



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**SAMSUN İLİ ÇARŞAMBA İLÇESİNDE KIRSAL NÜFUSU
KAPSAYAN BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE KAYITLI 15-49
YAŞ KADINLAR ARASINDA VAJİNİT PREVALANSI**

Çiğdem Büşra YURTTAŞ AKAR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Raziye ÖZDEMİR

KARABÜK
2019

TEZ ONAYI

Çiğdem Büşra YUTTAŞ AKAR'IN hazırladığı “ **Samsun İli Çarşamba İlçesinde Kırsal Nüfusu Kapsayan Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı 15-49 Yaş Kadınlar Arasında Vajinit Prevalansı**” adlı bu çalışma 01/03/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından **EBELİK ANABİLİM DALI**'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Ünvan Adı SOYADI

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Raziye ÖZDEMİR.

Ünvan Adı SOYADI

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba DEMİRİZ YÜCER

Ünvan Adı SOYADI

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Fadime ÜSTÜNER TOP

Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından **YÜKSEK LİSANS** tezi olarak onaylanmıştır.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN

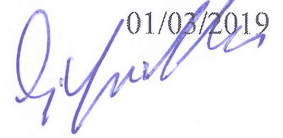
Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

Çiğdem Büşra YURTTAŞ AKAR

01/03/2019


TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışma süresi boyunca, bilgi ve tecrübeleri ile bana destek olup çalışmanın her aşamasında sabırla ve özgün tavrı ile bana yol gösteren kıymetli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Raziye ÖZDEMİR başta olmak üzere,

Lisans eğitimim sırasında mesleki donanımı ile bana ışık tutan ve güven veren, bakış açısına hayran kaldığım kıymetli hocam Doç. Dr. Serap EJDER APAY'a,

Beni üstün fedakarlıklar ile yetiştirerek bugünlere gelmemi sağlayan ve her daim ardımda olup varlıklarından güç aldığım çok kıymetli anne ve babam başta olmak üzere, abim Ufuk Oğuzhan YURTTAŞ, ablam Bilgehan OCAKKÜÇÜK ve kardeşime,

Her daim olduğu gibi Yüksek Lisans eğitimim boyunca da bilgi ve tecrübeleri ile yanımda olarak desteğini esirgemeyen ve verilerimi toplama aşamasında da bana yardımcı olan kıymetli eşim Dr. Hamza AKAR'a,

En içten duygularım ile sevgilerimi sunar, teşekkür ederim.

Çiğdem Büşra YURTTAŞ AKAR

Bu araştırma Karabük Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından KBÜ-BAP-17-YL-417 Nolu proje numarası ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	ii
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
EKLER DİZİNİ	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Vajinal Enfeksiyonun Tanımı	4
2.1.1. Vajinal Akıntı	4
2.2. Genital Yol Enfeksiyonları	6
2.2.1. Bakteriyel Vajinozis	6
2.2.2. Vulvavajinal Kandida	9
2.2.3. Trikomoniasis	11
2.2.4. Gonore	14
2.2.5. Klamidya	14
2.2.6. Sifiliz	15
2.3. Vajinal Enfeksiyonların Önlenmesinde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Rolü	15

3. GEREÇ ve YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Tipi.....	17
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	17
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	17
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	18
3.4.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni	18
3.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	19
3.5. Veri Toplama Araçları	23
3.6. Verilerin Toplanması	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler.....	24
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	25
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler.....	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
6.1. Sonuç	54
6.2. Öneriler	54
7. KAYNAKLAR	56
8. EKLER	64
Ek 1. Veri Toplama Formu	64
Ek 2. Vajinal Enfeksiyon Değerlendirme Formu.....	71
Ek 3. Etik Kurul Onayı	72
Ek 4. Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma İzni	74
9. ÖZGEÇMİŞ	76

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın Akış Şeması.....	22
Şekil 2. Araştırma Kapsamındaki Kadınların Vajinal Enfeksiyon Açısından Muayene Sonuçları	37



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri, Sağlık Durumları ve Alışkanlıkları	27
Tablo 2. Araştırma Grubunun Doğurganlık Özellikleri	29
Tablo 3. Araştırma Grubunun Hijyen Davranışları	31
Tablo 4. Kadınların Kendi Bildirimlerine Dayalı Jinekolojik Yakınmaları	33
Tablo 5. Jinekolojik Muayeneyi Kabul Eden Kadınlardan Elde Edilen Bulgular (n= 114)	35
Tablo 6. Araştırmada Saptanan Vajinal Enfeksiyonların Dağılımı	38
Tablo 7. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri ile Vajinal Enfeksiyon İlişki	39
Tablo 8. Araştırma Grubunun Üreme Sağlığı Değişkenleri ile Vajinal Enfeksiyon Arasındaki İlişki	41
Tablo 9. Araştırma Grubunun Hijyen Davranışları ile Vajinal Enfeksiyon İlişkisi	42
Tablo 10. Kadınların Kendi Bildirimlerine Göre Cinsel Davranışları, Jinekolojik Yakınmaları ve Hekime Başvuruları ile Vajinal Enfeksiyon Arasındaki İlişki	43
Tablo 11. Vajinal Enfeksiyon Varlığı ile Bağımsız Değişkenler Arasında Lojistik Regresyon Analizi	44

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Veri Toplama Formu

Ek 2. Vajinal Enfeksiyon Değerlendirme Formu

Ek 3. Etik Kurul Onayı

Ek 4. Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ Araştırma İzni



KISALTMALAR DİZİNİ

AP:	Aile Planlaması
ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
HIV:	Human İmmunodeficiency Virus (İnsan İmmun Yetmezlik Virüsü)
KOH:	Potasyum Hidroksit
RIA:	Rahim İçi Araç
PID:	Pelvic İnflammatory Disease (Pelvik İnflamatuvar Hastalık)

ÖZET

Samsun İli Çarşamba İlçesinde Kırsal Nüfusu Kapsayan Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı 15-49 Yaş Kadınlar Arasında Vajinit Prevalansı

Bu çalışmanın amacı, Samsun'un Çarşamba ilçesinde Gökçeçakmak Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) kayıtlı 15-49 yaş grubu evli kadınlar arasında vajinal enfeksiyon semptomlarının yaygınlığının saptanması, bakteriyel vajinozis ve kandida ile uyumlu vakaların tanımlanması ve vajinal enfeksiyon ile ilişkili etmenlerin belirlenmesidir. Kesitsel araştırmanın çalışma grubunu, Gökçeçakmak ASM'ye kayıtlı 15-49 yaş grubu toplam 313 evli kadının 163'ü oluşturdu. Veri toplama aşamasında ilk olarak, kadınlara bir soru formu uygulandı ve jinekolojik muayeneyi kabul edip etmedikleri soruldu. Vajinal enfeksiyon, muayeneyi kabul etmeyen kadınlarda (n= 49) mevcut yakınmalarına göre; jinekolojik muayeneyi kabul eden kadınlarda (n= 114) ise 1) inspeksiyon, 2) palpasyon, 3) bimanuel muayene 4) spekulum muayenesi, 5) vajinal pH ölçümü, 6) whiff testi, 7) mikroskopik inceleme işlemlerine dayanarak belirlendi. Bakteriyel vajinozis ve kandida tanısında sırasıyla amsel tanı kriterleri ve sendromik yaklaşım kullanıldı. Tüm tanısal işlemler, aile hekiminin eşliğinde gerçekleştirildi. Çalışmanın tanımlayıcı verileri, ortalama±standart sapma ve yüzde dağılım biçiminde özetlendi. Ki-kare testi ile yapılan analizlerde anlamlı bulunan değişkenler ($p<0,05$), binary lojistik regresyon modeline alındı. Çalışmada, kadınların %78,6'sında (n= 88) vajinal enfeksiyon saptanmıştır (bakteriyel vajinozis %33,0, kandida %23,9, miks enfeksiyonlar %13,0, diğer vajinal enfeksiyonlar %29,5). Vajinal enfeksiyon riskini günlük ped kullanımı 6,5 kat, vajinal duş yapmak 2,5 kat ve rahim içi araç kullanımı 5,1 kat artırıyordu. Çalışma, yaklaşık olarak her beş kadından dördünde vajinal enfeksiyon bulunduğunu göstermektedir. Vajinal enfeksiyonların erken tanısını ve tedavisini sağlamak için birinci basamak sağlık kuruluşlarının tanı kapasitesi güçlendirilmeli ve 15-49 yaş izlemlerinin etkinliği artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bakteriyel vajinozis, birinci basamak, kandida, 15-49 yaş kadın, vajinal enfeksiyon

SUMMARY

Prevalence of Vaginitis Among 15-49 Age Women Registered in a Family Health Center Covering Rural Population in Çarşamba, Samsun

The aim of this study was to determine the prevalence of vaginal infection symptoms among married women aged 15-49 who were enrolled in the Gökçeçakmak Family Health Center (FHC) in Çarşamba, to identify candida and bacterial vaginosis cases and to determine the factors associated with vaginal infection. The population of this cross-sectional study consisted of 163 (52.1%) of 313 married women aged 15-49 who were registered to Gökçeçakmak FHC. In the data collection phase, firstly, a questionnaire was applied to women and they were asked whether they accepted a gynecological examination. Vaginal infection in women who did not accept the examination (n=49) was determined based on the current complaints; and in women who accepted the gynecological examination (n=114) it was determined based on the following procedures 1) inspection, 2) palpation, 3) bimanual examination, 4) speculum examination, 5) vaginal pH measurement, 6) whiff test, 7) microscopic examination. For diagnosis of bacterial vaginosis and candida, Amsel Diagnostic Criteria and Syndromic Approach were used respectively. All diagnostic procedures were performed with the family physician. Descriptive data of the study were summarized as mean±standard deviation and percentage distribution. Variables ($p<0.005$) which were found to be significant in chi-square test were taken into binary logistic regression model. In the study, vaginal infections were detected in 78.6% (n=88) of women (bacterial vaginosis 33.0%, candida 23.9%, mixed infections 13.0%, other vaginal infections 29.5%). Infection risk increased 6.5 times with daily use of pads, 2.5 times with vaginal shower and 5.1 times with intrauterine device use. The study showed that approximately four out of five women have vaginal infection. In order to ensure the early diagnosis and treatment of vaginal infections, the diagnostic capacity of primary health care facilities should be strengthened and the effectiveness of 15-49 age follow-ups should be increased.

Keywords: bacterial vaginosis, candida, 15-49 years old female, primary care, vaginal infection

GİRİŞ VE AMAÇ

Vajinal enfeksiyon, patojen mikroorganizmaların bulaşması veya vajinal floranın bozulması ile vajende meydana gelen enfeksiyonlardır. Doğurganlık çağında yaygın görülen ve tedavi edilmediği takdirde kadınlarda kronik rahatsızlıklar, infertilite ve kanser gibi ciddi sağlık sonuçlarına (Kısa 2007, Erdoğan 2011) zemin hazırlayan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Ranjan et al. 2003).

Dünyada yaygın olarak karşılaşılan başlıca vajinal enfeksiyonlar arasında bakteriyel vajinozis ve kandida bulunmaktadır. Bakteriyel vajinozis, dünyada her yıl 13 milyon kadını etkileyen vajinal enfeksiyonların (Orbak 2008) %10-30'unu oluşturmaktadır (Owen and Clenney 2004). Yalnızca Amerika'da her yıl üç milyon semptomatik bakteriyel vajinozis olgusu ortaya çıkmaktadır (Günay ve Aksakoğlu 2002). Yaygın görülen diğer bir enfeksiyon olan kandidanın sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte, kadınların %75'inin yaşamlarının herhangi bir döneminde kandida türleri ile enfekte olabileceği tahmin edilmektedir (Karadeniz 2009). Kandida enfeksiyonu, Amerika'da ve Avrupa'da vajinal enfeksiyonlar arasında ikinci sırada yer almaktadır (Dalbudak 2012, Xie et al. 2017). Türkiye'de 15-49 yaş arası kadınlarda vajinal enfeksiyon sıklığı %35-68 arasında bildirilmektedir (Erdoğan 2011) ve bu enfeksiyonların büyük bölümünü (%40-50) bakteriyel vajinozis oluşturmaktadır (Değirmenci 2009).

Vajinal enfeksiyonların erken tanısında kullanılan yöntemlerden biri sendromik yaklaşımdır. Sendromik yaklaşım, semptom ve klinik bulgulara dayanarak enfeksiyon tanısının konulmasıdır (Ranjan et al. 2003). Maliyet etkin ve etkili bir tanı yöntemi olmasının yanı sıra ilk başvuruda tedavi olanağı sunan sendromik yaklaşım, laboratuvar olanakların yetersiz olduğu birinci basamak sağlık kuruluşları için önerilen bir tanı yöntemidir ve özellikle kandida enfeksiyon tanısında sıklıkla tercih edilmektedir (Erdoğan 2011, Bengi vd. 2014). Hindistan'da birinci basamak sağlık kuruluşunda sendromik yaklaşım kullanılarak 300 kadın ile yapılan araştırmada, kadınların %52'sinde vajinal enfeksiyon bulunduğu; vakaların %28'ini kandidanın,

17'sini ise bakteriyel vajinozis ve trichomoniasis enfeksiyonlarının oluşturduğu bildirilmiştir (Ranjan et al. 2003). Ülkemizde Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi jinekoloji, onkoloji ve aile planlaması (AP) polikliniğine başvuran kadınların şikayetleri ve jinekolojik muayene bulgularına göre koydukları ön tanı çalışmasında bakteriyel vajinozis %36, kandida %14, trikomoniasis %4, miks enfeksiyon %37 saptanır iken, amsel tanı kriterleri, direk mikroskopik inceleme, kültür yöntemi kullanılarak yapılan son tanı çalışmasında bakteriyel vajinozis %16, kandida %27, trikomoniasis %3 ve miks enfeksiyon %17 olarak saptanmıştır (Erdoğan 2011). Vajinal enfeksiyonların tanısında yaygın olarak kullanılan diğer bir yöntem amsel tanı kriterleri'dir. Amsel tanı kriterleri, 1983 yılından bu yana özellikle bakteriyel vajinozis tanısında uygulanmaktadır (Ersun 2008, Erdoğan 2011). Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşunda sendromik yaklaşım, amsel tanı kriterleri ve gram boyama tanı yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilen bir araştırmada, vajinal akıntı yakınması ile başvuran 15-49 yaş arası 112 kadında kandida %17, bakteriyel vajinozis ve trikomoniasis %3 düzeyinde saptanmıştır (Ersun 2008). Başka bir araştırmada ise amsel tanı kriterleri ile bakteriyel vajinozis sıklığı %38 olarak saptanmış ve bu yöntemin birinci basamak koşullarında uygulanması ile bakteriyel vajinozise bağlı komplikasyonların önlenmesine katkı sağlanabileceği belirtilmiştir (Değirmenci 2009).

Vajinal enfeksiyonların önemli bir kısmı birinci basamak sağlık kuruluşlarında tanı alabilecek ve tedavi edilebilecek nitelikte olmasına karşın, vajinal enfeksiyonlardan köken alan jinekolojik şikayetleri olan pek çok kadın birinci basamağa uğramadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Ülkemizde vajinal enfeksiyonların birinci basamak koşullarında tanı, tedavi ve izlem aktiviteleri konusunda gerçekleştirilen sınırlı sayıdaki araştırmalar (Bezircioğlu ve Öniz 2004, Kısa 2007, Ersun 2008, Aytaç ve Eryılmaz 2009, Özer 2013), birinci basamakta vajinal enfeksiyonlara tanı konulmasının maliyeti azaltma, kolay uygulama, tedaviye erken başlama ve komplikasyonları önleme açısından etkili olduğunu göstermektedir (Ozan ve Özerkan 2008, Değirmenci 2009, Erdoğan 2011).

Samsun ili arşamba ilçesinde bulunan Gökçeçakmak Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) bağlı dört köyde gerçekleştirilen bu çalışma, 15-49 yaş evli kadınlar arasında vajinal enfeksiyon semptomlarının saptanarak kandida ve bakteriyel vajinozis ile uyumlu vakaların ve vajinal enfeksiyonlar ile ilişkili etmenlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.



GENEL BİLGİLER

2.1. Vajinal Enfeksiyon Tanımı

Vajinal enfeksiyon, normal vajen florasında bulunan mikroorganizmaların çoğalmasına ya da cinsel temas sırasında bulaşan mikroorganizmalara bağlı olarak ortaya çıkan enfeksiyonlardır (Dalbudak 2012). Dünyada ve ülkemizde yaygın görülen ve sıklığı giderek artan bu enfeksiyonlar, vulvada kaşıntı, cinsel ilişki sırasında yanma, kanama, ağrı ve vajinal akıntıda kötü koku gibi semptomlar ile ortaya çıkar (Orbak 2008, Avanlou 2017).

2.1.1. Vajinal Akıntı

Vajinal akıntı, vajende bulunan epitel hücrelerin, salgı bezlerinin sekresyonlarının ve servikal mukusun karışması sonucunda oluşur. Vajinal akıntı fizyolojik ve patolojik olmak üzere iki şekilde görülür. Fizyolojik vajinal akıntının başlıca özellikleri renksiz, kokusuz ve asidik yapıda olmasıdır. Ayrıca fizyolojik akıntı, vulva ve vajende irritasyona veya kaşıntıya neden olmaz (Mustafaoğlu 2011, Özer 2013). Fizyolojik akıntının miktarı premenstrual dönemde, ovulasyon zamanında ve cinsel uyarılmada artar (Erdoğan 2011). Altta yatan bir patolojiye işaret eden patolojik akıntı ise renkli ve kötü kokuludur ve akıntı ile birlikte genellikle vulvada kaşıntı, yanma, disüri, cinsel ilişki sırasında ağrı gibi yakınmalar bulunur. Patolojik akıntının başlıca nedeni vajinal enfeksiyonlardır (Chaudhary et al. 2012). Trikomoniasis, bakteriyel vajinozis, kandida (Yıldırım 2009), gonore, klamidya, sifiliz ve pelvik inflamatuvar hastalık (PID) patolojik vajinal akıntıya neden olur. Bunun yanı sıra vajendeki atropik değişiklikler, kimyasal irritasyon, fiziksel travma, yabancı cisimler, neoplazi gibi durumlar da patolojik vajinal akıntı nedenleri arasındadır (Maraklı 2006, Kısa 2007, Erdoğan 2011). Amerika'da her yıl on milyon kadının patolojik vajinal akıntı yakınması ile hekime başvurduğu, benzer şekilde Güney Asya'da kadınlarda patolojik akıntının yaygın bir sorun olduğu bildirilmektedir (Owen and Clenney 2004).

Türkiye’de ise doğurganlık çağındaki jinekolojik yakınması olan kadınların sağlık kuruluşuna başvuru nedenleri arasında ilk sıralarda patolojik vajinal akıntı yer almaktadır (Bengi vd. 2014). Patolojik vajinal akıntı, kadınlarda özgüven eksikliği, sosyal izolasyon, yaşam kalitesinde azalma gibi sorunların (Erdoğan 2011) yanı sıra infertilite, ektopik, PID ve cinsel yolla bulaşan hastalık riskinin artması gibi pek çok komplikasyona neden olur (Ozan ve Özerkan 2008, Amabebe and Anumba 2018).

