde yer alan sorulardan en az birine evet yanıtı verenlerle, muayene olmayı isteyenlere ve özellikle kontraseptif seçiminde RİA' yı tercih edenlere yapılmalıdır.

Muayene bir zaman kaybı olarak görülmemelidir. Aşağıdaki araç ve gereçler uygun laboratuvar örneklerinin alınması için gereklidir:

- Vajinal spekulum
- Pamuklu çubuk
- pH kağıtları
- Lami ve lamel



Kandida (Gram boyama)



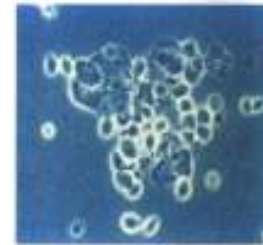
Kandida (%10 KOH preparatı)



Bakteriyel vajinozis (mikroskopik görünüm)



Bakteriyel vajinozis (mikroskopik görünüm)



Trikomonyzis (mikroskopik görünüm)

8. ADIM: Mikroskopta incelemeden önce, lamın havada kurumasını sağlayın. Kurutma işlemi, lama kurutma kağıdı ya da kağıt havlu dokundularak hızlandırılabilir. Silmeyin.

MIKROSKOBİK GÖRÜNÜM

Yayma önce küçük büyültmede (100x) taranarak uygun boyalı ve hücrelerin bulunduğu alanlar belirlenir. Daha sonra büyük büyültme (100x) kullanılarak mikroorganizmalar ve PNL'ler araştırılır. Doğru hazırlanmış skuamöz hücreler ve mukus pembe, Gram pozitif bakteriler mor, Gram negatifler pembe boyanır. Koklar yuvarlak, basiller çubuk şeklinde ya da kokobasiller (koklarla basiller arası) görünür. Gonokoklar gram negatif, böbrek ya da kahve çekirdeği biçimli diplokoklardır; büyüklükleri 0,6-0,8 µm'dir. PNL'lerin içinde diplokok görülmesi kuvvetle gonoreyi düşündürmelidir.

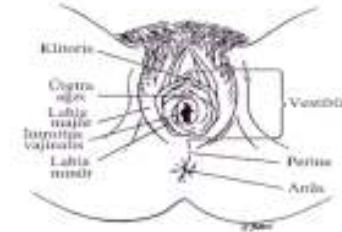
Lamda en az beş farklı alan incelemelidir. İyi bir preparat hazırlamak için vajinal kontaminasyon olmaksızın alınmış servikal sekresyon, lam üzerine düzgün yayılmalıdır. Yağ imersiyon alan başına (100x) birden fazla vajinal skuamöz epitel hücresi içeren örnekler kontamine olmuştur ve dikkatle yorumlanmalıdır.

GYE tanıma muayenesi yaparken anorması gereken iki önemli basamak vardır. Birincisi, enfeksiyon tanısında kayda değer bir bilginin edinilmesi amacıyla perine, vulva, vajina ve serviks dikkatle incelenmesidir. İkincisi ise, var olan herhangi bir enfeksiyonu kanıtlamak için en uygun örnek alma tekniğinin kullanılmasıdır.

Önce kadından muayene için hazırlanmasını isteyin. Her zaman mahremiyetine önem gösterin. Muayene edilecek kısım açıkta kalacak şekilde bir çarşaf ya da örtüyle üzerini örtün. Pelvik muayeneye geçmeden önce, karın muayenesi yapın ve bulguları kaydedin.

Vulvarın İnceletimi ve Palpasyonu

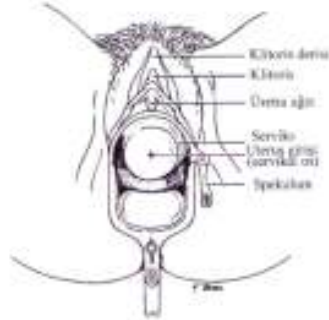
1. İki elinize de eldiven giyin. Eğer eldivenler tekrar kullanılabilir tiyorsa, her kullanımı sonrasında, dekontamine edilmiş, yıkanmış ve yüksek düzeyde dezenfekte ya da sterilize edilmiş olduğundan emin olun.
2. Kaşıyıcı döküntü ve lezyonlar açısından inceleyin.
3. Kaşıkları büyütme ve/veya duyarlı lef bezleri açısından palpe edin.
4. Pubik alan pubis bifidi, kızamıklık ve lef bezleri açısından inceleyin.
5. Vulva, perine ve perineal deriyi döküntüler, kızamıklıklar, sigiller ve şişlikler açısından inceleyin.
6. Labia ve üretral açıklığı lezyon ya da akıntı açısından inceleyin ve Bartholin bezlerini palpe edin.
7. Akıntının rengini, kokusunu ve niteliklerini kaydedin ve tetkik için vajinal, servikal ve/veya üretral örnek alın.