Vajinal akıntı, kadın sağlığının korunması ve sürdürülmesi açısından önemli bir bulgudur ve dikkatle ele alınması gerekir. Ancak sosyoekonomik ve kültürel faktörler, yaşanılan yerleşim yeri, yakın çevresinde yaşayan insanların tutumlarına göre davranış belirleme, damgalanma korkusu ve jinekolojik muayeneden çekinme gibi nedenlerle kadınların vajinal akıntıyı algılayış biçimleri ve tedavi arayışına yönelimleri farklılık göstermektedir. Vajinal akıntı yakınması olan kadınların bir bölümü hemen sağlık kuruluşuna başvurur iken, bazı kadınlar akıntı miktarı fazla olsa bile göz ardı edebilmektedir (Koştu ve Beydağ 2009, Mustafaoğlu 2011, Daşikan vd. 2015). Uludağ Üniversitesi tıp fakültesinde kadınların vajinal akıntıya verdikleri önemi ve tedavi olma davranışlarını değerlendirmek amacıyla ile yapılan bir çalışmada, kadınların %59’unun bir yıldan fazla süredir vajinal akıntı yakınması olduğu, yakınması olan kadınların %35’inin tedavi için ilk kez başvurduğu ve %18’inin ise daha önce pratisyen hekime başvurduğu tespit edilmiştir (Ozan ve Özerkan 2008). Ankara’da gecekondu bölgesinde yaşayan kadınların %73’ünün geçmişte anormal bir akıntı sorunu yaşadığı ve bu kadınların yalnızca %37’sinin tıbbi yardım aldığı, %43’ünün ise kendi kendini tedavi etmeye çalıştığı saptanmıştır. Ayrıca kadınların yalnızca %13’ünün anormal vajinal akıntı hakkında bilgisi olduğu belirtilmiştir. Araştırma sonucunda özellikle birinci basamakta çalışan ebe ve hemşirelerin çalıştıkları bölgelerdeki kadınlara yönelik sağlık eğitimi çalışmaları yapması gerektiği vurgulanmıştır (Karatay ve Özvarış 2006). Kahramanmaraş’ta kırsal bölgede yaşayan kadınların vajinal akıntı durumunda sağlık hizmeti alma davranışlarını ve hizmet alma davranışlarını engelleyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir başka çalışmada ise patolojik vajinal akıntısı olan kadınların (%86) büyük bir bölümünün (%66) ilk olarak sağlık ocağına başvuru yaptığı tespit edilmiştir (Okumuş ve Demirci 2015).

2.2. GENİTAL YOL ENFEKSİYONLARI

2.2.1. Bakteriyel Vajinozis

Bakteriyel vajinozise neden olan en yaygın etken *Gardnerella vaginalis*'tir. *Gardnerella vaginalis*, sağlıklı bir vajen florasında bulunmakla birlikte, vajen flora dengesi bozulduğunda enfeksiyona yol açar (Barry et al. 2011, Öztürk 2015).

Bakteriyel vajinozis, yaygın olarak doğurganlık çağındaki kadınlarda görülmekle birlikte nadiren puberteden önce ve menopozdan sonra da ortaya çıkabilir (Çetin 2006, Verstraelen and Swidsinski 2013, Öztürk 2014). Bakteriyel vajinozis, vajinal enfeksiyonların %10-30'undan sorumlu tutulmaktadır (Owen and Clenney 2004). Amerika'da cinsel aktif kadınlarda bakteriyel vajinozis sıklığı %29 (Mitchell and Marrazzo 2014) iken, cinsel aktif olmayan kadınlarda %18 olarak bildirilmiştir (Erdoğan 2011). Ayrıca bakteriyel vajinozisin gebelerin de %10-30'unu etkilediği bilinmektedir (Günay ve Aksakoğlu 2002). Ülkemizde bakteriyel vajinozis sıklığı %8-52 arasında değişmektedir (Aytaç ve Eryılmaz 2009, Çelik vd. 2013).

Bakteriyel vajinozis gelişmesine neden olan risk faktörleri düşük sosyoekonomik düzey, korunmasız ve sık cinsel aktivite, birden fazla cinsel partner sayısı, yabancı cisim varlığı, spermisit ve antifungal ajan kullanımı, gebelik (Owen and Clenney 2004, Maraklı 2006, Barry et al. 2011), vajinal duş (Okumuş 2015) ve sigara alışkanlığıdır. Bunun yanında uzun süreli antibiyotik ve steroid kullanmanın bakteriyel vajinozis riskini artırdığı hatta tedaviye karşı direnç kazandırdığı bilinir (Öztürk 2015). Ayrıca vajinal duşun da bakteriyel vajinozis riskini 1,4 kat artıran önemli bir etmen olduğu bildirilmiştir (Okumuş 2015).

Bakteriyel vajinozisin en yaygın klinik bulgusu vajinal akıntıdır. Vajinal akıntı, gri-beyaz renkli ve kötü kokuludur. Kötü koku, özellikle cinsel ilişki sonrasında ve menstrual dönemde artar. Spermlerin ve kanın asidik olan vajen florasını alkali hale getirmesi anaerobik bakterilerin amin salınımını artırır ve kötü kokuda artış olur

(Hanner and Gibson 2011). Bu şikayetlere nadiren kaşıntı ve irritasyona da eşlik edebilir (Mitchell and Marrazzo 2014). Bakteriyel vajinozisin yaygın semptomları 1) homojen vajinal akıntı, 2) vajinal kanalda ve vajen duvarında silinebilen gri-beyaz renkli akıntı, 3) vajinal akıntıda bayat balık kokusu, 4) menstruasyon döneminde vajinal kaşıntı, 5) cinsel ilişkiden sonra kaşıntı veya irritasyon, 6) cinsel ilişki sırasında ve sonrasında ağrı ve yanma şeklinde özetlenebilir (Değirmenci 2009).

Klinik bulgular, bakteriyel vajinozis tanısının konulmasında yeterli değildir (Ersun 2008). Vajinal akıntı en yaygın belirtisidir fakat spesifik değildir ve klinik bulgular ile tedavi verilmesi gereksiz bir şekilde tedavi maliyetini artırabilir (Ranjan et al. 2003). Ayrıca bakteriyel vajinozisin kadınların %50'sinde asemptomatik seyrettiği bilinir (Hanner and Gibson 2011). Amerika'da tespit edilen üç milyon vakanın yanı sıra üç milyon kadar da tespit edilemeyen asemptomatik olgunun olduğu tahmin edilmektedir (Günay ve Aksakoğlu 2002). Karaduman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, asemptomatik gebelerde vajinal enfeksiyon etkenlerinin araştırılması amacı ile yapılan çalışmalarda bakteriyel vajinozisin %5-52 arasında olduğu belirtilmiştir. Rutin gebe izlemi için başvuran 229 gebe ile yapılan bir çalışmada ise gebelerin %12'sinde bakteriyel vajinozis tespit edilmiştir (Karaduman vd. 2006).

Bakteriyel vajinozis, jinekolojik sorunlar ve olumsuz gebelik sonuçları ile ilişkilidir (Money 2005, Karaduman vd. 2006). Bakteriyel vajinozisin endometrit, PID ve buna bağlı infertiliteye neden olduğu ve asemptomatik olup tedavi edilmeyen vakalarda komplikasyon riskinin arttığı belirtilmiştir. Özellikle gebelerde komplikasyon riski %40 daha fazladır (Hillier et al. 1995). Gebelikte bakteriyel vajinozis düşük doğum ağırlığı ve postpartum endometrit gibi maternal ve neonatal komplikasyonlar ile yakından ilişkili olduğu bulunmuştur (Nugent and 1991, Karadeniz 2009, Hemalatha et al. 2013). Yapılan çalışmalar, bakteriyel vajinozisi olan gebelerde preterm doğum eylemi, koryoamniyot (Değirmenci 2009), erken membran rüptürü (Kırmızı vd. 2012) riskinin arttığını göstermektedir. Bakteriyel vajinozis ile belirtilen komplikasyonlar arasındaki ilişki tartışma konusu olsa da bakteriyel vajinozisin yüksek prevalansı göz önüne alındığında kadınların, özellikle de gebelerin bakteriyel vajinozis açısından değerlendirilmesi önem taşımaktadır (Hemalatha et al. 2013).

Bakteriyel vajinozis tanı yöntemi olarak kültür, nugent skorlama sistemi ve amsel tanı kriterleri kullanılır. Kültür yönteminin hassasiyeti yüksektir ancak flora elemanı olan *Gardnerella vaginalisi* saptamak için güvenilir değildir. Bu nedenle bakteriyel vajinozis enfeksiyon tespiti için tercih edilmez (Hemalatha et al. 2013). Nugent skorlama sistemi bakteriyel vajinozis için gold standart tanı yöntemi olarak kabul edilir (Money 2005) ve amsel tanı kriterlerine göre hassasiyeti ve duyarlılığı daha yüksektir. Ancak eğitim almış personel ve zaman gerektirmesi başlıca dezavantajlarıdır (Erdoğan 2011).

Amsel tanı kriterleri, bakteriyel vajinozis klinik tanısı için en yaygın kullanılan standart tanı yaklaşımıdır (Barry et al. 2011, Owen and Clenney 2004, Money 2005). Amsel tanı kriterlerinde dört kriter sorgulanır ve bu kriterlerin en az üçünün pozitif olması durumunda tanı konur. Bu tanı kriterleri 1) vajen pH'sının 4,5 in üzerinde olması, 2) whiff testi pozitifliği (lam üzerine alınan vajinal sekresyona %10'luk potasyum hidroksit (KOH) damlatılması ile kötü kokunun oluşması), 3) direk mikroskopik incelemede clue cell hücrelerin görülmesi ve 4) vajinal kanalda ince-gri renkli silinebilen bir akıntı varlığıdır (Balcı ve Çapar 2005, Değirmenci 2009, Mustafaoğlu 2011). Pek çok araştırmada kolay uygulanabilir olması, ilk başvuruda tedavi olanağı vermesi ve kısa sürede sonuçlanması gibi avantajları nedeniyle bakteriyel vajinozisi saptamada amsel tanı kriterlerinin kullanılması önerilmektedir (Hemalatha et al. 2013, Mitchell and Marazzo 2014). Başka bir araştırmada ise sendromik yaklaşım ve amsel tanı kriterlerine dayanarak enfeksiyonlara tanı konulması, teşhis edilmesi zor vakalar için de ek kültür ve testlerin kullanılması önerilmiştir (Egan and Lipsky 2002).

Bakteriyel vajinozis için önerilen tedavi şekli 1) metronidazol 500 mg oral, günde iki kez 7 gün boyunca, 2) metronidazol 2 g oral, tek doz (alternatif tedavi) ve 3) clindamycin krem %2 intravajinal, yatmadan önce 7 gün şeklindedir (CYBH Tedavi Rehberi, Schwebke et al. 2015). Bakteriyel vajinozis tedavisinin düzenli uygulanması önemlidir. Eş tedavisi gerektirmez ve semptomlar düzeldiği takdirde kontrol muayenesi gerektirmez. Ancak gebelerde neden olduğu komplikasyondan dolayı tedaviden bir ay sonra kontrol muayenesi önerilir (Kısa 2007). Russo ve arkadaşlarının araştırmasında, laktobasil ve laktoferrin karışımının oral alınması, vajinal kolonizasyona yol açarak kaşıntı ve akıntı dahil olmak üzere anormal vajinal flora

semptomlarının iyileşmesi üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Bu araştırma sonucunda laktobasil ve laktoferrin kompleksinin oral tüketiminin vajen sağlığını desteklediği ve probiyotik olarak kullanımının bakteriyel vajinozisin önlenmesinde etkili olduğu bildirilmiştir (Russo et al. 2018).

2.2.2. Kandida

Kandida enfeksiyonuna neden olan en yaygın etken %80-92 düzeyinde *Candida albicans* (Cassone 2014, Öztürk 2014). Son yıllarda yapılan çalışmalarda *Candida glabrata* enfeksiyona neden olan ikinci etken olarak bildirilmiştir (Fule et al. 2015). Kandida türleri sağlıklı bir florada bulunur ve vajina, gastrointestinal sistem, deri ve sindirim sisteminde kolonize olur. İnsan vücudunda bulunan kandida türlerinin yirmiden fazlası patojen kandida türüdür (Ying et al. 2016). Florada bulunan kandidaların aşırı çoğalması sonucunda enfeksiyon ortaya çıkar. Bu nedenle kandida türleri, fırsatçı mikroorganizmalar olarak nitelendirilir (Gonçalves et al. 2016). Düşük doz tedavi uygulanması ve reçetesiz ilaç kullanılması gibi durumlarda *Candida albicans* dışındaki türlerin neden olduğu enfeksiyonlar direnç kazanmakta ve sıklıkları artış göstermektedir (Döğen vd. 2013).

Kandida enfeksiyonu, bakteriyel enfeksiyonlardan sonra ikinci en sık görülen vajinal enfeksiyondur (Xie et al. 2017). Amerika ve Avrupa'da vajinal enfeksiyon nedeni olarak ikinci sırada yer alır (Dalbudak ve Bilgili 2012). Kadınların %50-75'i en az bir kez %40-45'i en az iki kez, %5'i ise yılda dört veya daha fazla sayıda kandida enfeksiyon atağı geçirirler (Kısa 2007, Mitchell 2009, Barry et al. 2011, Hamner and Gibson 2011, Döğen vd. 2013). Kandida enfeksiyonu Hindistan klinik muayene bulgularına göre %28, laboratuvar bulgularına göre %26 olarak saptanmıştır (Ranjan et al. 2003). Ülkemizde kandida enfeksiyonu sıklığı %8-30 arasında değişmektedir (Hacıoğlu vd. 2000, Bengi vd. 2014) ve en sık görülen ikinci vajinal enfeksiyon nedenidir (Çelik vd. 2013).

Kandida enfeksiyonu gelişmesine neden olan risk faktörleri ileri yaş, diyabet, hormonal tedavi (Dou et al. 2014), rahim içi araç (RİA), yetersiz hijyen ve dar ve sentetik kıyafetlerin tercihidir (Gonçalves et al. 2016). Ayrıca çeşitli çalışmalarda antibiyotik kullanımının tekrarlayan kandida enfeksiyonlarına neden olduğu, vajinal

duş alışkanlığının enfeksiyon riskini 1,4 kat artırdığı ve kürtaj olan kadınlarda kandida enfeksiyonların daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Okumuş 2015, Dou et al. 2014). Menstrual siklusun luteal fazında ve gebelik durumunda progesteron seviyesinin yükselmesine bağlı olarak ayrıca uzun süreli progesteron içeren kontraseptif yöntemin kullanılması durumunda kadınlarda kandida enfeksiyonuna karşı duyarlılığın artış gösterdiği bilinir (Alves and 2014, Donders 2018).

Kandida enfeksiyonunda en yaygın klinik bulgu vajinal akıntı ve buna eşlik eden vulvavajinal kaşıntıdır. Vajinal akıntı, süt keşiğine benzer beyaz renkli bir akıntıdır ve kokusuzdur. Semptomlar genellikle etkene göre değişiklik göstermeyip (Lima et al. 2013) disparoni, disüri ve yanma hissi gibi yakınmalar sıklıkla (Barry et al. 2011, Değirmenci 2011). Enfeksiyonun yaygın semptomları özetle 1) vulva ya da vajende kaşıntı, 2) vulvada ödem, eritem ve fissür, 3) vulvada yanma hissi, 6) disüri, 7) cinsel ilişki sonrasında rahatsızlık, 8) beyaz renkli süt keşiği benzeri akıntı şeklindedir (Aytaç ve Eryılmaz 2009, Ersun 2008). Kandida enfeksiyonu ile ilişkili komplikasyonlar yaygın olmamakla birlikte bazı araştırmalarda gebelerde koryoamniyonit gelişmesine neden olduğu bildirilmiştir (Erdoğan, 2011).

Kandidanın tanısında kültür, mikroskopik inceleme, gram boyama ve sendromik yaklaşım gibi çeşitli tanı yöntemleri kullanılmaktadır. Kültür, etkin bir tanı yöntemidir ancak maliyetinin yüksek olması ve sonuçlanması için en az iki gün gerekmesi nedeniyle rutin çalışmalar sırasında kullanışlı değildir. Kültür yöntemi ile kandida tanısı alan kadınların %20-40'ının pozitif sonuç verdiği ancak herhangi bir semptom göstermedikleri için tedaviye ihtiyaç duyulmadığı belirtilmiştir (Erdoğan 2011). Özellikle tedaviye direnç gösteren ve tekrarlayan kandida enfeksiyonlarında, *Candida albicans* dışındaki türlerin saptanması için kültür yönteminin uygulanması önerilmektedir (Maraklı 2006). Kandida enfeksiyonunun tanısında yaygın kullanılan tanı yöntemi mikroskopik inceleme ve gram boyamadır. Gram boyama ile hiflerin görülmesi *Candida albicansı* düşündür. Akıntının üzerine %10'luk KOH damlatılarak mikroskopta incelenmesi ve mantar kümelerinin görülmesi ise tanıda güvenilirliği artırır. Ancak Erdoğan'nın yaptığı araştırmada kültür sonucu pozitif olan kadınların %50'sinin ıslak yayma ile mikroskopik incelemesinde negatif sonuç verdiği bulunmuş (Erdoğan 2011), bir başka araştırmada da taze preparat incelemesinin duyarlılığı %40-60 olarak bildirilmiştir (Ersun 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından

gelişmekte olan ülkelerde kullanılması amacı ile 1991 yılında geliştirilen sendromik yaklaşım kandida tanısında kullanılan diğer bir tanı yöntemidir. Sendrom yaklaşımında hastanın semptomları ile muayene bulguları dikkate alınarak tanı konulur ve hemen tedavisine başlanır. Maliyeti uygun, etkili ve ilk başvuruda tedavi olanağı vermesi yöntemin özellikle birinci basamak sağlık kuruluşunda kullanımını uygun hale getirmektedir (Altanlar 1999, Ranjan et al. 2003, Erdoğan 2011, Bengi vd. 2014).

Vajinal kandida enfeksiyonlarının tedavisinde antifungal ilaçlar kullanılır. Tedavi dozu ve süresi, semptomların şiddetine göre farklılık gösterir (Kısa 2007). Asemptomatik olduğu koşullarda eşin kandidaya yönelik tedavi edilmesi tartışmalıdır (Şatıroğlu ve Aydınuraz, 2007). Kandida için önerilen tedavi şekilleri 1) klotrimazole krem %1 5 g intravajinal, 7-14 gün, 2) klotrimazole 100 mg vajinal tablet, 7 gün 3) klotrimazole 100 mg vajinal tablet, günde 2 tablet, 3 gün, 4) nystatin 1000.000 ünite vajinal tablet, günde bir tablet 14 gün, 5) tioconazole vajinal merhem %6,5 5 g, intravajinal tek uygulama, 6) flukonazol, 150 mg, oral tablet tek doz biçimindedir. Komplike olmayan enfeksiyonlarda günde tek doz yedi günlük tedavi yeterli olurken şiddetli enfeksiyonda tedavi süresi 10-14 gün olmalıdır. Tedavi sonrasında kadınların kontrole gelmesi önemlidir (Kısa 2007).

2.2.3. Trikomoniasis

Trikomonas enfeksiyonunun etkeni, *Trichomonas vaginalis* adlı protozoondur. Vajen içinde farklı şekiller alabilme kapasitesine sahip olan bu parazit, kadınlarda sıklıkla vajen, vulva ve üretraya yerleşir (Karadeniz 2009). Vajen pH'sının alkali olması trikomonasa neden olan parazitin üremesi için uygun ortam oluşturur ve bakteriler ile konak hücrelerinin yanı sıra vajen glikojeni ile beslenir (Akyol 2014). Ayrıca parazit hücre ve dokular üzerinde toksik etkisi olan bir enzim salgılayarak dokularda nekroza kadar giden harabiyete de neden olabilir (Demirağ 2015).

Tüm dünyada cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar arasında en yaygın görülen vajinal enfeksiyon olan (Serter 2006, Coleman et al. 2013) trikomoniasisin sıklığı, yaşam tarzı ve sosyokültürel etkenlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Çetin 2006, Gitmez 2013). DSÖ verilerine göre dünyada her yıl 180 milyon trikomoniasis vakası meydana gelmektedir (Ijasan et al. 2018). Amerika'da 7,4 milyon kişinin

trikomonas ile enfekte olduğu bildirilmektedir (Coleman et al. 2013). Afrika ülkelerinde ise sıklığı %5-37 arasında değişmektedir (Ijasan et al. 2018). Türkiye’de trikomoniasis sıklığı %2-42 arasındadır (Daldal vd. 2002, Çetinkaya 2008). Hastane tabanlı çalışmalardan elde edilen bulgulara göre trikomoniasis sıklığı Manisa’da %5 (Östan vd. 2005), Ankara’da %7 (Akarsu 2006) olarak bulunmuştur. Malatya’da seks işçilerinde ise %42’ye kadar yükselen düzey saptanmıştır (Daldal vd. 2002).

Trikomonas enfeksiyonunun kaynağı enfekte bireydir ve cinsel yol ile bulaşır (Keleştemur ve Kaplan 2010, Ijasan et al. 2018). Cinsel yaşamın aktif olduğu doğurganlık çağındaki kadınlarda yaygın görülen trikomoniasisin erkeklerden kadınlara bulaşma riski, kadınlardan erkeklere bulaşma riskinden daha fazladır. Bulaşma riski, enfekte bir kadından erkeğe %50 iken, enfekte erkekten kadına %85-100 arasındadır (Demirağ 2015). Bunun yanı sıra etkenin klozet kapağında 45 saat, idrarda ve ıslak çamaşırlarda 24 saat, kontamine eşyalarda altı saat canlı kalabilmesi nedeni ile dolaylı yollarla da bulaş olabilmektedir. Dolaylı bulaşma, kirli tuvalet kağıtları ve bezleri, klozet, idrar, semen ve şebeke suyu ya da kontamine havuz suları ile meydana gelebilir (Çetinkaya 2008, Keleştemur ve Kaplan 2010, Değerli vd. 2011, Akyol 2014). Düşük sosyoekonomik düzey ve yetersiz sağlık koşulları (Kaya vd. 2013) ve RİA kullanımı trikomoniasis sıklığını artırmaktadır (Tamer vd. 2009). Ayrıca, gebeliğin ve birden fazla partner sayısının trikomoniasis riskini artıran önemli faktörler olduğu bildirilmektedir (Demirağ 2015).

Trikomonas kadınlarda vajen, vulva ve üretraya yerleşir ve yerleştiği bölgeye göre farklı klinik bulgular ile ortaya çıkar. Bazı vajinal enfeksiyonlar özellikle de bakteriyel vajinosiz ile klinik bulguları benzerlik gösterir (Hobbs and Sena 2013). Bağışıklık sisteminin güçlü olması, semptomların şiddetini etkiler. En yaygın klinik bulgusu, yeşil-sarı renkli ve köpüklü akıntı, akıntıda kötü koku ve servikste çilek görünümüdür (Demirağ 2015). Nadiren dizüri, dispareni, cinsel ilişki sonrası kanama ve pelviste ağrı yakınmaları olabilir (Çetin 2015). Trikomoniasis’in yaygın bulguları özetle 1) vulvada ve vajinal akıntıda kötü koku, 2) sarı-yeşil renkli ve köpüklü vajinal akıntı, 3) vajende hassasiyet, 4) vajen mukozası ve servikste çilek görünümü, 4) vulvada kaşıntı ve ödem, 5) vulva ve vajende irritasyon, 6) cinsel ilişki sırasında ve sonrasında ağrı, yanma ve kanama şeklindedir (Zincir 2006, Erdoğan 2011). Vakaların %25’i asemptomatik seyreder (Hobbs and Sena 2013). Asemptomatik olguların düzeyi

%50'ye kadar çıkabilir. Bu durum enfeksiyonun tedavi edilmesine engel olmakta ya da tedaviyi geciktirmekte, enfeksiyonun kronikleşmesine yol açmaktadır (Zincir 2006). Asemptomatik olup yüksek risk grubunda bulunan kadınların trikomoniasis açısından araştırılması önerilmektedir (Kaya vd. 2013). Trikomoniasis, üreme çağındaki kadınlarda infertilite, PID ve servikal kanser riskinin artmasına, gebelik döneminde ise erken membran rüptürü, düşük doğum ağırlığı ve neonatal enfeksiyonlara neden olabilmektedir (Coleman et al. 2013, Doni vd. 2016).

Trikomoniasis tanısında direkt mikroskopik inceleme, çeşitli boyama yöntemleri, kültür, ELISA, moleküler teknikler ve son yıllarda hızlı antijen testleri gibi yöntemler kullanılmaktadır (Keleştemur ve Kaplan 2010, Demirağ 2015, Doni vd. 2016). Rutinde kullanılan en yaygın tanı yöntemi ıslak yaymadır. Islak yayma yöntemi, kolay uygulanabilmesine, hızlı sonuç vermesine ve ucuz olmasına bağlı olarak sık kullanılan bir yöntemdir. Ancak uygun ortamın sağlanmaması ya da mikroskopik ortamda geç incelenmesi gibi durumlarda yöntemin duyarlılığı %40-70 arasında değişmektedir (Hobbs and Sena 2013). Trikomoniasis tanısında kullanılan gram boyama yönteminin, direkt mikroskopik incelemeye göre daha yüksek duyarlılığa sahip olduğunu bildirmektedir (Doni vd. 2016). Kültür yöntemi, farklı besiyerleri kullanılarak yapılar ve hassasiyeti %50-95 arasında değişiklik gösterir (Demirağ 2015).

Trikomoniasis tedavisi, neden olduğu komplikasyonlar ve Human İmmunodeficiency Virus (HIV) bulaşma riski açısından önemlidir (Fastring et al. 2014). Trikomoniasis ile enfekte kadınların eşlerinin de tedavi edilmesi gerekir ve tekrarlayan vakalarda kontrol muayenesi önemlidir (Sena et al. 2014). Trikomoniasis için önerilen tedavi 1) metronidazol, 7 gün boyunca günde iki kez 500mg, 2) metronidazol, 7 gün boyunca günde 3 kez 250 mg, 3) seknidazol, 500 mg tek seferde 4 doz, 4) gebelerde tek doz tedavi veya vajinal klotrimazol tedavi şeklindedir. İnatçı ve tekrarlayan enfeksiyonlarda Tinidazol ve Ornidazol türevlerinin kombine olarak kullanılması önerilmektedir (CYBH Tedavi Rehberi, Sena et al. 2014).

2.2.4. Gonore

Gonore, genellikle cinsel yolla bulaşan ve dünyada yaygın görülen bakteriyel bir enfeksiyondur. Etkeni *Neisseria gonorrhoea*dir. *Neisseria gonorrhoeae* dış ortama dayanıksız ancak klozet kapaklarında 18 saat, ıslak havlu ve çamaşırlarda 10-24 saat canlı kalabilir (Karadeniz 2009). Etken, alt genital sistem başta olmak üzere çeşitli mukoz zarları tutar. Enfeksiyon, alt genital sistemde üretrit, salgı bezleri ve uterusu yerleşerek servisit, bartnit, skennit şeklinde görülür. Enfekte kadınların %10-20'sinde PID gelişebilir (Tabak 2002). Gonore, gebelik döneminde abortus, preterm eylem, erken membran rüptürü ve koryoamniyonitine; yenidoğanda ise oftalmia neonatorum gelişimine neden olur. Enfekte kadınlarda genellikle bulaşmadan 10 gün sonra semptomlar ortaya çıkar. Gonore'nin en yaygın semptomları pürülan akıntı, ara kanaması, disüri, dismenore, vulvada yanma ve kızarılıktır (Yiğit 2015). Enfeksiyon, kadınların %50'si ise asemptomatik seyrederek. Tanı yöntemi olarak boyama yöntemi yaygın kullanılmakta olup, gerekli ise kültür de yapılabilmektedir (Karadeniz 2009).

2.2.5. Klamidya

Klamidya enfeksiyonu, *Chlamydia trachomatis* adlı etkeninin neden olduğu cinsel yolla bulaşan, kadın ve erkekte önemli sağlık sorunlarına neden olan bakteriyel bir enfeksiyondur. Kadınlarda PID, ektopik gebelik ve infertilite gibi önemli komplikasyonlara ayrıca enfekte anneden doğan yenidoğanda ise konjonktivit, pnömoni ve orta kulak iltihabına neden olduğu bildirilmiştir (Öztoklu ve Yücel 2012). Komplike olmayan ancak tanı alan kadınlarda klinik bulgu vermeden üst üreme organları enfeksiyonu olarak da görülebilir (CYBH Tedavi Yönetimi 2015). Klamidya enfeksiyonu olan vakaların %50-70'i ise asemptomatik seyrederek (Öztoklu ve Yücel 2012). Semptomatik olgularda klinik bulguları neden olduğu komplikasyona bağlı olarak değişiklik gösterebilir genellikle sarı renkli mukoid bir vajinal akıntı mevcuttur. Tanı yönteminde kültür, boyama yöntemleri ve çeşitli tanı testleri kullanılmaktadır (Öztoklu ve Yücel 2012).

2.2.6. Sifiliz

Sifilize neden olan etken *Treponema pallidum* adlı bir bakteri olup, bilinen en eski cinsel yolla bulaşan enfeksiyondur. Nadiren öpüşme sırasında, oral seks ya da enfekte kan ürünleri tranfüzyonu ile sifiliz bulaşabilir. Sifiliz bulaşma riski, enfekte annenin bebeğine gebelik sırasında ya da doğum esnasında yüksektir. Gebelik döneminde fetal kayıplara neden olabildiği gibi doğumdan sonra organlarda çeşitli hasarlara yol açar. Dünyada bulaşma riski giderek artan enfeksiyon, özellikle büyükşehirlerde daha yaygındır. Sifilizin primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç dönemi vardır ve bu dönemlere göre belirti ve bulguları değişiklik gösterir. Enfeksiyonun herhangi bir döneminde nörolojik tutulma gözlenebilir. Bazı olgularda asemptomatik seyrederek ve serolojik testler ile tanı konulur. Ülkemizde evlilik öncesinde sifiliz testleri yapılmaktadır ve gebelere rutin olarak sifiliz testleri bakılması önerilmektedir (Kaya vd. 2001, Pamuk ve Can 2016).

2.3. Vajinal Enfeksiyonların Önlenmesinde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Rolü

Vajinal enfeksiyonların önlenmesinde, erken tespitinde ve tedavisinin sağlanmasında birinci basamak sağlık çalışanları etkin rol oynar. Özellikle patolojik vajinal akıntının yaygın görüldüğü kırsal bölgelerde (Yıldırım 2009, Okumuş ve Demirci 2015), aile sağlığı elemanları ve aile hekimleri tarafından vajinal enfeksiyonların ele alınması birinci basamak sağlık kuruluşu hedeflerinden olan üreme sağlığı hizmetlerinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır (Cangöl 2010).

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre, aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında kendilerine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları yapmak bulunmaktadır. Benzer şekilde aile sağlığı elemanları da anne çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermekle yükümlü tutulmuştur (T.C. Resmî Gazete, 25.01.2013, sayı: 28539). Bu yükümlülükler doğrultusunda yılda en az iki kez gerçekleştirilen 15-49 yaş izlemleri, gebe izlemleri ve bebek-çocuk izlemleri sırasında birinci basamak sağlık çalışanları tarafından kadınlara vajinal enfeksiyonlardan korunma konusunda danışmanlık

verilebilir, kadınlarda farkındalık oluşturabilir ve mevcut enfeksiyonların erken tespiti sağlanabilir (Karaduman vd. 2006). Çalışmalar, kadınların vajinal enfeksiyonlar ile ilgili yanlış bilgi ve tutuma sahip olduklarını göstermekte ve eğitim gereksinimi vurgulanmaktadır (Yıldırım 2009, Ünsal vd. 2010, Matos et al. 2013, Apay vd. 2014, Daşıkın vd. 2015). Koştu ve Beydağ, birinci basamakta çalışan ebe-hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının görev yaptıkları bölgedeki kadınları bilgilendirmesi gerektiği ve belirli periyotlarda kadınları sağlık kontrolüne yönlendirilmelerini önermiştir (Koştu ve Beydağ 2009).

Vajinal enfeksiyonların önlenmesi ve üreme sağlığı hizmetlerin nitelikli hale getirilmesi için kadınlara doğru davranışlarının kazandırılması ve davranışsal risk faktörlerinin belirlenmesi gereklidir (Czerwinski 2000, Dou et al. 2014). Ebeler başta olmak üzere tüm birinci basamak sağlık çalışanlarının kadınlara sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasında kritik rolü bulunmaktadır (Ege ve Eryılmaz 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Araştırma, kesitsel tipte tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma, Samsun ili Çarşamba ilçesi Gökçeçakmak ASM'ye bağlı Gökçeçakmak, Selimiye, Ulupınar, Yeşildere köylerinde 1 Ekim 2017-20 Ocak 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Gökçeçakmak ASM'ye bağlı Gökçeçakmak Köyü'nün yanısıra, merkezin gezici hizmet verdiği üç köyde (Selimiye, Ulupınar, Yeşildere) yaşayan 15-49 yaş grubu 313 evli kadın oluşturmuştur. Çalışmada örnek seçimine gidilmemiş olup, kadınların tümüne ulaşılması planlanmıştır. Ancak, ASM'de kaydı olduğu halde 81 (%25,9) kadına ikamet adresinde ulaşamamıştır. Ulaşamayan kadınların yakınlarından ya da köy halkından alınan bilgiye göre, kadınların yıl içinde çoğunlukla il ya da ilçe merkezinde ikamet ettiği, fındık toplama zamanında köye gelerek geçici olarak köyde kaldığı öğrenilmiştir. Bunun yanı sıra, 69 (%22) kadın araştırmaya katılmaya reddetmiştir. Böylece 163 (%52,1) kadın çalışma kapsamında yer almıştır.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.4.1. Araştırmanın bağımlı değişkeni

Bağımlı değişken, kadınlarda vajinal enfeksiyon varlığıdır. Çalışmada vajinal enfeksiyonlar a) bakteriyel vajinozis, b) kandida ve c) diğer vajinal enfeksiyonlar biçiminde sınıflandırılmıştır. Tüm vajinal enfeksiyonların düzeyi, vajinal enfeksiyon tanısı konulan kadınların, çalışma grubuna oranıtısı ile hesaplanmıştır. Benzer şekilde, bakteriyel vajinozis, kandida ve diğer vajinal enfeksiyonlar gruplarının her birinin yüzde dağılımı belirlenmiştir. Vajinal enfeksiyon, jinekolojik muayeneyi kabul etmeyen kadınlarda (n= 49) mevcut yakınmalarına göre; muayeneyi kabul eden kadınlarda (n= 114) sırasıyla 1) inspeksiyon, 2) palpasyon, 3) bimanuel muayene, 4) spekulum muayenesi, 5) vajen pH ölçümü, 6) whiff testi, 7) mikroskopik inceleme işlemlerine dayanarak belirlenmiştir. Tüm tanı çalışmaları, Gökçeçakmak aile hekimi ile birlikte gerçekleştirilmiştir. Vajinal enfeksiyonları değerlendirme kriterleri Şekil 1’de sunulan araştırmanın akış şemasında görülmektedir.

3.4.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri:

Kadınların sosyodemografik özellikleri

Yaş: Kadınların tamamlamış olduğu yaşı ifade eder. Çalışmada “41 ve üzeri yaş, 31-40 yaş arası, 30 yaş ve altı” olarak gruplanmıştır.

Medeni durum: Medeni durum, “evli resmi nikahlı, evli yalnızca imam nikahı ve dul/boşanmış” olarak üç grupta sınıflandırılmıştır.

Yıl içinde uzun süre ikamet ettiği yerleşim yeri: Kadınların uzun süreli olarak ikamet ettikleri yerleşim yerini ifade eder. Yerleşim yeri “il, ilçe ve köy” olarak üç grupta sınıflandırılmıştır.

Öğrenim düzeyi: Kadınların tamamlamış olduğu öğrenim düzeyini ifade eder. Öğrenim düzeyi, “ortaokul ve üzeri, ilkokul ve altı” olarak iki grupta toplanmıştır.

Çalışma durumu: Kadının herhangi bir işte çalışmasıdır. “Ücretli çalışıyor, ücretsiz çalışıyor ve çalışmıyor” olarak üç grupta sınıflandırılmıştır.

Hane özellikleri: Kadınların yaşadıkları haneni tipini (apartman dairesi ya da müstakil köy evi) gösterir.

Hanede yaşayan kişi sayısı: Hane halkı sayısı, aynı kaptan yemek yiyen kişi sayısına göre sorgulanmıştır.

Hanede kanalizasyona bağlı tuvalet: Hanede kanalizasyona bağlı tuvaletin olup olmadığı ve konumu (evin içinde ya da dışında) sorgulanmıştır.

İçme suyu kaynağı: İçme suyu kaynağı “yeraltı suyu ve şebeke suyu” olarak iki grupta sınıflandırılmıştır.

Sürekli sigara içiciliği: Kadınların ne kadar süredir ve ne sıklıkta sigara içtiği sorgulanmıştır ve sürekli sigara içiciliği “evet ya da hayır” olarak sınıflandırılmıştır.

Kronik hastalık: Hekim tarafından tanı konulmuş, sürekli ilaç kullanmayı gerektiren kronik hastalıklardır. Kadınlarda kronik hastalık durumu “var, yok” biçiminde sınıflandırılmıştır.

İlaç kullanımı: Kadınların hekim önerisi dışında ilaç kullanımları sorgulanmıştır.

Kadınların doğurganlık özellikleri

İlk adet yaşı: Menarş yaşını ifade eder.

İlk gebelik yaşı: Süresine ya da sonucuna bakılmaksızın, kadınların ilk kez gebe kaldıkları yaştır.

Toplam gebelik sayısı: Süresine ya da sonucuna bakılmaksızın kadınların geçirdiği toplam gebelik sayısını gösterir.

Kendiliğinden düşük: İstemli olmayan, spontan düşüklere ifade eder.

Kürtaj: İsteyerek ya da tıbbi gereklilik sonucu gebeliğin sonlandırılmasıdır.

Ölü doğum: Gebeliğin 20. haftasından sonra veya ağırlığı 500 gramdan büyük, doğumda ve doğumdan sonra hiç bir canlılık belirtisi olmayan doğumları ifade eder.

Beş yaş altı çocuk ölümü: Canlı doğan ve 60 ayını doldurmadan ölen çocuk sayısıdır.

Yaşayan çocuk sayısı: Kadınların halen hayatta olan çocuk sayısıdır.

AP yöntem kullanımı: Gebelikten korunmak için yöntem kullanıp kullanmadığı, yöntem kullanıyor ise hangi yöntem olduğu sorgulanmıştır.

Kadınların hijyen davranışları

Menstruasyon sırasında ped kullanımı: Kadınların menstruasyon döneminde kullanmayı tercih ettiği ped türünü ifade eder. Çalışmada “hijyenik ped, tek seferlik bez, yıkanabilen bez, adet görmüyor (menapoz döneminde)” şeklinde gruplandırılmıştır.

Gün içinde ped değiştirme sıklığı: Kadınların menstruasyon döneminde ped değiştirme sıklığıdır ve saat üzerinden sorgulanmıştır.

Günlük ped kullanımı: Kadınların menstruasyon dönemi dışında günlük ped kullanımı sorgulanmış ve “hijyenik ped, kendi hazırladığı bez, peçete, kullanmayan” olarak dört grupta sınıflandırılmıştır.

İç çamaşır tercihi: Bu değişken “pamuklu, sentetik, dikkat etmeyen” olarak üç grupta sınıflandırılmıştır.

İç çamaşır değiştirme sıklığı: Kadınların haftada kaç kez iç çamaşırını değiştirdiği sorgulanmıştır.

Tuvaletten önce el yıkama: “Her zaman, gerek görürsem, hayır” olarak gruplanmıştır.