Spekulum Muayenesi

- Spekulumu nazikçe uygulayarak, vajinayı kızamıklık (eritem), akıntı, ülserler veya lezyonlar açısından inceleyin. Pamuklu çubuk kullanarak vajinal akıntının pH belilemek, serum fizyolojik ve KOH damlatmak üzere örnek alın.
- Servikse bakın. Ektoservikal ve endoservikal anomallikleri araştırın.
- Geniş pamuklu bir çubukla ektoserviksteki vajinal salguları silin. Bu sırada, gram boyama için de endoservikal örnek alın.

Sekil 10.2 Spekulum Muayenesi



Bimanüel Muayene

Dikkatli ve nazik bir şekilde vajinal duvarları, serviks, uterus ve adneksleri palpe ederek, inflamatuvar hastalık bulgusu olabilecek üst genital yol hassasiyetini araştırın.

Aşağıdaki durumlarda rektovajinal

- Bimanüel muayene bulguları belirgin değilse (örn. uterusun pozisyonu ve büyüklüğü doğrulanmamışsa)
- Uterus retrovert ise (arkaya dönük)

ÖRNEK ALMA

Serviks: Büyük gazlı bez kullanılarak serviks dikkatle silinir. Daha küçük pamuklu çubuk endoservikal osu yerleştirilir. Kanal içinde en az 10 saniye döndürülerek örnek alınır.

Üretra: Kişi, örnek alınmadan önce en az iki saat idrar yapmamış olmalıdır.

Kadında, eğer üretra ağzında vajinal akıntı varsa, önce gazlı bezle temizlenir. Daha sonra üretral ağzın hemen arkasındaki bölgeye dikkatlice bastırılarak elde edilen salgı pamuklu çubukla toplanır. Eğer salgı alınmazsa, ince pamuklu çubuk dikkatle üretra içine bir santimetre kadar itilir, on saniye kadar döndürülür ve çıkarılır.

Preparat hazırlama

1. ADIM: Örneği hemen cam lama aktarın ve çubuğu döndürerek ince bir kat düzenli yayma (smear) oluşturun. Gram boyamayı bozmamak için çubuğu lama sürtmemeye özen gösterin.

2. ADIM: Hazırlanan yaymayı havada kurutun. Preparatı, lami alt yüzeyinden, el sırtına değdiğinde sıcaklık hissedene kadar alev tutarak tespit edin. Alevde tespit edilen örnekleri boyama öncesi soğumaya bırakın.

3. ADIM: Preparata 10-15 saniye süreyle kristal viyole (ilk boyama) dökün. Daha sonra basınçlı olmayan akan su altında yıkayın.

4. ADIM: Lami kaplayacak şekilde iyot solüsyonu koyun. 10-15 saniye bekledikten sonra suyla yıkayın.

5. ADIM: Yaymayı kurumadan, mor renk kaybolana dek (yaklaşık 10-15 saniye) alkol, ya da aseton solüsyonuyla renksizleştirin.

6. ADIM: Lami suyla nazikçe yıkayın.

7. ADIM: Lama safranin dökerek 10-15 saniye bekleyin. Sonra yine suyla yıkayın.

- Düşük ısıya ya da buharlaşma sonucu yoğunluğu artmış SF kullanılması
- Preparatın geç değerlendirilmesi
- SF preparatının KOH ile kontaminasyonu
- Fazla SF kullanılması nedeniyle materyalin inceleme alanından hızla kayması
- Preparatın kaim hazırlanması
- Uygun ışık ve kontrast ayarının yapılmaması
- İncelemenin çok küçük bir alanda yapılması

GRAM BOYAMA

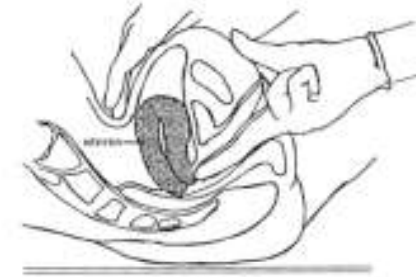
Gram boyama, servisit ve üretritlerde *Neisseria gonorrhoea*'nın kolayca saptanması, ayrıca bakteriyel mikrobik flora ve PNL saptanmasında yararlıdır.