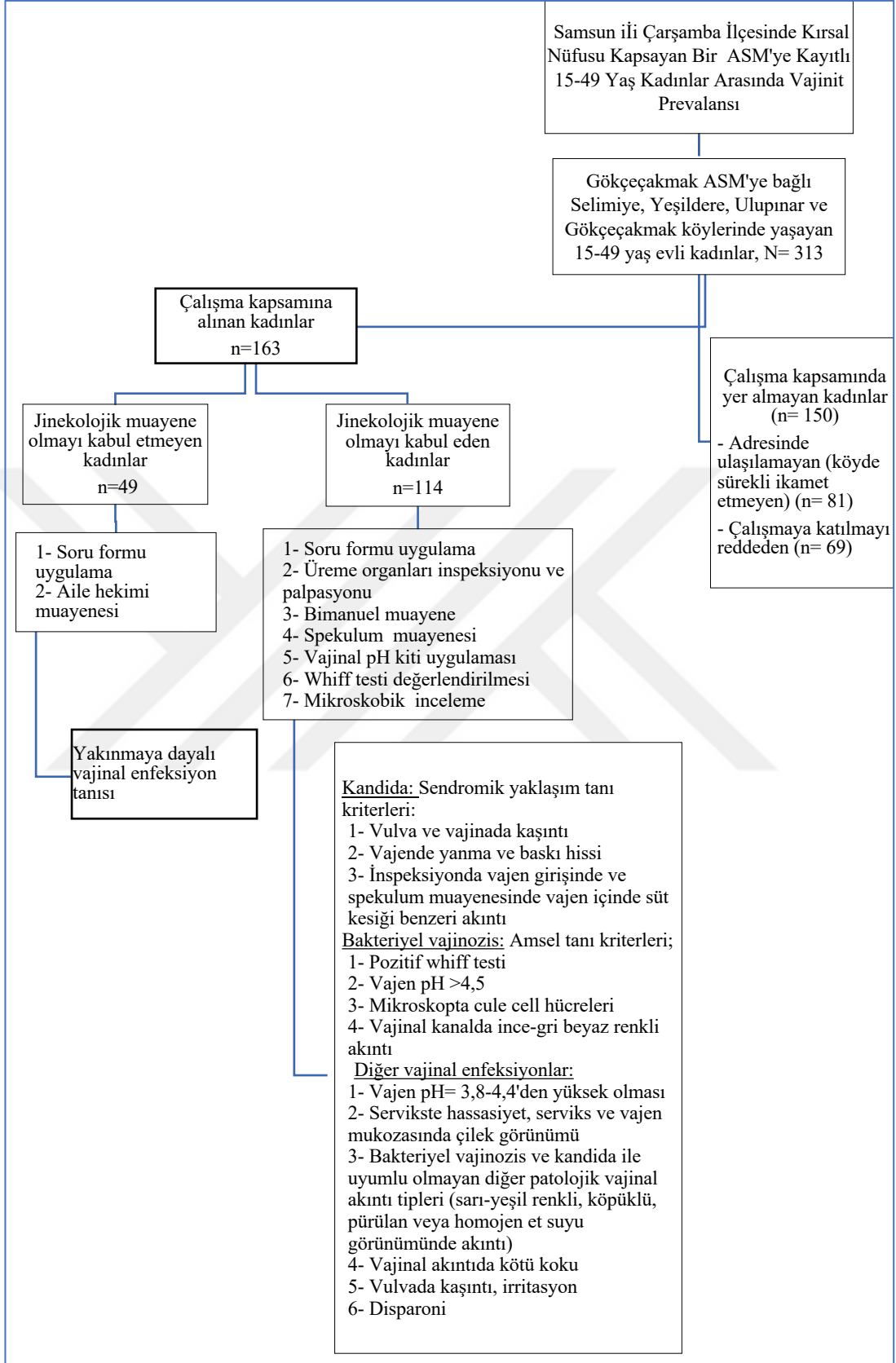
Tuvaletten sonra genital bölge temizliği: Kadınların tuvaletten sonra temizliğini yaparken yalnız el, tuvalet kağıdı ya da taharet bezi kullanma alışkanlıklarını ifade eder.

Tuvaletten sonra genital bölgenin temizleme şekli: “Önden arkaya doğru, arkadan öne doğru, dikkat etmem” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Tuvalet sonrası genital bölgeyi kurulama: “Tuvalet kağıdı ile kurulayan, bez ile kurulayan ve kurulamayan” olarak üç grupta sınıflandırılmıştır.

Cinsel ilişkiden sonra vajinal duş: Kadınların cinsel ilişkiden sonra vajen içini yıkamasıdır.





*Tüm tanı çalışmaları, Gökçeçakmak aile hekimi ile birlikte gerçekleştirildi.

Şekil 1: Araştırmanın akış şeması

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından ilgili literatürden (Değirmenci 2009, Aytaç ve Eryılmaz 2009, Cangöl 2010, Erdoğan 2011) yararlanılarak hazırlanan Veri Toplama Formu (Ek 1) ve Vajinal Enfeksiyon Değerlendirme Formu (Ek 2) kullanılmıştır. Veri Toplama Formu, kadınların sosyodemografik özellikleri, tıbbi öyküsünü, doğurganlık özelliklerini, kişisel hijyen alışkanlıklarını ve jinekolojik yakınmalarını sorgulayan 53 sorudan oluşmaktadır. Vajinal Enfeksiyon Değerlendirme Formu ise öykü alma ve tanısal işlemlerden elde edilen bulguların kaydedildiği formdur.

3.6. Verilerin Toplanması

Çalışmanın veri toplama aşamasına geçilmeden önce, Samsun ili Çarşamba ilçesinde ikamet eden ve araştırma kapsamında olmayan on kadın üzerinde soru formunun pilot uygulaması gerçekleştirildi. Pilot uygulamadan sonra soru formu yeniden gözden geçirilmiş ve forma son şekli verilmiştir. Çalışma kapsamına alınan tüm kadınlara (n=163) araştırmacı tarafından soru formu yüz yüze görüşme tekniği ile ortalama 15 dakikada uygulandı.

Çalışma verilerinin toplanması, 1 Ekim 2017-1 Eylül 2018 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Veri toplama, a) çalışma kapsamındaki kadınlara soru formunun uygulanması ve aile hekimi muayenesi, b) jinekolojik muayeneyi kabul eden kadınlara tanısal işlemlerin uygulanması olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

Birinci aşamada çalışma kapsamında yer alan kadınlar rutin birinci basamak çalışması sırasında ve ASM'ye bağlı olan köylere yapılan gezici hizmet sırasında ASM'ye davet edildi. Kadınlara ASM'de soru formu uygulandıktan sonra jinekolojik muayeneyi kabul edip etmedikleri soruldu. Jinekolojik muayeneyi kabul etmeyen kadınlar, ASM aile hekimi muayenesi için yönlendirildi. Jinekolojik muayeneyi kabul eden kadınlar için ikinci veri toplama aşamasına geçildi.

İkinci aşamada, kadınların mahremiyetinin korunabileceği ve işlemlerin steril koşullarda uygulanabileceği muayene ortamı hazırlandı. Kadınlara yapılacak işlemler

konusunda bilgi verilerek jinekolojik muayene masasına alındı ve sırasıyla 1) inspeksiyon, 2) palpasyon, 3) bimanuel muayene, 4) spekulum muayenesi, 5) vajen pH ölçümü, 6) whiff testi ve 7) mikroskopik inceleme işlemleri uygulandı.

Üreme organlarının inspeksiyonunda vulvada ödem, çatlak, kızarıklık, ülserasyon, varikoz değişiklikler, akıntı varlığı, akıntının rengi, üretra ağzında renk değişikliği ve üretra ağzında akıntı durumu değerlendirildi. Palpasyonda vulvada şişlik, hassasiyet vb. oluşumlar incelenir iken, bimanuel muayene ile vajen ve servikte hassasiyet değerlendirildi. Spekulum ile muayenede vajende hassasiyet, vajen yan duvarlarında hiperemi, akıntı, akıntının silinebilir olup olmadığı, akıntı rengi, servikte hassasiyet, servikte çilek görünümü, servikte kanama ve alt abdominal hassasiyet değerlendirildi. Ardından vajen pH kitleri ile vajen pH değerine bakıldıktan sonra eküvyon çubuk ile akıntı örneği alınarak iki tane lam üzerine yayma yapıldı. Birinci lam üzerine %10'luk KOH damlatılarak whiff testi değerlendirildi, ikinci lam üzerine lamel kapatılarak direk mikroskopik ortamda 10 dakika içinde aile hekimi tarafından mikroskopik ortamda incelenmesi yapıldı. Elde edilen tüm bulgular, Vajinal Enfeksiyon Değerlendirme Formu'na işlendi. Bu işlemlerden sonra amsel tanı kriterlerine (1. vajen pH' sının 4,5 ve üzerinde olması, 2. karakteristik ince gri-beyaz akıntı varlığı, 3. vajen epitelyum hücrelerinin %20'den fazlasında tipik clue cell (ip ucu hücreleri) görünümü, 4. whiff testi pozitifliği: akıntı %10 KOH ile karıştırıldığında tipik kokmuş balık kokusu oluşması) göre bakteriyel vajinozis, kadının mevcut yakınmalarına ve klinik muayene bulgularına göre de kandida tanısı kondu. Bakteriyel vajinozis ve kandida ile uyumlu olmayan vakalar ise "diğer vajinal enfeksiyonlar" biçiminde sınıflandırıldı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Tanımlayıcı veriler yüzde dağılım ve ortalama standart sapma biçiminde özetlenmiştir. Univariate analizlerde Ki-kare testi kullanıldı. Ki-kare testinde anlamlı çıkan değişenler ($p < 0,05$) binary lojistik regresyon modeline alındı. Tüm analizler, SPSS 11.0 programında gerçekleştirildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın yapılması için Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (Karar No: 5/15) (Ek 3), Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden araştırma izni alınmıştır (Sayı: 806.01.03) (Ek 4). Ayrıca araştırma kapsamındaki tüm kadınlardan sözlü onam alınmıştır.

3.9. Araştırmada Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler

1. Çalışma, Gökçeçakmak ASM'nin hizmet verdiği dört köyü kapsamıştır. Dolayısı ile çalışma küçük bir bölgede gerçekleştirilmiştir.
2. Çalışma kapsamında ASM'de kaydı bulunan 15-49 yaş grubu 313 kadına ulaşılması planlanmasına karşın, ikamet adresinde bulunamadığı (n= 81) ve çalışmaya katılmayı reddettiği (n= 69) için 150 kadın çalışmaya dahil edilememiştir.
3. Çalışmaya katılmayı onaylayan kadınların 114'ü (%69,9) jinekolojik muayeneyi onaylamıştır. Jinekolojik muayeneyi onaylamayan kadınlara yalnız klinik muayene ile vajinal enfeksiyon tanısı konulmuştur.
4. Vajinal enfeksiyon ön tanısı ile kadın hastalıkları uzmanına sevk edilen kadınların üst basamak sağlık kuruluşuna başvuru yapıp yapmadığı izlenememiştir.

4. BULGULAR

Araştırma grubunun yaş ortalaması $36,4 \pm 8,0$ 'dır (en düşük 19, en yüksek 49). Grubun %69,3'ü 40 yaş ve altındadır. Yalnızca imam nikahı ile evli olan, başka bir ifade ile resmi nikahı olmayan 13 kadın bulunmaktadır (%8). Kadınların %74,2'sinin öğrenim düzeyi ilkokul ve altında, %79,1'i ise ücretsiz çalışmaktadır. Çalışma grubunun büyük bölümü (%85,3) yaşamını ağırlıklı olarak köyde sürdürmektedir. Kadınların %26'sının kronik bir hastalığı bulunmakta ve %9,2'si sigara içicisidir. En sık bildirilen üç kronik hastalık hipertansiyon (%37,5), diyabet (%16,7) ve astım (%14,6)'dır. Kadınların %23,9'u antibiyotik dahil çevresindekilere iyi gelen ilaçları kullanma eğilimindedir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri, sağlık durumları ve alışkanlıkları

Değişken	n	%*
Yaş grubu		
30 yaş ve altı	49	30,1
31-40	64	39,3
41 ve üzeri	50	30,7
Medeni durum		
Evli, resmi nikâhlı	143	87,7
Evli, yalnızca imam nikâhı	13	8,0
Dul, boşanmış	7	4,3
Yıl içinde uzun süre ikamet ettiği yerleşim yeri		
İl	10	6,1
İlçe	14	8,6
Köy	139	85,3
Öğrenim düzeyi		
İlkokul ve altı	121	74,2
Ortaokul ve üzeri	42	25,8
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	28	17,2
Ücretsiz çalışıyor	129	79,1
Ücretli çalışıyor	6	3,7
Hane özellikleri		
Apartman dairesi	26	16,0
Müstakil köy evi	137	84,0
Hanede yaşayan kişi sayısı		
4 ve altında	59	36,2
5 ve üzerinde	104	63,8
Tuvalet		
Kanalizasyona bağlı, evin içinde	20	12,3
Kanalizasyona bağlı değil, evin içinde	138	84,7
Kanalizasyona bağlı değil, evin dışında	5	3,1
İçme suyu		
Şebeke suyu	21	12,9
Yeraltı suyu	142	87,1
Sürekli sigara içiciliği		
Evet	15	9,2
Hayır	148	90,8
Kronik hastalık		
Var	42	25,8
Yok	121	74,2
İlaç kullanımı		
Yalnız hekim öneri ile	61	37,4
Ağrı kesici dışında hekim öneri ise	63	38,7
Antibiyotik dahil çevresindekilere iyi gelen ilaçlar	39	23,9
Toplam	163	100,0

*Satır yüzdesi

Çalışma grubunun ortalama ilk adet yaşı $12,6 \pm 1,3$ (en düşük 10, en yüksek 17), ilk gebelik yaşı $20,1 \pm 3,4$ (en düşük 14, en yüksek 35), toplam gebelik sayısı $3,6 \pm 1,8$ (en düşük 1, en yüksek 9), yaşayan çocuk sayısı $2,7 \pm 1,3$ (en düşük 1, en yüksek 7) ve doğumlar arası süre , $3,2 \pm 2,7$ (en düşük 1, en yüksek 15) yıldır. Üç ve üzeri sayıda çocuğa sahip olan kadınlar %54 düzeyindedir ve yalnızca iki kadın hiç gebe kalmamıştır. Kadınların %37,4'ü herhangi bir AP yöntemi kullanmadığını, %10'u ikiden fazla sayıda kürtaj olduğunu, %11'i ise beş yaş altında çocuk ölümü olduğunu bildirmiştir. Araştırma grubunun doğurganlık özellikleri Tablo 2'de görülmektedir.



Tablo 2. Araştırma grubunun doğurganlık özellikleri

Değişken	n	%*
İlk adet yaşı		
10-11 yaş	24	14,7
12-13 yaş	110	67,5
14 yaş ve üzeri	29	17,8
İlk gebelik yaşı		
Gebeliği yok	2	1,2
17 yaş ve altı	28	17,2
18-20 yaş	83	50,9
21-23 yaş	24	14,7
24 ve üzeri	26	16,0
Toplam gebelik sayısı		
Gebeliği yok	2	1,2
1-2 tane	49	30,1
3-4 tane	69	42,3
5 ve üzeri	43	26,4
Kendiliğinden düşük		
Yok	112	68,7
1 tane	35	21,5
2 tane	12	7,4
3 tane	4	2,5
Kürtaj		
Var	20	12,3
Yok	143	87,7
Ölü doğum		
Var	5	3,1
Yok	158	96,9
Beş yaş altı çocuk ölümü		
Yok	146	89,6
1 tane	13	8,0
2 tane	4	2,5
Yaşayan çocuk sayısı		
Yok	6	3,7
1-2 tane	69	42,3
3-4 tane	74	45,4
5 ve üzeri	14	8,6
Aile planlaması yöntemi kullanımı		
Yöntem kullanmıyor	61	37,4
Tüpligasyonu	30	18,4
Geri çekme	24	14,7
Rahim içi araç	21	12,9
Kondom	17	10,4
Oral/enjektabl kontraseptif	10	6,2
Toplam	163	100,0

*Satır yüzdesi

Tablo 3'te araştırma grubunun hijyen davranışları sunulmuştur. Çalışma grubundaki kadınların %22,7'si menstruasyon sırasında bez kullanmakta ve yalnızca %42,3'ü pedini yedi saat ve altında kullandıktan sonra değiştirmektedir. Kadınların %20,8'i ise adet dönemi dışında da günlük ped ya da bez kullanmaktadır. Yaklaşık olarak kadınların %20'si pamuklu iç çamaşırı tercih etmekte ve yalnızca %9,2'si haftada 5-6 kez iç çamaşırı değiştirmektedir.



Tablo 3. Araştırma grubunun hijyen davranışları

Değişken	n	%*
Mentruasyon sırasında ped kullanımı		
Hijyenik ped	96	58,9
Tek seferlik bez	3	1,8
Yıkatabilen bez	37	22,7
Adet görmüyor (menapoz döneminde)	27	16,6
Ped değiştirme sıklığı		
1-3 saat	1	0,6
4-7 saat	68	41,7
8-10 saat	61	37,4
10 saat ve üzeri	6	3,7
Adet görmüyor (menapoz döneminde)	27	16,6
Günlük ped kullanımı		
Hijyenik ped	11	6,7
Kendi hazırladığı bez	23	14,1
Peçete	54	33,1
Kullanmayan	75	46,0
İç çamaşırı tercihi		
Pamuklu	32	19,6
Sentetik	6	3,7
Dikkat etmeyen	125	76,7
İç çamaşırı değiştirme sıklığı (haftada)		
1-2 kez	35	21,5
3-4 kez	82	50,3
5-6 kez	15	9,2
Belirtilmeyen	31	19,0
Tuvaletten önce el yıkama		
Evet, her zaman	25	15,3
Evet, gerek görürsem	115	70,6
Hayır	23	14,1
Tuvaletten sonra genital bölge temizliği		
El ile	37	22,7
Tuvalet kâğıdı ile	98	60,1
Taharet bezi ile	28	17,2
Tuvaletten sonra genital bölge temizleme şekli		
Önden arkaya doğru	46	28,2
Arkadan öne doğru	22	13,5
Dikkat etmem	95	58,3
Tuvaletten sonra genital bölge kurulama		
Tuvalet kâğıdı ile	88	54,0
Bez ile	30	18,4
Kurulamayan	45	27,6
Cinsel ilişkiden sonra vajinal duş		
Her zaman	78	47,9
Bazen	27	16,5
Yapmayan	58	35,6
Toplam	163	100,0

*Satır yüzdesi

Tuvaletten önce her zaman el yıkayanlar çalışma grubunun %15,3'dür. Genital bölge temizliği el (%22,7), taharet bezi (%17,2) ve tuvalet kağıdı (%60,1) ile yapılmaktadır. Genital bölgeyi önden arkaya doğru temizleme sıklığı yalnızca %28,2'dir ve %27,6'sı tuvaletten sonra genital bölgeyi kurulamamaktadır (Tablo 3). Kadınların kendi bildirimlerine göre %57,1'inin menstrüasyonu düzenli ve %20,2'sinin kanama miktarı fazladır. Yaklaşık %13'ünün ara kanama şikayeti olmaktadır. Vajinal akıntısı olan kadınlar %51,5 düzeyindedir ve %23,9'unun akıntısı sarı yeşil renktedir. Kadınların %42,9'u cinsel ilişki sırasında rahatsızlık duyduğunu, %22,1'i de sık idrara çıkma şikayeti olduğunu bildirmiştir. Yaklaşık %18,4'ünün idrarda yanması %40'ının da kasıklarda ağrısı bulunmaktadır. Kadınların kendi bildirimlerine dayalı jinekolojik yakınmaları Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Kadınların kendi bildirimlerine dayalı jinekolojik yakınmaları

Değişken	n	%*
Menstruasyon düzeni		
Düzenli	93	57,1
Düzensiz	43	26,4
Adet görmeyen (menapoz döneminde)	27	16,6
Menstruasyonda kanama miktarı		
Fazla	33	20,2
Normal	88	54,0
Az	15	9,2
Adet görmeyen (menapoz döneminde)	27	16,6
Ara kanaması		
Sıklıkla	3	1,8
Bazen	18	11,0
Yok	142	87,1
Vajinal akıntı		
Var	84	51,5
Yok	79	48,5
Akıntının süresi		
Altı ay ve daha az	46	28,2
Yedi ay ve üzeri	38	23,3
Akıntısı yok	79	48,5
Akıntının rengi		
Sarı-yeşil	39	23,9
Gri-beyaz	12	7,4
Süt beyazı-peynirimsi	17	10,4
Beyaz-şeffaf	16	9,8
Akıntısı yok	79	48,5
Akıntıda doku parçası		
Var	60	36,8
Yok	103	63,2
Cinsel ilişkide rahatsızlık, ağrı		
Var	70	42,9
Yok	89	54,6
Belirtilmeyen	4	2,5
Sık idrara çıkma		
Şu anda var	36	22,1
Bazen oluyor, şu anda yok	66	40,5
Yok	61	37,4
İdrarda yanma		
Şu anda var	30	18,4
Bazen oluyor, şu anda yok	57	35,0
Yok	76	46,6
Kasıklarda ağrı		
Var, çift taraflı	22	13,5
Var, tek taraflı	42	25,8
Yok	99	60,7

*Satır yüzdesi

Tablo 5’de jinekolojik muayeneyi kabul eden kadınlardan (n=114) elde edilen bulgular sunulmaktadır. İncelemede, kadınların %46,5’inde vulvada ödem, %29,8’inde vulvada çatlak, %42,1’inde kızarıklık, %50’sinde kötü koku, %10,5’inde

variköz değişiklikler saptanmıştır. İki kadında vulvada şişlik mevcuttur. Kadınların %55,3'ünde ise vajen girişinde akıntı gözlenmiştir. Spekulumla yapılan muayenede %55,3'ünde vulval hassasiyet, %32,5'inde vajen duvarında silinebilen bir akıntı; %38,6'sında yan duvarlarda hiperemi, on beş kişide süt keşiğine benzer akıntı ve yeşil-sarı, köpüklü akıntı bulunmaktadır. Kadınların %34,2'sinin whiff testi pozitifdir ve %23,7'sinde clue cell saptanmıştır.



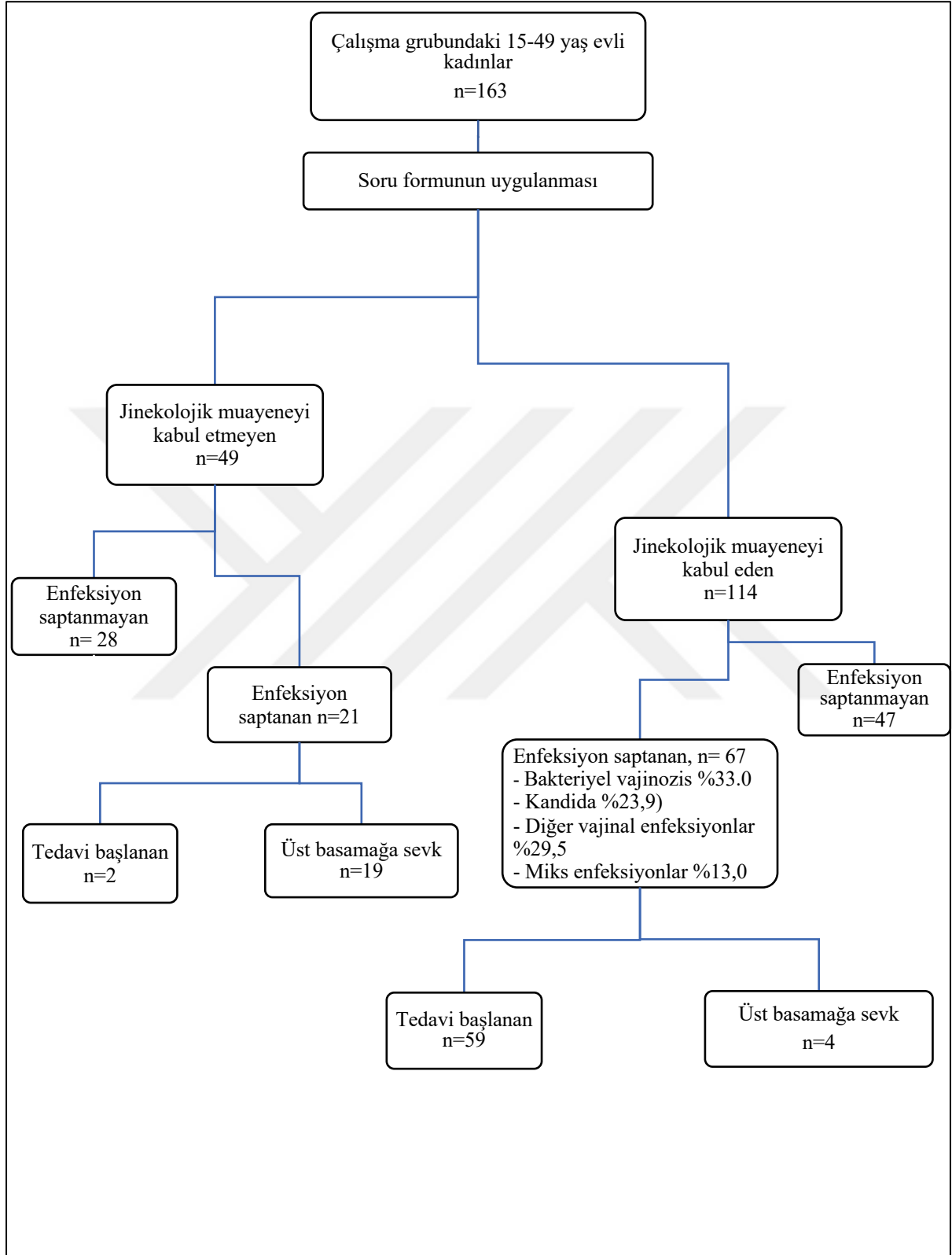
Tablo 5. Jinekolojik muayeneyi kabul eden kadınlardan elde edilen bulgular (n= 114)

Muayene bulguları	Var		Yok		Muayene bulguları	Var		Yok	
İnspeksiyon bulguları	N	%*	n	%*	Spekulum muayene bulguları	n	%*	n	%*
Vulvada ödem	53	46,5	61	53,5	Vulval hassasiyet	63	55,3	51	44,7
Vulvada çatlak	34	29,8	80	70,2	Vajen duvarında silinebilen bir akıntı	37	32,5	77	67,5
Vulvada kızarıklık	48	42,1	66	57,9	Vajen yan duvarında hiperemi	44	38,6	70	61,4
Vulvada ülserasyon	22	19,3	92	80,7	Vajen yan duvarında beyaz plak	13	11,4	101	88,6
Vulvada kötü koku	57	50,0	57	50,0	Vajinal kanalda gri-beyaz akıntı	39	34,2	75	65,8
Vulvada varikoz değişiklikler	12	10,5	102	89,5	Vajinal kanalda süt kesiği benzeri akıntı	18	15,8	96	84,2
Vajen girişinde akıntı	63	55,3	51	44,7	Vajinal kanalda yeşil-sarı, köpüklü akıntı	18	15,8	96	84,2
Üretra ağzında renk değişikliği	2	1,8	112	98,2	Vajinal kanalda ince gri-beyaz akıntı	23	20,2	91	79,8
Üretra ağzında akıntı	2	1,8	112	98,2	Vajinal kanalda kötü kokulu akıntı	38	33,3	76	66,7
Laboratuvar bulguları					Vajinal kanalda pürülan akıntı	10	8,8	104	91,2
pH	N	%			Vajinal kanalda homojen et suyu görünümünde akıntı	3	2,6	111	97,4
4,0-4,9	56	49,1			Vajinal kanalda şeffaf akıntı	35	30,7	79	69,3
5,0-5,9	41	36,0			Serviksin çilek görünümü	19	16,7	95	83,3
6	17	14,9			Dokunmakla kanayan serviks	36	31,6	78	68,4
Whiff testi					Alt abdominal hassasiyet	51	44,7	63	55,3
Pozitif	39	34,2							
Negatif	75	65,8							
Mikroskopta clue cell									
Var	27	23,7							
Yok	87	76,3							

*Satır yüzdesi

Çalışmada, jinekolojik muayene kabul eden kadınların 67'sinde, jinekolojik muayeneyi kabul etmeyen (mevcut yakınmalarına göre tanı konulan) kadınların 21'inde olmak üzere toplam 88 kadında vajinal enfeksiyon saptanmıştır. Vajinal enfeksiyonların dağılımı bakteriyel vajinozis (%33,0), kandida (%23,9), miks enfeksiyonlar %13,6 (kandida ve bakteriyel vajinozis %4,5, kandida ve diğer vajinal enfeksiyonlar %9,1) diğer vajinal enfeksiyonlar (%29,5), şeklinde idi. “Diğer vajinal enfeksiyon” grubunda değerlendirilen enfeksiyon bulgularının çoğunluğu trikomoniasis ile uyumlu olmasına karşın, trikomoniasis tanısını doğrulayıcı bir inceleme yapılamadığı için bu grupta sınıflandırılmıştır (Şekil 2, Tablo 6).





Şekil 2. Araştırma kapsamındaki kadınların vajinal enfeksiyon açısından muayene sonuçları

Tablo 6. Araştırmada saptanan vajinal enfeksiyonların dağılımları

Tanı	n	%
Bakteriyel vajinozis	29	33,0
Kandida	21	23,9
Miks enfeksiyon*	12	13,6
Diğer vajinal enfeksiyonlar	26	29,5
Toplam	88	100,0

* Kandida ve bakteriyel vajinozis %4,5 (n= 4), kandida ve diğer vajinal enfeksiyonlar %9,1 (n=8).

Tablo 7’de, araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri ile vajinal enfeksiyon ilişkisi incelenmektedir. Vajinal enfeksiyon sıklığı, 41 yaş ve üzerinde istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşüktür (p= 0,009). Evdeki kişi sayısının fazla olması ve kalabalık ailede yaşama vajinal enfeksiyonla ilişkili bulunmuştur (p= 0,004; p= 0,006). Çalışanlarda vajinal enfeksiyon sıklığı %16,7 çalışmayanlarda ya da ücretsiz çalışanlarda %55,4 olmasına rağmen aradaki ilişki anlamlı değildir. Evinde kanalizasyona bağlı tuvaleti olanlarda, şebeke suyu kullananlarda da benzer bir ilişki söz konusudur.

Tablo 7. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri ile vajinal enfeksiyon arasındaki ilişki

Değişken	Vajinal Enfeksiyon				İstatistiksel Analiz	
	Var		Yok		Ki-kare	p
Yaş	n	%*	n	%*		
41 ve üzeri	18	36,0	32	64,0	9,412	0,009
31-40	40	62,5	24	37,5		
30 yaş ve altı	30	61,2	19	38,8		
Medeni durum						
Boşanmış ve eşi ölmüş	4	57,1	3	42,9	0,029	0,864
Evli	84	53,8	72	46,2		
Öğrenim düzeyi						
Ortaokul ve üzeri	24	57,1	18	42,9	0,227	0,634
İlkokul ve altı	64	52,9	57	47,1		
Çalışma durumu						
Çalışmıyor ya da ücretsiz çalışıyor	87	55,4	70	44,6	4,600**	0,095
Ücretli çalışıyor	1	16,7	5	83,3		
Evdeki kişi sayısı						
Beş ve daha fazla	65	62,5	39	37,5	8,381	0,004
Dört ve daha az	23	39,0	36	61,0		
Aile tipi						
Geniş aile	65	61,9	40	38,1	7,446	0,006
Çekirdek aile	23	39,7	35	60,3		
Kanalizasyona bağlı tuvalet						
Hayır evin dışında	2	40,0	3	60,0	3,886	0,143
Hayır, evin içinde	79	57,2	59	42,8		
Evet, evin içinde	7	35,0	13	65,0		
Kanalizasyona bağlı tuvalet						
Hayır	81	56,6	62	43,4	3,309	0,069
Evet	7	35,0	13	65,0		
İçme suyu						
Yeraltı suyu	80	56,3	62	43,7	2,451	0,117
Şebeke suyu	8	38,1	13	61,9		
Sürekli sigara içiciliği						
Evet	10	66,7	5	33,3	1,069	0,301
Hayır	78	52,7	70	47,3		
Kronik hastalık						
Var	19	45,2	23	54,8	1,744	0,187
Yok	69	57,0	52	43,0		
İlaç kullanımı						
Yalnız hekim önerisi ile	31	50,8	30	49,2	0,637	0,727
Ağrı kesici dışında hekim önerisi	34	54,0	29	46,0		
Antibiyotik dahil	23	59,0	16	41,0		
çevresindekilere iyi gelen						

*Satır yüzdesi ** Fisher Kesin Test

Araştırma grubunda AP yöntemi olarak RIA kullanan kadınlarda vajinal enfeksiyon düzeyi anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p= 0,009$). Kadınlardan diğer doğurganlık özellikleri ile vajinal enfeksiyon varlığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p\geq 0,05$) (Tablo 8).



Tablo 8. Araştırma grubunun üreme sağlığı değişkenleri ile vajinal enfeksiyon arasındaki ilişki

Değişken	Vajinal Enfeksiyon				İstatistiksel Analiz	
	Var		Yok		Ki-kare	p
İlk adet yaşı	n	%*	n	%*		
10-11	14	58,3	10	41,7	0,248	0,883
12-13	59	53,6	51	46,4		
14 ve üzeri	15	51,7	14	48,3		
İlk gebelik yaşı						
17 yaş ve altı	13	46,4	15	53,6	2,031	0,566
18-20	46	55,4	37	44,6		
21-23	15	62,5	9	37,5		
24 ve üzeri	12	46,2	14	53,8		
Aile planlaması yöntemi kullanımı						
Hayır	59	58,4	42	41,6	2,096	0,148
Evet	29	46,8	33	53,2		
Aile planlaması yöntemi						
Rahim içi araç	17	81,0	4	19,0	9,445	0,009
Diğer modern yöntemler	33	57,9	24	42,1		
Geri çekme ve yöntem kullanmayan	38	44,7	47	55,3		
Spontan abortus veya küretaj varlığı						
Var	34	54,0	29	46,0	0,000	0,997
Yok	54	54,0	46	46,0		
Son doğum şekli						
Normal	51	51,5	48	48,5	0,426	0,514
Sezaryan	33	56,9	25	43,1		

*Satır yüzdesi

Tablo 9’da araştırma grubunun hijyen davranışları ile vajinal enfeksiyon ilişkisi sunulmaktadır. Menstrüasyon sırasında hijyenik ped kullanımı ve yıkanabilen bez kullanımı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Gün içinde ped değiştirme sıklığı vajinal enfeksiyon sıklığını etkilemezken, günlük ped, peçete ya da bez kullanımı enfeksiyon riskini arttırmaktadır ($p < 0,001$). El ile taharatlenme ve taharet sonrası kurulanmama enfeksiyon riskini arttıran iki önemli nedendir ($p = 0,024$; $p = 0,045$). Vajinal duş yapmayanlarda da enfeksiyon daha az görülmektedir ($p = 0,016$). Sentetik iç çamaşırı giyenlerde enfeksiyon daha yüksek oranda görülmesine rağmen, bu değişkenler arasındaki ilişki anlamlı değildir.

Tablo 9. Araştırma grubunun hijyen davranışları ile vajinal enfeksiyon ilişkisi

Değişken	Vajinal Enfeksiyon				İstatistiksel Analiz	
	Var		Yok		Ki-kare	p
Menstruasyon sırasında ped kullanımı**	n	%*	n	%*		
Hijyenik ped	58	60,4	38	39,6	0,727	0,394
Yıkanabilen bez	21	52,5	19	47,5		
Gün içinde ped değiştirme sıklığı**						
1-3 saat	1	100,0	0	0,0	1,056	0,788
4-7 saat	40	58,8	28	41,2		
8-10 saat	34	55,7	27	44,3		
10 saat ve üzeri	4	66,7	2	33,3		
Günlük ped kullanım						
Hijyenik ped	8	72,7	3	27,3	24,373	0,000
Kendi hazırladığı bez	15	65,2	8	34,8		
Peçete	40	74,1	14	25,9		
Hayır	25	33,3	50	66,7		
İç çamaşır tercihi						
Pamuklu	14	43,8	18	56,3	3,504	0,173
Sentetik	5	83,3	1	16,7		
Dikkat etmem	69	55,2	56	44,8		
Haftalık iç çamaşır değiştirme sıklığı						
1-2 kez	17	48,6	18	51,4	0,552	0,759
3-4 kez	43	52,4	39	47,6		
5-6 kez	9	60,0	6	40,0		
Tuvaletten önce el yıkama						
Evet, her zaman	12	48,0	13	52,0	0,800	0,670
Evet, gerek görürsem	62	53,9	53	46,1		
Hayır	14	60,9	9	39,1		
Taharetlenme						
El ile	26	70,3	11	29,7	5,109	0,024
Tuvalet kağıdı veya taharet bezi ile	62	49,2	64	50,8		
Taharet sonrası kurulanma						
Evet, tuvalet kağıdı ile	58	49,2	60	50,8	4,023	0,045
Hayır, kurulanmam	30	66,7	15	33,3		
Tuvalet temizliği						
Önden arkaya	22	47,8	24	52,2	1,549	0,461
Arkadan öne	14	63,6	8	36,4		
Dikkat etmem	52	54,7	43	45,3		
Vajinal duş						
Evet, her zaman yıkırım	44	56,4	34	43,6	8,281	0,016
Evet, arasıra yıkırım	20	74,1	7	25,9		
Hayır yıkamam	24	41,4	34	58,6		

*Satır yüzdesi **Adet görmeyen kadınlar tabloya dahil edilmemiştir.

Tablo 10’da kadınların kendi bildirimlerine göre cinsel davranışları, jinekolojik yakınmaları ve hekime başvuruları ile vajinal enfeksiyon arasındaki ilişkisi sunulmuştur. Enfeksiyonu olan kadınlar doğal olarak bir sağlık kurumuna daha sık başvurmaktadır. Anlamlı olmamakla birlikte adeti düzensiz olanlarda enfeksiyon daha sık görülürken ($p= 0,061$), ara kanama öyküsü olanlarda anlamlı olarak vajinal enfeksiyon daha sıktır. Enfeksiyonu olanlarda da ilişki sonrası şikayetler de daha fazla görülmektedir ($p<0,001$).

Tablo 10. Kadınların kendi bildirimlerine göre cinsel davranışları, jinekolojik yakınmaları ve hekime başvuruları ile vajinal enfeksiyon arasındaki ilişki

Değişken	Vajinal Enfeksiyon				İstatistiksel Analiz	
	Var		Yok		Ki-kare	p
	n	%*	n	%*		
Kadın hastalıkları ve doğum muayenesi						
Evet	43	63,2	25	36,8	4,017	0,045
Hayır	45	47,4	50	52,6		
Adet düzeni						
Düzenli	49	52,7	44	47,3	3,523	0,061
Düzensiz	30	69,8	13	30,2		
Adette kanama miktarı						
Fazla	23	69,7	10	30,3	2,412	0,120
Normal veya az	56	54,4	47	45,6		
Adette kaşıntı						
Evet, sıklıkla	12	92,3	1	7,7		
Evet, arasıra	34	63,0	20	37,0		
Hayır	33	47,8	36	52,2		
Ara kanama öyküsü						
Evet, sıklıkla	3	100,0	0	0,0	7,567	0,023
Evet, arasıra	14	77,8	4	22,2		
Hayır	71	50,0	71	50,0		
Cinsel ilişkiden sonra rahatsızlık						
Evet	54	77,1	16	22,9	26,767	0,000
Hayır	32	36,0	57	64,0		

*Satır yüzdesi

Tablo 11’de vajinal enfeksiyona neden olan bazı etmenlerin lojistik regresyon sonuçları sunulmuştur. Günlük ped kullanımı (OR= 6,5; $p<0,001$), vajinal duş (OR= 2,5; $p= 0,003$) ve AP yöntemi olarak RİA kullanımı (OR= 5,1; $p= 0,002$) vajinal enfeksiyon riskini arttıran en önemli etmenler olarak belirlenmiştir.