Gerekli araç ve gereçler

- 2 mikroskop lamı
- 2-4 büyük gazlı bez
- 2 uzun pamuklu çubuk (servikal örnek için)
- 2 ince pamuklu çubuk (üretal örnek için)
- Gram boyama solüsyonları
- Su kaynağı olan lavabo ya da boyama tepsi
- Isıtıcı (ispirto ocağı)
- Kağıt havlu ve kurutma kağıdı
- Basit mikroskop

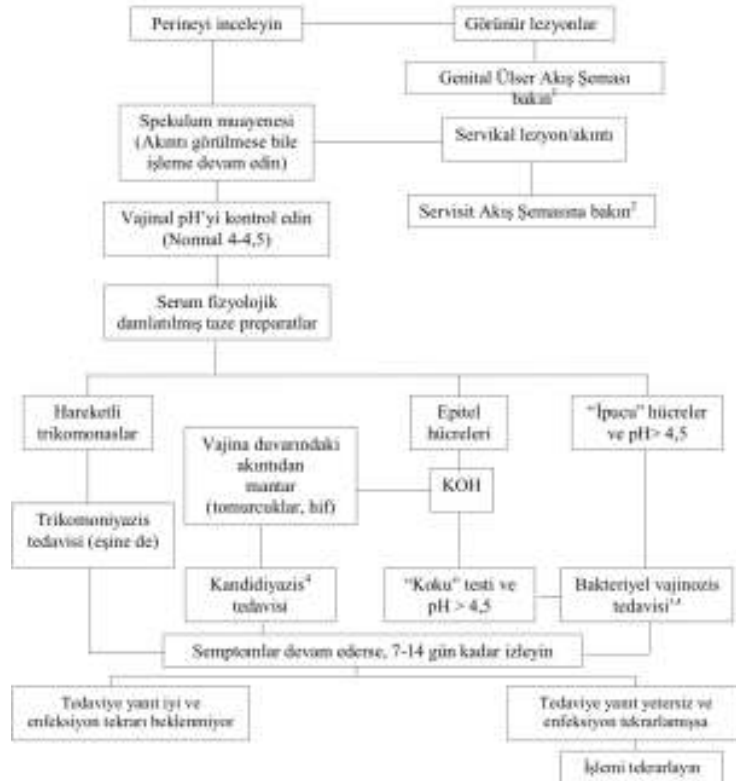
- Bimanüel muayene sonunda cul-de-sac hassasiyeti veya kitle saptanmışsa

Şekil 10.3 Bimanüel Muayene Yapılması



**AKIŞ ŞEMASI-I
VAJİNAL AKINTI: VULVOVAJENİT**

08



¹ Vajinal akıntıya mantıkla değeriendir. Kivi klinikten ayrıldıktan önce semptomatik ve asemptomatik tüm durumlar için tedavi yapılmalıdır.
² Genereyi kontrol etmek için (Bkz. Servisit Akış Şeması) tedaviye başlamadan önce servikal yaymayı Gırtlak ile boyayın.
³ Eğer > 500 ipucu hücreleri varsa servisit "koku" testi pozitifse, bunu olan bakteriyel vajinozis olarak değerlendirin; diğer semptomatik ise tedavi edin. Eğer taze preparattaki bulgular şüpheliyse, tanıyı doğrulamak için Gırtlak ile boyayın.
⁴ Bakteriyel vajinozis ve kandidiyazisin mikroskopik olarak ayrılması zordur; bu tür bulgular ancak yetki bulunan ya da bilgilendirilmiş genital hastalıklar için yapılır.

DEĞERLENDİRME

17

Trichomonas ve ipucu hücreleri yalnızca serum fizyolojik preparatında görülür; KOH ile parçalanır.