Tablo 11. Vajinal enfeksiyon varlığı ile bağımsız değişkenler arasında lojistik regresyon analizi

	n (%)	OR*	%95 GA	p
Yaş				
41 ve üzeri (ref)	18 (36,0)	1		
40 ve altı	70 (61,9)	0,5	0,2-1,1	0,066
Evdeki kişi sayısı				
5 ve daha fazla	65 (61,9)	0,4	0,03-7,2	0,568
4 ve daha az (ref)	23 (39,0)	1		
Aile tipi				
Geniş aile	65 (62,5)	1,5	0,1-23,7	0,793
Çekirdek aile (ref)	23 (39,7)	1		
Aile planlaması yöntemi				
Rahim içi araç	17 (81,0)	5,1	1,3-19,5	0,018
Diğer (diğer yöntemleri kullanan ve kullanmayan) (ref)	71 (50,0)	1		
Günlük ped kullanımı				
Evet	63 (66,7)	6,5	3,0-14,3	0,000
Hayır (ref)	25 (33,3)	1		
Taharetlenme				
El ile	26 (70,3)	0,4	0,1-1,5	0,194
Tuvalet kağıdı veya taharet bezi ile (ref)	62 (49,2)	1		
Taharet sonrası kurulanma				
Evet (ref)	58 (49,2)	1		
Hayır	30 (66,7)	0,8	0,2-2,4	0,626
Vajinal duş				
Evet	64 (61,0)	2,5	1,1-5,5	0,027
Hayır (ref)	24 (41,4)	1		

*Odds Ratio, ref: Referans değişken 1

5. TARTIŞMA

Çarşamba İlçesi'nde Gökçeçakmak ASM'ye kayıtlı 15-49 yaş grubu evli kadınlar arasında vajinal enfeksiyon semptomlarının yaygınlığının saptanması, bakteriyel vajinozis ve kandida ile uyumlu vakaların tanımlanması ve vajinal enfeksiyon ile ilişkili etmenlerin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilen bu çalışma, vajinal enfeksiyonların oldukça yaygın bir sorun olduğunu ve yaklaşık her beş kadından dördünde vajinal enfeksiyon bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışma grubundaki kadınların yaş ortalaması $36,4 \pm 8,0$ idi. Ülkemizde vajinal enfeksiyonlar konusunda Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezine başvuran 15-49 yaş grubu kadınlar ile yapılan çalışmada yaş ortalaması $31,5 \pm 6,9$ (Kısa 2007), ikinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 15-49 yaş grubu kadınlar arasında yaş ortalaması ise $34,2 \pm 7,8$ olarak bildirilmiştir (Erdoğan 2011). Bu çalışmada kadınların yaş ortalaması diğer çalışmalardan daha yüksektir. Bunun nedeni, bu çalışmanın toplum tabanlı tasarımına karşın, karşılaştırılan araştırmaların sağlık kuruluşuna başvuran kadınlar üzerinde yapılmasından kaynaklanabilir. Genç kadınların AP hizmeti veren merkezlere ve jinekolojik tedavi arayışı ile hastaneye başvurma olasılığı daha yüksektir.

Öğrenim düzeyi açısından karşılaştırıldığında, bu çalışmada yaklaşık her dört kadından üçünün (%74,2) öğrenim düzeyinin ilkökul ve altında olduğu bulunmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde okur yazar kadınların düzeyi %91, en az bir eğitim düzeyini tamamlayan kadınların düzeyi %82,8'dir (<http://www.tuik.gov.tr>, Erişim tarihi: 19 Ocak 2019). Sakarya'da bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan araştırmada kadınların %74'ünün öğrenim düzeyi ilkökul ve altında olduğu (Aytaç ve Eryılmaz 2009), Okumuş ve Demirci'nin Kahramanmaraş'ta gerçekleştirdiği araştırmada ise aynı düzeyin %79,5 olduğu saptanmıştır (Okumuş ve Demirci 2015). Çalışma grubunda kadınların öğrenim düzeyi Sakarya'da yapılan araştırma ile benzer iken, Türkiye geneli ve Kahramanmaraş'ta belirlenen düzeyden daha düşüktür. Bu farklılık, Samsun'un gelişmiş bir il olmasına bağlanabilir.

Çalışma grubunda kadınların %71,8'sinin sosyal güvencesi vardır. Ayrıca kadınların %9,2'si sigara kullandığını ve %26'sı kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. En sık bildirilen üç kronik hastalık ise hipertansiyon (%37,5), diyabet (%16,7) ve astım (%14,6)'dır. Sağlık ocağı bölgesinde yapılan araştırmada kadınların sosyal güvencesi olma durumu %76, kronik bir hastalığın varlığı ise %23 olarak saptanmıştır. Yaygın görülen bu kronik hastalıklar ise kadınların %33'ünde hipertansiyon, %25'inde diyabet ve %24'inde guatr olarak belirtilmiştir (Okumuş ve Demirci 2015). İkinci basamak sağlık kuruluşunda yapılan bir araştırmada da kadınların %31,8'sinde kronik bir hastalık saptanmış, yaygın görülen hastalıklar ise hipertansiyon, kalp hastalıkları, diyabet, guatr gibi çeşitli hastalıklar olarak bildirilmiştir (Erdoğan 2011). Kaymak ve arkadaşlarının vajinal akıntı yakınmasıyla hastaneye başvuran kadınlar ile yaptıkları araştırmada, kadınların %31'inin sigara içme alışkanlığı olduğu bildirilmiştir (Kaymak vd. 2005). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ise ülkemizde kadınların sigara içme düzeyi 17,4 olarak açıklanmıştır (<http://www.tuik.gov.tr>, Erişim tarihi: 19 Ocak 2019). Çalışma bulgularında kronik hastalık görülme sıklığı birinci basamak sağlık kuruluşunda yapılan araştırma ile benzerlik gösterirken, ikinci basamak sağlık kuruluşuna göre daha düşük düzeyde saptanmıştır. Bu durum kronik hastalık durumunda kadınların ikinci basamak sağlık kuruluşuna daha yaygın başvuru yapmasına bağlı olabilir. Ayrıca yaygın görülen kronik hastalıklar literatür ile benzer bulunmuştur. Sürekli sigara içiciliği türkiye ortalamasının ve literatürde yapılan araştırmanın oldukça altında olup bu durum ayırt edici bir özelliktir.

Çalışma grubundaki kadınlarda ilk gebelik yaşı 18-20 yaş arasında olanlar çoğunlukta (%50,9) olup yalnızca %1,2'sinin gebelik öyküsü bulunmamaktadır. Toplam gebelik sayısı kadınların %68,7'sinde 3 ve üzeri sayıdadır, %43,6'sının ise düşük ya da küretaj öyküsü bulunmaktadır. Yaşayan çocuk sayısı kadınların %54'ünde 3 ve üzeridir. Hacıoğlu ve arkadaşlarının Erzurum'da birinci basamak sağlık kuruluşunda yaptıkları araştırmada kadınların %60'ının düşük öyküsü olduğu ve %32'sinin 3-4 çocuğa sahip olduğu bildirilmiştir (Hacıoğlu vd. 2000). İl merkezinde yapılan bu araştırmada ki düşük sayısı, kırsal bölgede yapılan çalışmaya göre daha yüksek saptanması ayırt edicidir. Bu durumun bölgesel farklılıktan dolayı kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışma grubunda kadınların çoğunluğu (%50,3) iç çamaşırını haftada 3-4 kez ve yalnızca %9,2'si 5-6 kez değiştirmektedir. İç çamaşırını tercihinde %76,7'si dikkat etmediğini belirtirken %19,6'sı pamuklu iç çamaşırını tercih ettiğini bildirilmiştir. Yağmur'un Malatya'da sağlık ocağı bölgesinde yaptığı araştırmada kadınların %40'ının iç çamaşırını her gün düzenli olarak değiştirdiği saptanmış, kadınların %85'inin pamuklu iç çamaşırını tercih ettiğini tespit edilmiştir (Yağmur 2007). İkinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran kadınlar ile yapılan araştırmada ise kadınların %97'sinin pamuklu iç çamaşırını tercih ettiğini belirtilmiş, iç çamaşırını değiştirme sıklığı genel olarak (%52) haftada 2-3 kez olarak bildirilmiştir (Daşık vd. 2015). Çalışma grubunda ki kadınların hijyen alışkanlıkları literatüre göre daha düşük saptanmış ve bu durum kırsal bölgede ki kadınlarda yanlış hijyen davranışlarının daha yaygın görünüyor olması ve eğitim gereksiniminin daha fazla olmasından kaynaklanabilir.

Çalışma grubunda kadınların çoğu (%58,9) menstrual dönemde hijyenik ped tercih etmektedir. Menstruasyon dönemi dışında ise kadınların %54'ü günlük ped kullandığını, hijyenik ped (%6,7), kendi hazırladığı bez (%14,1) ve daha çok peçete (%33) tercih ettiklerini bildirmiştir. Doğru taharetlenme alışkanlığı olan kadınlar %28,2 olup çoğunluğu (%58,3) taharetlenirken dikkat etmediğini ifade etmiştir. Tuvaletten önce her zaman el yıkama alışkanlığı olanlar %15,3 olup tuvaletten sonra kurulanma alışkanlığı %72,4'ünde mevcuttur. Kurulanırken %54'ü tuvalet kağıdı tercih etmekte ve %18,4'ü bez ile kurulanmaktadır. Yağmur'un araştırmasında kadınların %69'unun adet döneminde hijyenik ped kullandığını tespit edilmiştir. Doğru taharetlenme alışkanlığı olan kadınlar ise grubun %74'ünü oluşturmaktadır (Yağmur 2007). Daşık ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise kadınların %18'inin tuvaletten önce ve sonra el yıkadığı, %78'inin tuvaletten sonra kurulandığı ve çoğunluğunun (%59) tuvalet kağıdı kullandığını bildirilmiştir. Kadınların menstrual dönemde hijyenik ped kullanma durumu %43 olup çoğunlukla (%57) bez tercih ettikleri tespit edilmiştir. Kadınlar arasında günlük ped kullanma alışkanlığı %22 olup, %80'inde de vajinal duş alışkanlığı bulunmaktadır (Daşık vd. 2015). Hacıoğlu ve arkadaşlarının Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezine yaptıkları araştırmada ise kadınların %56'sının günlük ped kullandığını ve günlük ped kullanan kadınların %82'sinde vajinal enfeksiyonun olduğu tespit edilmiştir. Hijyenik pede göre bez kullananların sayısı daha yüksek bulunmuş ve bez kullanan kadınların %78'inde

vajinal enfeksiyon saptanmıştır. Kadınların %72'sinin yanlış taharetlenme alışkanlığı yaptığı ve bu kadınların %76'sında vajinal enfeksiyon olduğu bildirilmiştir. Araştırma sonucunda iç çamaşırı değiştirme sıklığı, günlük bez kullanma alışkanlığı ve tuvalet kağıdı kullanmama durumu ile vajinal enfeksiyon arasında önemli ilişki olduğu saptanmıştır (Hacıalioğlu vd. 2000). Çalışma bulguları literatür ile karşılaştırıldığında kadınların daha yaygın olarak yanlış hijyen alışkanlıklarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu durum çalışma grubundaki kadınların kırsal bölgede olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca günlük ped kullanımı, yanlış taharetlenme alışkanlığı, iç çamaşırı değiştirme sıklığı ve enfeksiyon riskini artıran durumlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Kadınların kendi bildirimlerine bağlı olarak %51,5'i vajinal akıntı şikayeti yaşamakta ve %23,3'ü bu şikayetini yedi ay ve daha uzun süredir yaşamaktadır. Akıntı rengi çoğunlukla (%23,9) sarı-yeşil renkli olarak tarif edilmiş, %11'inde de bazen ara kanama olduğu bildirilmiştir. Kadınların cinsel ilişkiden sonra problem yaşama durumu %42,9 olarak saptanmış, %25,8'i tek taraflı ve %13,5'i çift taraflı olarak kasıklarda ağrı şikayeti yaşadığını belirtmiştir. Ayrıca %35'i şu an olmayan ama ara ara idrar yaparken yanma yaşadığını, %18,4'ü ise şu an da idrar yaparken yanma yakınması olduğunu bildirmiştir. Kaymak ve arkadaşlarının araştırmasında kadınların %53'ünün idrar yaparken yanma şikayeti olduğu, %56'sının alt abdominal ağrısı olduğu, %55'inin cinsel ilişki sonrası yakınma yaşadığı ve %10'unun ara kanama yakınması olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada kadınlarda en sık saptanan akıntı şeklinin sarı-yeşil renkli bir vajinal akıntı olduğu belirtilmiştir (Kaymak vd. 2005). Ozan ve Özerkanın araştırmasında ise kadınların %59'unun bir yıl ve daha uzun süredir akıntı şikayeti yaşadığı saptanmıştır (Ozan ve Özerkan 2008). Literatür ve çalışma bulguları vajinal akıntı, alt abdominal ağrı, dizüri, dispareni gibi yakınmaların toplumda oldukça yaygın olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın gerçekleştirildiği 163 kadından 114 tanesi jinekolojik muayene olmayı kabul etmiş, 114 kadından 67'sinde, jinekolojik muayene olmayı kabul etmeyen 49 kadının ise 21'inde vajinal enfeksiyon tespit edilmiştir. Toplamda 88 kadında tespit edilen vajinal enfeksiyonun sıklığı %78,6 olarak saptanmıştır. Yaygın görülen vajinal enfeksiyonlar ise bakteriyel vajinozis (%33,0), kandida (%23,9), diğer vajinal enfeksiyonlar (%29,5) ve miks enfeksiyonlar %13,0 (kandida ve bakteriyel vajinozis

%4,5, kandida ve diğer vajinal enfeksiyonlar %9,1)'dır. Elazığ'da özel bir hastanede papsmear tarama sonucu incelenen 3831 hastanın %10'unda vajinal enfeksiyon tespit edilerek, yaygın saptanan enfeksiyon çeşidi %8 ile bakteriyel vajinozis olarak bildirilmiştir (Çelik vd. 2013). Zimbabve'de bir kliniğe başvuran ve semptomatik vajinal akıntısı bulunan 200 kadın ile yapılan başka bir araştırmada ise bakteriyel vajinozis %73 ile en yaygın saptanan enfeksiyon çeşidi olarak saptanmıştır (Chirenje et al. 2017). Haiti'de kırsal bölgedeki bir kliniğe vajinal yakınma ile başvuran 18 yaş üstü 206 kadın ile yapılan araştırmada kadınların %85'inde vajinal enfeksiyon tespit edilmiş ve en yaygın saptanan enfeksiyon bakteriyel vajinozis olarak bildirilmiştir (Bristow et al. 2014). Çalışma bulgularında kadınlar arasında en yaygın saptanan enfeksiyon literatürden farklı olarak diğer vajinal enfeksiyonlar olarak saptanmıştır. Vajinal enfeksiyon sıklığının daha yüksek saptanmış olması ise kullanılan tanı yönteminin ve çalışma bölgesinin farklı olmasından kaynaklanabilir.

Çalışma grubunda yaygın görülen etkenlerden biri tek başına %33 miks enfeksiyon ile birlikte %37,5 olarak saptanan bakteriyel vajinozistir. Ülkemizde sıklığı %8-52 arasında değişiklik gösteren bakteriyel vajinozis vajinal enfeksiyon türleri arasında en yaygın görülen enfeksiyon çeşididir (Aytaç ve Eryılmaz 2009, Çelik vd. 2013). Rahman'ın (2008), Elazığ Sara Hatun Kadın Doğum Hastanesi polikliniklerine genital akıntı yakınması ile başvuran ve çoğunluğu (%92,5) 15-49 yaş arası kadınlar olan 507 kadın ile yaptığı araştırmada amsel tanı kriterlerine göre kadınların %31'inde bakteriyel vajinozis tespit etmiş ve en yaygın görülen vajinal enfeksiyon çeşidi olarak saptanmıştır (Rahman 2008). Bezircioğlu ve Öviz'in araştırmasında ise Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezine vajinal akıntı yakınması ile başvuran 231 kadın incelenmiş ve kadınların %34'ünde bakteriyel vajinozis en yaygın görülen enfeksiyon olarak tespit edilmiştir (Bezircioğlu ve Öviz 2004). Değirmenci'nin İstanbul'da 296 kadın ile yaptığı araştırmada amsel tanı kriterleri kullanılarak kadınlarda bakteriyel vajinozis sıklığı %38 olarak saptanmıştır (Değirmenci 2009). Haiti'de kırsal bölgedeki kadınlarda direkt mikroskopik incelenme ile tanı konulan kadınlarda ise bakteriyel vajinozis sıklığı %28 olarak bulunmuştur (Bristow et al. 2014). Bu çalışma, diğer araştırmalar ile karşılaştırıldığında, bakteriyel vajinozisin yaygın görülen bir vajinal enfeksiyon nedeni olması ve sıklığı literatür uyumlu bulunmuş, tek başına da en yaygın görülen enfeksiyon olarak saptanmıştır. Ancak miks enfeksiyonlar eklendiğinde en

yaygın görülen enfeksiyon nedeni olarak saptanmaması literatürden farklı bulunmuştur.

Çalışma grubunda tek başına kadınların %23,9'unda ve miks enfeksiyonlar ile %37,5'inde saptanan ikinci enfeksiyon kandida'dır. Ülkemizde kandida enfeksiyonu sıklığı %8-30 arasında değişiklik gösterir (Hacıoğlu vd. 2000, Bengi vd. 2014). Ankara'da çeşitli sağlık ocağına vajinal kaşıntı yakınması ile başvuran 354 hasta ile yapılan bir araştırmada, kültür tanı yöntemi ile kadınlarda kandida sıklığı %22 olarak saptanmıştır (Altanlar 1999). Bursa'da aile hekimliği merkezine başvuran 15-49 yaş arası kadınlar ile yaptıkları araştırmada ise kandida enfeksiyonu kadınların %17'sinde tespit edilmiş ve en sık görülen vajinal enfeksiyon nedeni olarak belirtilmiştir (Ersun 2008). Hacıoğlu ve arkadaşlarının Erzurum Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezine başvuran 15-49 yaş arası kadınlar ile yaptıkları bir başka araştırmada, miks enfeksiyon ile birlikte kandida enfeksiyonu %9 ile ikinci en sık görülen vajinal enfeksiyon nedeni olarak saptanmıştır (Hacıoğlu vd. 2000). Bengi ve arkadaşlarının İzmir'de Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesine vajinal yakınma ile başvuran 245 kadın ile kültür yöntemi kullanarak yaptıkları araştırmada da miks enfeksiyonlar ile birlikte kandidanın sıklığı %30, yalnızca kandida sıklığı ise %27 olarak saptanmış, araştırma sonucunda kadınlarda en yaygın saptanan vajinal enfeksiyonun kandida olduğu belirtilmiştir (Bengi vd. 2014). Hindistan'da kırsal bölgede ki bir hastaneye vajinal yakınma ile başvuran üreme çağındaki 156 kadın ile yapılan araştırmada kadınların %80'inde kandida enfeksiyonu tespit edilmiştir (Fule et al. 2015). Çalışma bulguları karşılaştırıldığında kandida enfeksiyonunun yaygın görülmesi literatür ile uyumlu bulunmuş, ancak sıklığı ülkemizde yapılan çalışmalara göre daha yüksek saptanmıştır. Bu farklılık ise özellikle kullanılan farklı tanı yöntemine, çalışmanın birinci basamak koşullarında yapılmış olmasına ve çalışma grubundaki kadınların kırsal bölgede olmasına bağlanmıştır.

Çalışma grubunda tek başına %29,5, miks enfeksiyonlar ile birlikte %38,6 olarak saptanan yaygın enfeksiyon, diğer vajinal enfeksiyonlardır. Diğer vajinal enfeksiyonu olan kadınların semptomları trikomoniasis ile uyumlu idi ancak doğrulayıcı bir inceleme yapılmadığı için diğer grubuna dahil edildi. Ülkemizde yapılan araştırmalarda kadınlar arasında trikomoniasis sıklığı %2-42 arasında değişiklik gösterir (Daldal vd. 2002, Çetinkaya 2008). Ankara'da kadın hastalıkları ve doğum

polikliniğine akıntı yakınması ile başvuran kadınlar ile yapılan araştırmada, direk mikroskopik ve kültür yöntemleri kullanılarak kadınların %7'sinde trikomoniasis bulunmuştur (Akarsu 2006). Kütahya'da Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran kadınlar ile yapılan bir araştırmada gram boyama yöntemi ile kadınların %7'sinde trikomonas enfeksiyonu saptanmıştır (Akdemir vd. 2010). Hatay'da çeşitli nedenler ile jinekoloji kliniğine başvuran kadın hastalar ile yapılan bir araştırmada gram boyama ile trikomonas sıklığı %12 (Kaya vd. 2015), Kayseri'de vajinal akıntı yakınması olan kadın hastalar ile yapılan başka araştırmada ise boyama yöntemleri, direk mikroskopik inceleme ve kültür yöntemi kullanılarak trikomonas sıklığı %2 olarak saptanmıştır (Çetinkaya 2008). Manisa'da vajinal akıntı yakınması ile doğum evine başvuran kadınlar ile yapılan bir araştırmada da trikomoniasis %5 (stan vd. 2005), Malatya'da seks işçileri ile yapılan başka araştırmada ise trikomonas enfeksiyon sıklığı %42 olarak saptanmıştır (Daldal vd. 2002). Nijerya'da kesitsel tipte olup 160 HIV pozitif ve 160 HIV negatif olan toplam 320 gebe ile yapılan araştırmada gebelerin %18'inde trikomonas enfeksiyonu saptanmıştır (Ijasan et al. 2018). Palamda birinci basamak sağlık merkezinde yapılan bir araştırmada ise klinik muayene ile kadınların %17'sinde laboratuvar incelemesinde %16'sında trikomonas enfeksiyonu tespit edilmiştir (Ranjan et al. 2003). Çalışmanın kırsal bölgede ki kadınları kapsamaması, birinci basamak sağlık kuruluşu koşullarında yapılması ayırt edici özelliktir. Ancak trikomoniasis için doğrulayıcı bir incelemenin olmaması literatüre göre daha yüksek saptanmasına neden olduğu düşünülmüştür.

Çalışma bulgularında vajinal enfeksiyon riskini artıran en önemli risk faktörlerinden biri vajinal duş alışkanlığı olarak saptanmıştır. Vajinal enfeksiyonu olan kadınların %72,7'sinin vajinal duş yaptığı ve vajinal duşun enfeksiyon riskini 2,5 kat artırdığı tespit edilmiştir. Vajinal duş alışkanlığının ülkemizde sıklığı %63-92 arasındadır (Çalışkan vd. 1996, Cangl ve Tokuç 2013). Hacıalıoğlu ve diğerlerinin araştırmasında birinci basamakta genital enfeksiyonu olan (%71) kadınların %84'ünün (Hacıalıoğlu vd. 2000), Daşıkan ve arkadaşlarının ikinci basamakta başvuran kadınların %80'inin vajinal duş yaptığı tespit edilmiştir (Daşıkan vd. 2015). Değirmenci ise İstanbul'da yaptığı araştırmada yakınması olan kadınlarda vajinal duşu anlamlı olarak yüksek saptamış ve bakteriyel vajinozis tanısı alan kadınların %59'unun vajinal duş yaptığını belirtmiştir (Değirmenci 2009). Cangl ve Tokuç'un (2013), Edirne'de yaptıkları araştırmada kadınlarda vajinal duş yapma sıklığı %92,1

olarak saptanmıştır (Cangöl ve Tokuç 2013). Koştu ve Beydağ'ın Denizli il merkezindeki bir hastaneye başvuran kadınlar ile yaptığı araştırmada ise kadınların vajinal duş yapma sıklığı %87 olarak bildirilmiştir. Vajinal duş yapma nedenleri ise çoğunlukla (%54) hijyenik olmak olarak belirtmiştir (Koştu ve Beydağ 2009). Çalışkan ve arkadaşlarının sağlık ocağı bölgesinde 318 kadın ile yaptıkları araştırmada kadınların vajinal duş yapma sıklığı %63,2 olarak saptanmıştır. Yapılma nedenleri temizliğin yanında dini inanç ve kontraseptif yöntem olduğunu düşünmek olarak saptanmıştır (Çalışkan vd. 1996). Çalışma bulguları literatür ile karşılaştırıldığında toplumda vajinal duş alışkanlığının yaygın görülen bir sorun olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca vajinal enfeksiyonlar için vajinal duş alışkanlığı önemli bir risk faktörüdür.

Çalışma grubundaki kadınlarda vajinal enfeksiyon riskini artıran risk faktörlerinden biri kullanılan AP yöntemidir. Vajinal enfeksiyonu olan kadınların %46,8'i AP yöntemi kullanmakta ve en yaygın kullanılan AP yöntemi ise %81 ile RİA'dır. Çalışma bulgularında RİA kullanımının kadınlarda vajinal enfeksiyon riskini 5,1 kat artırdığı saptanmıştır. RİA vajinal florayı değiştirip anaerob bakterilerin artışa yol açarak enfeksiyona neden olur (Zincir ve Temel 2010). Tamer ve arkadaşlarının Kocaeli'de 20-48 yaş arası kadınlar ile AP yöntemleri ve trikomonas arasındaki ilişkiyi saptamak amacı ile yaptıkları araştırmada trikomonas RİA kullanan kadınların %15'inde saptanmış, RİA kullanımının vajinal enfeksiyon gelişmesinde önemli risk faktöründen olduğu belirtilmiştir (Tamer vd. 2009). Daşikan'ın araştırmasında kadınlarda RİA kullanımının vajinal enfeksiyon riskini artırdığı ve vajinal enfeksiyonu olan kadınların %21'inin RİA kullandığı bildirilmiştir (Daşikan vd. 2015). Kaymak ve arkadaşlarının vajinal akıntı etkenlerinin araştırılması amacı ile yaptıkları araştırmada ise vajinal enfeksiyon tespit edilen kadınlardan AP yöntemi olarak RİA kullananların %77'sinde enfeksiyon tespit edilmiştir (Kaymak vd. 2005). Çalışma bulguları, RİA kullanımının enfeksiyon riskini artırdığı noktasında literatür ile benzer bulunmuştur.

Vajinal enfeksiyon gelişmesinde etkili olan en önemli risk faktörlerinden bir diğeri ise kadınların menstrual dönemi dışında günlük bez kullanma durumudur. Çalışmada vajinal enfeksiyonu olan kadınların %71,6'sının menstrual dönemi dışında bez kullandığı tespit edilmiş ve hijyenik ped kullananların %72,7'sinde, peçete kullananların %74,1'inde kendi hazırladığı bezi kullananların ise %65,2'sinde vajinal

enfeksiyon saptanmıştır. Çalışma bulgularında günlük olarak ped kullanımının vajinal enfeksiyon riskini 6,5 kat artırdığı tespit edilmiştir. Hacıoğlu ve arkadaşlarının araştırmasında genital enfeksiyonu olan kadınların %82'sinin günlük bez kullandığı saptanmış ve günlük ped kullanımı enfeksiyon riskini artıran önemli bir risk faktörü olarak bildirilmiştir (Hacıoğlu vd. 2000).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Samsun ili Çarşamba ilçesinde bulunan Gökçeçakmak ASM'ye bağlı dört köyde 15-49 yaş evli kadınlar arasında vajinal enfeksiyon sıklığının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

1. Kadınların %78,6'sında (n= 88) vajinal enfeksiyon bulgusu saptanmıştır.
2. Saptanan enfeksiyonların dağılımı bakteriyel vajinozis %33, kandida %23,9, diğer vajinal enfeksiyonlar %29,5 ve miks enfeksiyonlar %13,0 (kandida ve bakteriyel vajinozis %4,5, kandida ve diğer vajinal enfeksiyonlar %9,1) şeklindedir.
3. Vajinal enfeksiyon riskini, günlük ped kullanımını 6,5 kat, RİA kullanımını 5,1 kat ve vajinal duş alışkanlığı 2,5 kat artırmaktadır.

6.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulabilir:

1. Laboratuvar olanaklarının olmadığı birinci basamak sağlık kuruluşlarında gerek hekim gerekse ebeler tarafından çalışmada kullanılan sendromik yaklaşım ve amsel tanı kriterleri kullanılarak vajinal enfeksiyonlara tanı konulmasında etkili bir yol izlenebilir.
2. Birinci basamak sağlık çalışanları, yılda iki kez gerçekleştirilen 15-49 yaş grubu izlemlerini eksiksiz ve nitelikli biçimde yapmalı, kadınları vajinal enfeksiyon ve risk faktörleri açısından sorgulamalı ve semptomatik kadınların erken tespiti ve tedavi sağlanmalıdır.
3. Sağlık çalışanları tarafından kadınların vajinal enfeksiyonlar ve diğer jinekolojik sorunlar konusundaki eğitim gereksinimleri belirlenmeli ve sağlık eğitimi çalışmaları gerçekleştirilmelidir.

4. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının vajinal enfeksiyonlara yönelik tanı kapasitesi artırılmalıdır. Tanı konulamayan ya da tekrarlayan vajinal enfeksiyonların ikinci basamağa yönlendirilmelidir.



7. KAYNAKLAR

- Akarsu AG. (2006). Nonspesifik Vajinal Akıntı Şikayeti Olan Poliklinik Hastalarında Trichomonas Vaginalis Araştırılması. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 30(1):19-21.
- Akdemir C, Keskin N, Çoksüer H. (2010). Kütahya'da Vajinal Akıntılı Olgularda Trichomonas Vaginalis Görülme Sıklığının Klasik Mikroskopi ve DNA Hibridizasyon Yöntemleriyle Araştırılması. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 67(4):161-166.
- Aktaş D, Şahin E, Gönenç İ. (2012). Kadın sağlığını etkileyen, sık görülen bazı jinekolojik problemler ve hemşirelik yaklaşımları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2).
- Akyol E. (2014). Heksitidin, Klindamisin ve Metronidazolün Sitotoksitesi ve Trichomonas Vaginalis Üzerine In Vitro Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas. (Danışman: Doç. Dr. ZA Polat).
- Altanlar N. (1999). Vulvovajinal Candidiasis Olgularından İzole Edilen Candidaların Türlerine Göre Dağılımı. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 28(1)61-70.
- Alves CT, Silva S, Pereira L, Williams DW, Azeredo J, Henriques M. (2014). Effect Of Progesterone On Candida Albicans Vaginal Pathogenicity. *Inter Journal Medicine Microbiology*, 304(8):1011-1017.
- Amabebe E, Anumba DOC. (2018). The vaginal microenvironment: The physiologic role of lactobacilli. *Front. In Medicine (Lausanne)*, 13(5),181.
- Apay SE, Özdemir F, Nazik E, Potur D, Hadımlı A, Tanrıverdi D, Aktaş S, Özorhan EY, Sakar T, Doğan YM, Alaca C, Yurttaş A. (2014). Yedi Farklı İldeki Kadınların Genital Hijyen Davranışlarının Belirlenmesi: Çok Merkezli Kesitsel Bir Çalışma. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17;4.
- Aytaç A, Eryılmaz YH. (2009). Vajinal Akıntı Tanılama Formu (VATF) Kullanılarak Konulan Tanıların Uyum Analizi. *MÜ Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1).
- Balcı O, Çapar M. (2005). Vajinal Enfeksiyonlar. *Türk J. Obstet Gynecol*, 2(5), 14-20.
- Barry L, Hanner MD, Mariav V. (2011). Vaginitis: Diagnosis and Treatment. Medical Universty of South Carolina, *American Family Physician*, 83(7).
- Baykushev R, Raykova OV, Stoykova V, Mitov I. (2014). Reliable Microbiological Diagnosis Of Vulvovaginal Candidiasis. *Akush Ginekol (Sofia)*, 53(4):17-20

- Bengi M.A, Mevsim V, Yıldırım E. (2014). Vulvovajinal Kandidiyazis Tanısında Sendromik Yaklaşım. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 18;(4):175-188.
- Koştu N, Beydağ KD. (2009). Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınların Genital Hijyen Davranışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.
- Bezircioğlu İ, Öniz A. (2004). Vajinal Akıntı Yakınması İle Başvuran Hastaların Akıntı Örneklerinin Direkt Mikroskopik Değerlendirilmesi. *Sted Dergisi*, 13(11): 422-425.
- Bristow CC, Desgrottes T, Cutler L, Utler D, Devarajan K, Ocheretine O, Pape WJ, Klausner JD. (2014). The Etiology of Vaginal Symtoms in Rural Haiti. *Int J STD AIDS*, 25(9),669-675.
- Cangöl E. (2010). Uzunkörü Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne Jinekolojik Muayene için Başvuran Kadınlarda Genital Enfeksiyonların Sıklığı ve Genital Hijyen Davranışlarının Değerlendirilmesi. TÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yard. Doç. Dr. B Tokuç).
- Cangöl E, Tokuç B. (2013). Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Genital Enfeksiyon Sıklığı Ve Genital Hijyen Davranışları. *F. N. Hem. Derg*, 21(2):85-91.
- Cassone A. (2014). Vulvovaginal Candida Albicans İnfections: Pathogenesis, İmmunity And Vaccine Prospects. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar tedavi rehberleri, (2015). Çeviri editörü: Aydoğan K, Dicle Ö, Doğan B, Keçici SA, Köse O ve Serdaroğlu S. Galenos yayınevi, İstanbul.
- Coleman JS, Gaydos CA, Witter F. (2013). Trichomonas Vaginalis Vaginitis İn Obstetrics And Gynecology Pratices: New Concepts And Controversies. *Obstet Gynecol Surv.*, 68(1):43-50.
- Chaudhary V, Kumar R, Agrawal KV, Singh A, Narula R, Sharma M. (2012). Prevalence And Determinants Of Vaginal Discharge Among Women Of Reproductive Age Group in Tertiary Care Hospital of Northern India. *National Journal of Community Medicine*, 3(4).
- Chirenje ZM, Dhibi N, Handsfield HH, Gonese E, Barr BT, Gwanzura L, Latif AS, Maseko DV, Kularatne RS, Tshimanga M, Kilmarx PH, Machiha A, Mugurungi O, Rietmeijer CA. (2017). The Etiology of Vaginal Discharge Syndrome in Zimbabwe Results from the Zimbabwe STI Etiology Study. *Sexually Transmitted Diseases*, 45(6):422-428.
- Czerwinski BS. (2000). Variation İn Femine Hygiene Practices As A Function Of Age. *Journal Obstetric Gynecol Neonatal Nurse*, 29(6):625-33.
- Çalışkan D, Çöl M, Akdur R, Yavuzdemir Ş, Yavuz Y. (1996). Park sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu kadınlarda vajinal duş sıklığı ve etkili faktörler üzerinde çalışma. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, cilt:49, sayı:2.
- Çelik A, Atılğan R, Aygün H, Özkan Z, Can B, Kavak B, Pala Ş, Özercan M. (2013). Serviko-Vajinal Pap Smear Taramasında Trichomonas Vaginalis, Candida ve Gardnerella Vaginalis Sıklığının Yaşa Göre Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(1):44-47.

- Çetin Ö. (2006). Vajinal Yakınması Olan Kadınlarda *Trichomonas Vaginalis* Araştırılması. AÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. (Danışman: Prof. Dr. K Altıntaş).
- Çetin C. (2015). Özel Bir Üniversitedeki Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. (Danışman: Yrd. Doc. Dr. Al Tosun).
- Çetinkaya Ü. (2008). Vajinal Akıntılı Kadınlarda *Trichomonas Vaginalis*in Araştırılması. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri. (Danışman: Doç. Dr. S Yazar).
- Dalbudak S. (2012). GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Genital Hijyen Davranışları ve Bu Davranışların Vajinal Enfeksiyona Etkisi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. (Danışman: Doç. Dr. N Bilgili).
- Dalbudak S, Bilgili N. (2012). GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Genital Hijyen Davranışları ve Bu Davranışların Vajinal Enfeksiyona Etkisi. *Gülhane Tıp Fakültesi Dergisi*, 55:281-287.
- Daldal N, Karaman Ü, Atambay M. (2002). Malatya’da Konsomatris Olarak Çalışan Kadınlarda *Trichomonas Vaginalis* İnsidansı. *Inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(1) 21-24.
- Daşıkıran Z, Kılıç B, Bayrok C, Kocairi H, Kuzu S. (2015). Genital Akıntı Şikayeti ile Polikliniğe Başvuran Kadınların Genital Hijyen Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1).
- Değerli S, Şalk S, Malatyalı E. (2011). Sivas’ta Vaginit Ön Tanılı Hastalarda *Trichomonas Vaginalis* Sıklığı. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 35:145-7.
- Değirmenci A. (2009). Vajinal Akıntı Şikayeti İle Başvuran Olgularda Bakteriyel Vajinozis Sıklığının Saptanması, Tanıda Kullanılan Amsel Kriterlerinin Sensitivite Spesifisitelerinin Belirlenmesi ve Bakteriyel Vajinozis İçin Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Haydarpaşa Numune ve Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Uzmanlık tezi, İstanbul. (Danışman: Doç. Dr. Z Vural).
- Demirağ S. (2015). *Trichomonas vaginalis*’in Aktin Gen Bölgesi Kullanılarak PCR-RFLP (Restriction Fragment Length Polymorphism) İle Moleküler Tiplendirmesi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. Aydın. (Danışman: Prof. Dr. H Ertabaklar).
- Donders GG, Bellen G, Ruban K, Bulck BV. (2018). Short-And Long-Term Influence Of The Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System (Mirena) On Vaginal Microbiota and Candida. *Journal of Medical Microbiology*, 67:308-313.
- Doni YN, Aksoy M, Şimşek Z, Gürses G, Hilali GN, Zeyrek YF, Özek B, Yıldırımkaaya G. (2016). Vajinit Yakınmaları Olan 15-49 Yaş Arasındaki Suriyeli Mülteci Kadınlarda *Trichomonas Vaginalis* Sıklığının Araştırılması. *Mikrobiyol Bul*, 50(4):590-597.