Z. vaginalis vajiniti

Hareketli tek bir organizmanın varlığı bile tanı için yeterlidir. Hareketli trichomonaslar küçük büyültmede (10x) kolayca görülür. Büyük büyültme (40x) ise daha yavaş hareket eden organizmaları saptamak için kullanılabilir. Ortamda genellikle çok sayıda polimorf nüveli lökosit (PNL) de bulunur.

Bakteriyel Vajinozis

Büyük büyültme (40x) alanında 20'den fazla ipucu hücresi bulunması ve PNL'lerin az olması ya da hiç olmaması bakteriyel vajinozisi destekler.

Kandida vajiniti

Serum fizyolojik preparatı: Epitel hücreleri kandida'yı gizleyebilir; ancak psödohip ve tomurcuk hücreleri bazen görülebilir. PNL bulunabilir ya da bulunmayabilir.

KOH preparatı: Epitel hücreleri, eritrosit ve PNL'ler parçalandığından tomurcuklu kandida ve dallanmış tomurcuklu psödohipler kolayca görülür. Kandida aranırken küçük büyültme (10x) kullanılmalı ve büyük büyültmede (40x) doğrulanmalıdır.

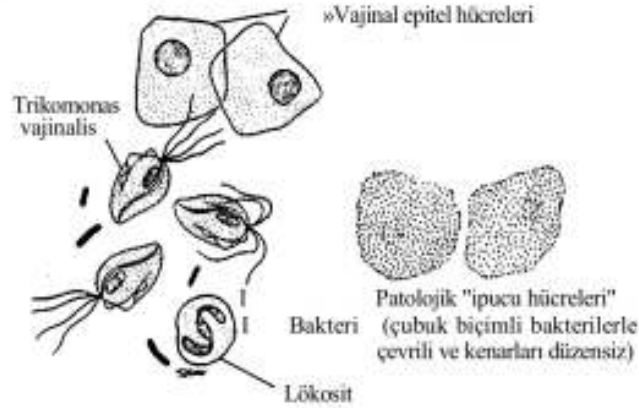
Serum fizyolojik ve KOH preparatları vajinal enfeksiyon varlığını saptamada en önemli klinik tetkiklerdir. Trichomonas vajiniti tanısında, serum fizyolojik preparatının duyarlılığı %70' tir. Kandida vajiniti tanısında, KOH preparatının duyarlılığı ise %50'dir.

Sık yapılan hatalar

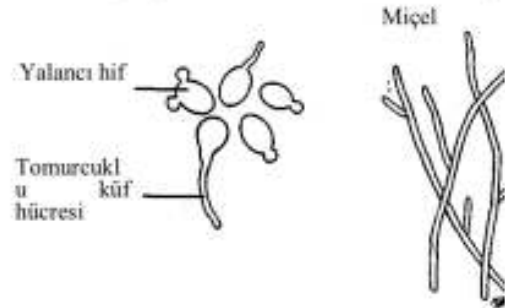
Aşağıdaki teknik hatalar serum fizyolojik (SF) ve KOH preparatlarının duyarlılığını azaltır:

- Örneğin endoserviksten alınması

Şekil 10.4 Serum fizyolojik preparatın mikroskopik görünümü



Kandida (*monilia albicans*): Tomurcuklu kandida hücreleri küçük ya da büyük büyütme alanında görülür. Bu hücreler normal vajinal florada da bulunabilir. Ancak lif (uzun, tübüler lif yapıları) yalnız kandida vajinitinde görülür (Bkz. Şekil 10.5).

Şekil 10.5 KOH preparatında kandidanın (*monilia albicans*) görünümü

VULVO-VAJİNİT

Tanıda Yararlı Bilgiler

- Vajinal akıntı yoklanmasıyla başvuruların tümüne, tarama ya da ayrıntılı GYE öyküsündeki soruların herhangi birine evet yanıtı veren herkese, tam bir değerlendirme yapılmalıdır (Akıntı görülmesi de patoloji mevcut olabilir).
- Kişinin adet kanaması olsa bile değerlendirme yapılabilir; eğer kişi yine de muayeneyi erteleneyi arzu ederse adet bitiminden sonra mümkün olan en kısa zamanda kliniğe geri gelmelidir.
- Trikomonis ve bakteriyel vajinoziste vajinal pH genellikle yükselmiştir (>4,5). Vajinal pH'yi yükselten diğer nedenler şunlardır: gebelik, vajinal salgıda sperm, kan ya da menstrüel sıvının olması.
- Trikomonastlar en iyi serum fizyolojik damlatılmış preparatlarda görülür.
- Kandida'nın serum fizyolojik damlatılmış preparatta görülmesi, vajinanın epitel hücreleri ve lökositler gibi diğer dökülen hücreler nedeniyle oldukça zordur. Kandida'yı en kolay gösterme yolu olan KOH damlatılmış preparatların yaklaşık %50-60'ında etken saptanır. Bu nedenle kandida belirtileriyle gelen bir kadın, serum fizyolojik ve KOH damlatılmış preparatlar negatif olsa bile, tedavi edilmelidir.
- Kandida'nın incelenebilmesi için vajina duvarındaki akıntıdan alınan materyalle preparat hazırlanmalıdır.
- Bakteriyel vajinozis'in tanı kriterleri: Bakteriyel vajinozis tanısı için aşağıdaki dört kriterden üçünün olması gerekir.
- pH, 4,5'ten fazla (pH'nin 4,5'ten az olması vajinal akıntının nedeni olarak vajinozisi dışlar)

- İpucu hücrelerinin %20'den fazla olması
 - Alınan örneğe KOH eklendiğinde pozitif "koku" testi - balıgımsı koku
- Şüpheli durumlarda, vajinal akıntının Gram boyasında Gram negatif organizmaların Gram pozitif laktobasillerden (normal flora) daha fazla olduğunun gösterilmesi, bakteriyel vajinozis tanısını destekler.

Bakteriyel vajinozisli kadınların yalnız semptomatik olanları tedavi edilmelidir:

- * Semptomatik vajinal akıntı öyküsü olan, fakat muayenede görünür akıntısı ya da mikroskopik incelemede vajinal bulgusu olmayan kadınlar, eğer semptomları devam ederse, yedi gün içinde tekrar muayene edilmelidir. Muayeneden önce, en az iki gün vajinal yıkama yapmamalıdır.

Aile planlamasında göz önüne alınacak konular

- * Kandida ya da bakteriyel vajinozis gibi basit vulvo-vajinit tedavisi görmüş kadınlarda ve hiçbir patojen saptanmaksızın artmış vajinal akıntısı olanlarda RIA güvenle uygulanabilir.
- * RIA kullanıcısının tekrarlayan, semptomatik bakteriyel vajinozis sorunu varsa, tekrarlarına sıklığını azaltmaya yardımcı olabilecek vajinal spermisitleri kullanması önerilir.

Mikroskopik değerlendirmenin amacı organizmaların saptanmasıdır. Yağ immersiyonu altında örnekteki her alanda vajinal epitel hücrelerine oranla PNL'lerin sayısı, laktobasiÜerin (uzun, ince Gram pozitif çubuk) ya da kokların hakim olması ve ipucu hücrelerinin varlığı değerlendirilir.

Trikomoniyazıs: Mikroskop altında incelendiğinde, trikomonastlar, tipik düzensiz hareketleriyle tanınır. *T. vaginalis* iltihap hücresinden çok az küçük, armut şeklinde bir organizmadır (Bkz. Şekil 10.4).

Bakteriyel vajinozis: Bakteriyel vajinozis etkenlerinin tümü bilinmemekteyse de, *Gardnerella vaginalis* genellikle en sık rastlanan mikroorganizmadır. Serum fizyolojik preparatında %20'den fazla ipucu hücresinin varlığı bakteriyel vajinozis lehinedir.

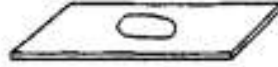
incelenir. Test tüpü, SF, KOH preparatı ve Gram boyama, gerektiğinde tekrar kullanılmak üzere saklanmalıdır.

Potasyum hidroksit (KOH) preparatı

Serum fizyolojik seyreltilmiş vajinal sekresyon içeren test tüpünden bir damla, temiz ve kuru bir lama damlatılır. Bir damla %10 KOH eklenerek koklanır (koku testi). Çok sayıda bakteri ya da trikomonas içeren vajinal sekresyona KOH eklendiğinde "balkısı" bir koku alınırsa test pozitifdir. KOH "koku" testinin ardından, lam üzerine bir lamel kapatılarak hazırlanan örnek hem küçük hem de büyük büyütme altında düşük ışık ayarıyla incelenmelidir.

KOH preparatı hazırlamak için:

1. ADIM : Lam üzerine bir damla vajinal akıntı koyun.



2. ADIM : Temiz pamuk uçlu çubuk kullanarak örneği iyice karıştırın.



3. ADIM : Örneğe bir damla %10 KOH ekleyin ve koklayın; karıştırıp lamelle kapatarak mikroskop altında inceleyin.



TABLO 1 BAZI GUYELERİN KLİNİK BULGULARI

GUYE	ETKEN	BELİRTİLER	TANI
Vajinal Üretral Akıntı			
Bakteriyel Vajinosis (Gardnerella vajinali)	Biriken bula bulaçtan neden olabilir (özellikle anaeroblar) Her zaman atısal yolla bulaşmaz.	Balkısı kokulu, grimsi vajinal akıntı olur.	Serum fizyolojik (SF) ile dağıtılan örneklerde > %20 "ıpeksi kokusu" (bakteriyel kaplanın vajinal epitel bacakları) görülürse, vajinal pH yükselmesi (Akay Serumu D).
Kandidiazis (Mantar)	Mantar (cayırtağıyla Cansızdır, obituzoz) Genellikle atısal yolla bulaşır.	Kadınlarda • Peynirimsi beyaz vajinal akıntı • Vulvada şiddetli kaşıntı • İritasyonlar • Perine kaşınması (barbant)	Belirtilerle eşleşen tam, örnek üzerine SF ya da KOH damlatılarak hazırlanan örneklerden mikroskopik incelemeyle doğrulanır (Akay Serumu D)
Trichomoniasis	Trichomonas vaginalis	Kadınlarda • Şiddetli köpüklü (baloncuklu) kırmızı-kahverengi vajinal akıntı olur. Ergenlerde • Üretral akıntı görülür.	Her iki cinsiyette de tam, SF damlatılarak hazırlanan örneklerin karışık hareketlenmesiyle doğrulanır (Akay Serumu D).

MİKROSKOBİK İNCELEME

SERUM FİZYOLOJİK VE POTASYUM HİDROKSİTLİ PREPARATLAR, VAJİNAL pH

Bakteriyel vajinoziste "ıpsucu" hücrelerinin görülmesi ve KOH "balıksı" kokunun (koku testi) saptanması rutin incelemelerdir. Ayrıca vajinal pH'nin değerlendirilmesi bakteriyel vajinozis tanısında (pH>4,5) yararlıdır.

Gerekli araç ve gereçler

1. Lam
2. Lamel
3. 1 ml serum fizyolojik (%0,9 NaCl) içeren test tüpü
4. % 10 KOH
5. Renk skalalı pH kağıdı
6. 2 pamuklu çubuk
7. Basit mikroskop

ÖRNEK ALMA

Vajinal pH

Örnek almak için, pamuk uçlu çubuk servikal akıntıya değdirilmeden vajinal sekresyonla ıslatılır. Çubuk, doğrudan pH kağıdına dokundurularak renk skalası yardımıyla pH saptanır. Aynı çubuk serum fizyolojik preparatı için de kullanılır.

Serum fizyolojik (SF) preparatı

1. ADIM : Vajinal sekresyon emsdirilmiş çubuğu, oda sıcaklığında, küçük bir test tüpündeki 1 ml serum fizyolojik içine daldırın.



12

2. ADIM : Pamuklu çubukla serum fizyolojisi karıştırarak vajinal sekresyonun dağılmasını sağlayın.



3. ADIM : Hazırladığımız sıvı örneğinden lam üzerine 1-2 damla koyun, lamelle kapatın ve hemen değerlendirin.



Vajinal akıntının daha "çabuk" değerlendirildiği bir başka seçenekte, serum fizyolojik preparatı şu şekilde hazırlanmaktadır.

1. ADIM : Lam üzerine bir damla vajinal akıntı koyun



2. ADIM : Temiz bir pamuk uçlu çubuk kullanarak, örneği iyice karıştırın.



3. ADIM : Örneğe bir damla serum fizyolojik (%0,9 NaCl) ekleyin.



4. ADIM : Üzerini lamelle kapatarak önce küçük büyültmede (10x) alan bulun, sonra 40x büyültmede hemen inceleyin.



Serum fizyolojik preparatı bu yöntemlerden herhangi biriyle hazırlandıktan sonra, tüm alan önce düşük ışık ve yüksek kontrast ayarı yapılarak küçük büyültme altında incelenir. Daha sonra büyük büyültmeye geçilerek en az beş kuşku alan

13

EK VIII : Araştırma Uygulama İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
PROF.DR.FERHAN ÖZMEN
KAYSERİ DOĞUM VE ÇOCUK BAKIMDEVI
HASTANESİ BAşTABIPLIĞI

SAYI : 2553
ÖZEL NO : 3-005/
KONU : Öğretim Görevlisi Handan ZİNCİR

TARİH
15.10.2004

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
KAYSERİ

İlgi: 13.10.2004 tarih ve B.30.2.ERC.0.66.00.00/555 sayılı yazınıza.
Yüksekokulunuz Öğretim Görevlisi Handan ZİNCİR'in hastanemizde araştırma yapması uygundur.
Bilgilerinize arz ederim.

Uz.Dr. İbrahim ÖZER
Baştabip

EKLERİ:

EK XI : Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul İzni

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI : 2004-73
KONU : Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
01.12.2004

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında Prof.Dr.Ayla Bayık'ın danışmanı olduğu Doktora öğrencisi Handan Zincir'in 25.11.2004 – 15.12.2005 tarihleri arasında yapmayı planladığı "RİA'ya Özel Danışmanlık İlkesine Göre RİA Uygulaması ve Genital Hijyen Eğitiminin Vulvovajinal Enfeksiyonların Görülmesine Etkisi" konulu araştırma 30.11.2004 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve "Araştırmanın Yürütülmesi Uygun" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Doç.Dr. İsmet EŞER
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı



EK X : RIA Uygulamasına Yönelik Sertifika

KATILIM BELGESİ

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇS/AP) Genel Müdürlüğü

ve

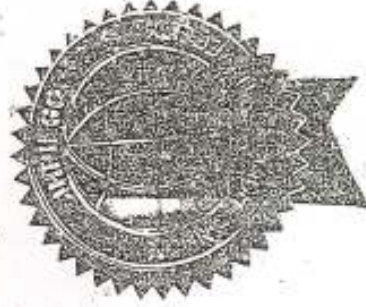
Johns Hopkins Uluslararası Üreme Sağlığı Eğitim Programı (JHPIEGO)

işbirliği ile 5-23 Şubat 2001 tarihlerinde düzenlenen

Aile Planlaması Klinik ve Eğitim Becerileri Kurslarına katılmış olan

Handan Zincir

bu katılım belgesini almaya hak kazanmıştır.



Dr. M. Rifat Köse
Ana Çocuk Sağlığı ve
Aile Planlaması Genel Müdürü

Dr. Behire Özek
JHPIEGO Türkiye Temsilcisi

Handan Zincir

EK XI : GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞLARI KONTROL LİSTESİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ ALINAN UZMANLARIN LİSTESİ

Prof. Dr. Ayla BAYIK	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Doğum, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. E.Ümit Seviğ	Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Süheyla A. ÖZSOY	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yrd. Doç. Dr. Mürivvet Başar	Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Doğum, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yrd.Doç. Dr. Emel Ege	Selcuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu Doğum, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZGEÇMİŞ

03.08. 1972 tarihinde Malatya'da doğdu. İlkokul, Orta ve lise öğrenimini Malatya'da tamamladı. 1991 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğrenime başladı ve 1995 yılında mezun oldu. Aynı yıl İnönü Üniversitesinin açmış olduğu öğretim görevlilik sınavını kazanarak Malatya Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda çalışmaya başladı. 1997 - 1999 tarihinde Tıp Fakültesinin Halk Sağlığı Anabilim Dalında yüksek lisans programını tamamladı. 2001- 2002 tarihleri arasında tarihinde Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek lisans derslerini tamamladı. 2001 tarihinde açmış Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nce açılan Halk Sağlığı Hemşireliği alanında doktora sınavını kazanarak, doktora çalışmalarına başladı. Halen Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulunda öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır.

Türk Hemşireler Derneği, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği, Evde Bakım Derneği, Halk Sağlığı Kurumu Derneği üye olduğu mesleki kuruluşlardır. Yabancı dili İngilizce olan Handan ZİNCİR evli ve bir çocuk annesidir.