- Dou N, Li W, Zhao E, Wang C, Xiano Z, Zhou H. (2014). Risk Factors For Candida Infection Of The Genital Tract In The Tropics. *African Health Sciences*, 14(4): 835-839.
- Döğen A, Durukan H, Güzel AB, Öksüz Z, Kaplan E, Serin MS, Serin A, Emekdaş G, Aslan G, Tercan S, Kalkancı A, İlkit M. (2013). Vajinal Candida Glabrata İzolatlarının Mikrosatellit Gösterge Analizi İle Genotiplendirilmesi Ve DNA Dizi Analizi İle Antifungal Direnç İle İlişkili Mutasyonların Belirlenmesi. *Mikrobiyoloji Bülteni*, 47(1):109-121.
- Egan M, Lipsky MS. (2002). Vaginitis: Case Reports And Brief Review. *AIDS Patient Care STDS*, 16(8):367-73.
- Ege E, Eryılmaz G. (2005). Genital Hijyen Davranışları Envanterinin (GHDE) Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3):67-65.
- Erdoğan A. (2011). Birinci Basamakta Vulvovajinal Kandidiyazis Tanısında Sendromik Yaklaşım. DEÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. V Mevsim).
- Ersun H. (2008). Emek Aile Hekimliği Merkezi'ne Başvuran 15-49 Yaş Arası Vajinal Akıntılı Kadınlarda Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon Sıklığı. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Bursa. (Danışman: Doç. Dr. Y Uncu).
- Fastring DR, Amedee A, Gatski M, Mena LA, Levison J, Schmidt N, Rice J, Gustat J, Kissinger P. (2014). Co-Occurrence Of Trichomonos Vaginalis and Bacterial Vaginosis and Vaginal Shedding of HIV-1 RNA. *Sex Transm Dis*. Mar, 41(3):173-9.
- Fule SR, Das D, Fure RP. (2015). Detection Of Phospholipase Aktiviteye Of Candida Albicans And Non Albicans İsolated From Women Of Reproductive Ağı With Vulvovaginal Candidiasis in Rural Area. *Indian Journal of Medical Microbiology*, 33(1):92-95.
- Gitmez F. (2013). Vajinal Yakınlı Kadın Hastalarda Ve Üriner Sistem Şikayetleri Bulunan erkek Hastalarda Trichomonas Vaginalis'in Yaygınlığının Farklı Yöntemlerle Araştırılması ve Çeşitli Sosyal Değişkenler Açısından İncelenmesi. O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Ankara. (Danışman: Doç. Dr. N Doğan).
- Gonçalves B, Ferraira C, Alevi TC, Henriques M, Azeredo J, Silva S. (2016). Vulvovaginal Candidiasis: Epidemiology, Microbiology and Risk Factors. *Critical Reviews in Microbiology*, 42(6):905-927.
- Günay T, Aksakoğlu G. (2002). Bakteriyel Vaginozis. *TTB Sted*, 11(9): 369-370.
- Hacıoğlu N, İnandı T, Pasinlioğlu T. (2000). Erzurum Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezine Başvuran Kadınlarda Genital Yol Enfeksiyonlarının Sıklığı Ve Risk Faktörleri. *Atatürk Üni. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2).
- Hanner LB, Gibson VM. (2011). Vaginitis: Diagnosis and Treatment. *American Family Physician*, 83(7).

- Hemalatha R, Ramalaxmi BA, Swetha E, Balakrishna N, Mastromarino P. (2013). Evaluation of Vaginal Ph For Detection of Bacterial Vaginosis. *Indian Journal Medline Result.*, 138(3),354-359.
- Hemşirelik Jinekolojik Hastalıklar (2013). T.C Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara.
- Hillier SL, Nugent RP, Eschenbach DA, Krohn MA, Gibbs RS, Martin DH, Cotch MF, Edelman R, Pastorek JG, Rao AV. (1995). Association Between Bacterial Vaginosis And Preterm Delivery Of A Low-Birth-Weigh Infant. *New Engl J Med*, 333(26):1737-42.
- Hobbs MM, Sena CA. (2013). Modern Diagnosis Of Trichomonas Vaginalis İnfection. *Sex Transm Infect.* Sep; 89(6): 434-438.
- Karadeniz İB. (2009). Vulvovajinit Şikayeti İle Başvuran Hastalarda Jinekolojik Muayene Bulguları İle Mikrobiyolojik Tanımın Korelasyonunun Karşılaştırılması ve Etken Mikroorganizmaların Sıklığının Belirlenmesi. SB Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul. (Danışman: Op. Dr. EE Büyükbayrak).
- Karaduman A, Al DF, Aksu G, Haberal A. (2006). Gebelerde Saptanan Vajinal İnfeksiyon Etkenlerinin Dağılımı. *İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection)* 20(3):171-175.
- Karatay G, Özvarış BŞ. (2006). Bir Sağlık Merkezi Bölgesindeki Gece Kondularında Yaşayan Kadınların Genital Hijyene İlişkin Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 10(1).
- Kaya AÖ, Şilfeler BD, Özgür T, Kurt KR, Hamamcı B, Sefil N, Bayazıt A, Yengil E. (2015). Bir Üniversite Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Parazitolojik Ve Sitolojik Yöntemlerle Trichomonas Vaginalis Araştırılması. *Konuralp Tıp Dergisi*, 7(3):146-148.
- Kaya C, Yılmaz M, Şatıroğlu H. (2001). Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda güncel yaklaşımlar (CYBH): Derleme. *T klin J Gynecol Obst*, 11:1-14.
- Kaymak Y, Paşaoğlu A, Erhan M, Çelik B. 2005. Polikliniğimize Vajinit Yakınması İle Başvuran Hastalarda Vajinal Akıntı Etkenlerinin Araştırılması. *Gazi Tıp Dergisi*, 16(3): 114-120.
- Keleştemur N, Kaplan M. (2010). Elazığ'da Vajinitli Kadınlarda T. Vaginalis Sıklığı. *E-Journal of New Workl Sciens Academy*, 5(1).
- Kırmızı AD, Taner EC, Kayar I, İris A, Yaz P, Okcu Y. (2012). Assessment Of Bacterial Vaginosis Indence And Neonatal Outcome On Cases With Preterm Prematüre Rupture Of Membranes. *Journal Of Turkish Society Of Obstetrics And Gynecology*, 10(2): 72-8.
- Kısa S. (2007). Ankara'da Bir AÇSAP Merkezine Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Vajinal Enfeksiyonların Hemşire Tarafından Tanımlanmasında Semptom Yaklaşımının Geçerliliği Ve Etkinliği. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara. (Danışman: Prof. Dr. L TAŞKIN).
- Lima MT, Teles RL, Oliveira SA, Campos CF, Barbosa CR, Pinheiro KA, Damasceno KA. (2013). Flujo Vaginal En Gestantes: Comparación Entre El Abordaje

Sindrómico Y Las Pruebas En La Práctica Clínica De Enfermería. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(6).

- Ijasan O, Okunade KS, Oluwole AA. (2018). The Prevalence And Risk Factors For Trichomonas Vaginalis Infection Amongst Human Immunodeficiency Virus-Infected Pregnant Women Attending The Antenatal Clinics Of A University Teaching Hospital In Lagos, South-Western. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 25(1), 21-26.
- Maraklı SS. (2006). Kadın Olgularda Asemptomatik Seyirli Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Sıklığının Araştırılması. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Adana. (Danışman: Prof. Dr. MA Acar).
- Matos MA, Caetano KA, França DD, Pinheiro RS, Moraes LC, Teles SA. (2013). Vulnerability To Sexually Transmitted Infections In Women Who Sell On The Route Of Prostitution And Sex Tourism In Central Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(4).
- Mitchell C, Marrozzo J. (2014). Bacterial Vaginosis And The Cervicovaginal Immune Response. *Am Journal Repord Immunol*, 71(6), 555-563.
- Mitchell H. (2009). Vaginal Discharge Causes, Diagnosis, And Treatment. *BMJ* 328(7451): 1306-1308.
- Money D. (2005). The Laboratory Diagnosis of Bacterial Vaginosis. *Canadian Journal Infectious Diseases and Medical Microbiology*, 16(2):77-79.
- Mustafaoğlu N. (2011). İstanbul İli Ümraniye İlçesindeki Kadınların Vajinal Akıntı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarını Saptamaya Yönelik Niteliksel Bir Çalışma. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. M Karavuş).
- Nugent RP, Krohn AP, Hillier SL. (1991). Reliability Of Diagnosing Bacterial Vaginosis Is Improved By A Standardized Method Of Gram Stain Interpretation. *Journal Clinical Microbiology*, 29(2):297-301.
- Okumuş F. (2015). Vajinal Duş ve Profesyonel Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal Nurse Science*, 7(2):112-20.
- Okumuş F, Demirci N. (2015). Kırsal Bölgede Yaşayan Kadınların Vajinal Akıntı Durumunda Sağlık Arama Davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(3).
- Orbak Z. (2008). Vulvovajinit. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, *Adolesan Sağlığı II. Sempozyum Dizisi*, 63, 95-97.
- Owen MK, Clenney TL. (2004). Management of Vaginitis. *American Family Physician*, 70(11):2125-32.
- Ozan H, Özerkan K. (2008). Vajinal akıntıya hastaların yaklaşımı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 34 (2) 53-54.
- Östan İ, Sözen U, Limoncu EM, Kilimcioğlu AA, Özbilgin A. (2005). Manisa'da Vajinal Akıntılı Kadınlarda Trichomonas Vaginalis Sıklığı. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 29(1):7-9.

- Özer A. (2013). İki Farklı Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Doğurgan Çağındaki Kadınların Genital Hijyen Davranışları. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. Denizli. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö Sevinç).
- Öztoklu İ, Yücel A. (2012). Chlamydia Trachomatis Enfeksiyonları. *Ankara Medical Journal*, 12(1):32-36.
- Öztürk S. (2015). Aydın İli Ketemden Toplanan Vajinal Örneklerde Gardnerella Vaginalisin İzolasyon, İdentifikasyon Ve Antibiyotiklere Duyarlılıklarının İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G Erbaş).
- Öztürk Y. (2014). Grup B Streptokok Ve Taşıyıcılığı Ve Diğer Vajinit Etkenlerinin Araştırılması. MÜ, Fen Bilimleri Enstitüsü, Biyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. M Birbir).
- Pamuk G, Can H. (2016). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar. *Published Online*.
- Rahman S. (2008). Elazığ Sara Hatun Kadın Doğum Hastanesi Polikliniklerine Genital Akıntı Nedeni ile Başvuran Kadınlarda Sık Görülen Bazı Genital Yol Enfeksiyonları ve Etkileyen Faktörler. FÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Elazığ. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. AT Ozan).
- Ranjan R, Sharma AK, Metha G. (2003). Evaluation Of Who Diagnostic Algorithm for Reproductive Tract Infections Among Married Women. *Indian Journal of Community Medicine*, 1(8).
- Russo R, Edu A, Seta DF. (2018). Study On The Effects Of An Oral Lactobacilli And Lactoferrin Complex İn Women With İntermediate Vaginal Microbiota. *Arch Gynecol Obstet*, 298(1),139-145.
- Şatiroğlu H, Aydınuraz B. (2007). Vajinal Kandidiyazis. *İç Hastalıkları Dergisi*. 14(3): 168-170.
- Schwebke JR, Marrazzo J, Beelen AP, Sobel JD. (2015). A Phase 3, Multicenter, Randomized, Double-Blind, Vehicle-Controlled Study Evaluating the Safety and Efficacy of Metronidazol Vaginal Gel 1.3% in the Treatment of Bacterial Vaginosis. *Sex Transm Dis.*, 42(7), 376-81.
- Sena AC, Bachmann LH, Hobbs MM. (2014). Persistent And Recurrent Trichomonas Vaginalis İnfections: Epidemiology, Treatment And Management Considerations. *Expert Rev Anti. Infect Ther*. 12(6):673-85.
- Serter D. (2006). Türkiye’de ve Dünyada Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Ve HIV/AIDS. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri enstitüsü Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji Ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı. İzmir.
- Tabak F. (2002). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar. Akılcı Antibiyotik Kullanımı Ve Erişkinde Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlar *Sempozyum Dizisi*, 31: 233-242.
- Tamer SG, Özcan KS, Yücesoy G, Gacar G. (2009). Doğum Kontrol Yöntemleri İle Trichomonas Arasındaki İlişki. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 33 (4): 266 – 269.
- T.C Resmî Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013. Sayı: 28539.
- İnternet: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, Erişim Tarihi: 19.01.2019).

- Ünsal A, Özyazıcıoğlu N, Sezgin S. (2010). Doğu Karadenizdeki Bir Belde ve Ona Bağlı Dokuz Köyde Yaşayan Bireylerin Genital Hijyen Davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2).
- Verstraelen H, Swidsinski A. (2013). The Biofilm İn Bacterial Vaginosis: Implications For Epidemiology Diagnosis And Treatment. *Current Opnion Infectious Diseases* 26:86-9.
- Xie HY, Feng D, Wei DM, Mei L, Chen H, Wang X, Fang F. (2017). Probiotics For Vulvovaginal Candidiasis İn Non-Pregnant Women. *Cochrone Database Of Systematic Reviews*, issue:11.
- Yağmur Y. (2007). Malatya İli Fırat Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Genital Hijyen Davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5).
- Yıldırım F. (2009). Kırsal Veya Kentsel Bölgede Yaşayan Kadınlarda Genital Hijyen Davranışları Ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya. (Danışman: Yard. Doç. Dr. E Ege).
- Yiğit G. (2015). Neisseria Gonorrhoea: Gonore Ve Antibiyotik Direnci. *The Journal Turkish Family Physcian*, 7(1).
- Ying C, Zhang H, Tang Z, Chen H, Gao J, Yue C. (2016). Antifungal Susceptibility And Molecular Typing Of 115 Candida Albicans İsolates Obtainde From Vulvovaginal Candidiasis Patients İn 3 Shanghai Maternity Hospitals. *Medical Mycology*, 54(4):394-399.
- Zincir H. (2006). Ria' Ya Özel Danışmanlık İlkesine Gore Ria Uygulanması Ve Genital Hijyen Eğitiminin Vulvovajinal Enfeksiyonların Görülmesine Etkisi. EÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir. (Danışman: Prof. Dr. AB TEMEL).
- Zincir H, Temel AB (2010). RİA'ya Özel Danışmanlık İlkesine Göre RİA Uygulaması, Genital Hijyen Eğitimi Ve Vulvovajinal Enfeksiyonların Görülme İlişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1);60-67.

8. EKLER

EK 1. Veri Toplama Formu

SAMSUN İLİ ÇARŞAMBA İLÇESİNDE KIRSAL NÜFUSA HİZMET VEREN BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE KAYITLI 15-49 YAŞ KADINLAR ARASINDA VAJİNİT PREVALANSI

Değerli Katılımcı,

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tez çalışması olarak planlanan bu araştırmada, Samsun İli Çarşamba İlçesinde kırsal nüfusun kayıtlı olduğu bir aile hekimliği bölgesinde 15-49 yaş kadınlar arasında vajinal enfeksiyonların yaygınlığının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmadan elde edilecek sonuçlar bilimsel amaçlı kullanılacak ve kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Katılımınız için çok teşekkür ederiz.

Anket no:

Görüşme tarihi:

Anketör:

KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1. Sürekli ikamet ettiğiniz yeri belirtir misiniz?
.....İli,İlçesi, köyü
2. Yaşınızı belirtir misiniz?
3. Medeni durumunuz nedir?
 - a) Resmi nikah
 - b) İmam nikahı
 - c) Dul
 - d) Ayrı yaşıyor
 - e) Boşanmış
 - f) Diğer.....
4. Öğrenim düzeyiniz nedir?
 - a) Okur-yazar değil
 - b) Okur-yazar
 - c) İlkokul
 - d) Orta okul
 - e) Lise
 - f) Üniversite
 - g) Lisansüstü
5. Şu anda gelir getirici herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 - a) Hayır, hiçbir işte çalışmıyorum
 - b) Hayır, ailenin yürüttüğü işlere ücret almadan yardımcı oluyorum
 - c) Düzenli yevmiye karşılığında yaptığım bir işim var
 - d) Yazın başka bölgede mevsimlik işçi olarak çalışıyorum
 - e) Ara sıra, iş çıktıkça ücret karşılığı yaptığım geçici işler (temizlik, bahçe işleri vb.)
 - f) Ücretli işçi olarak çalışıyorum
 - g) Maaşlı memurum.
 - h) Kendi hesabıma serbest çalışıyorum, yanımda tane işçi çalışıyor
 - i) Emekliyim, daha önce işinde çalışıyordum
 - ı) Diğer.....

EK 1. Devamı

6. Şu anda eşiniz gelir getirici herhangi bir işte çalışıyor mu?
a) Hayır, hiçbir işte çalışmıyor
b) Düzenli olarak yevmiye karşılığında yaptığı bir işi var
c) Yazın başka bölgede mevsimlik işçi olarak çalışıyor
d) Ara sıra, iş çıktıkça ücret karşılığı yaptığı geçici işler (bahçe işleri, şöförlük, inşaat işleri vb.)
e) Ücretli işçi olarak çalışıyor.
f) Maaşlı memur
g) Kendi hesabına serbest çalışıyor, yanında tane işçi çalıştırıyor
h) Emekli, daha önce işinde çalışıyordu
i) Diğer.....
7. Sosyal güvenceniz nedir?
a) Yok b) Bağkur c) Özel Sigorta
d) SSK e) Emekli Sandığı f) Diğer.....
8. Sağlık sigortanız var mı?
a) Var
b) Yok
9. Ne tür bir evde yaşıyorsunuz?
a) Apartman dairesi b) Müstakil ev c) Gecekondu
d) Baraka g) Diğer (Belirtiniz):.....
10. Yaşadığımız evde siz de dahil olmak üzere kaç kişi kalıyorsunuz?.....
11. Yaşadığınız evde kimlerle kalıyorsunuz?
Hanede yaşan kişiler Evet Hayır
Tek başıma
Eşim
Çocuk/çocuklarım
Annem
Babam
Eşimin annesi
Eşimin babası
Kardeş/kardeşlerim
Eşimin kardeşi/kardeşleri
Diğer
12. Yaşadığımız evde kanalizasyona bağlı bir tuvalet var mı?
a) Evet, tuvalet evin içinde b) Evet, tuvalet evin dışında
c) Hayır, tuvalet evin içinde d) Hayır, tuvalet evin dışında
13. Yaşadığımız evin içme suyu kaynağı nedir?
a) Şebeke suyu b) Kuyu suyu
c) Yer altı suyu d) Diğer.....

TIBBİ ÖYKÜ

14. Sigara kullanıyor musunuz?
a) Evet; Haftadagün, günde.....adet
Aydagün, günde.....adet
b) Hayır
15. Yanıtınız evet ise, ne kadar süredir kullanıyorsunuz?..... yıl
.....ay.....gün

EK 1. Devamı

16. Ne kadar sıklıkla ilaç kullanırsınız?

- Hekim önermemiş ise hiçbir şekilde ilaç kullanmam
- Ağrı kesici dışında hekimin önermediği hiçbir ilacı kullanmam
- Bazen benim rahatsızlığım ile benzer rahatsızlığı olan yakınlarımın/arkadaş/komşularımın önerdiği ilaçları (antibiyotik dahil) kullanırım.
- Rahatsızlandığım zaman yakınlarımın/arkadaş/komşularımın önerdiği ilaçları (antibiyotik dahil) her zaman kullanırım
- Diğer.....

17. Aşağıdaki tabloda sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren tanı konulmuş kronik bir hastalığınızın olup olmadığını, hangi ilaçları kullandığınızı ve hastalık tanısının ne zaman konulduğunu belirtiniz.

Tanı	Var	Yok	Ne kadar zaman önce bu tanıyı aldınız?	Kullandığınız ilaçlar	Süresi
Hipertansiyon			... yıl...ay.....gün		
Kalp yetmezliği			... yıl...ay.....gün		
Diyabet			... yıl...ay.....gün		
Böbrek yetmezliği			... yıl...ay.....gün		
KOAH			... yıl...ay.....gün		
Nörolojik hastalık			... yıl...ay.....gün		
Hiper-hipotroidi			... yıl...ay.....gün		
Astım			... yıl...ay.....gün		
Kanser (.....)			... yıl...ay.....gün		
Diğer kronik hastalık (....)			... yıl...ay.....gün		
Kronik hastalık dışı <u>mevcut</u> sağlık sorunu:...			... yıl...ay.....gün		

DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ

18. Aşağıda doğurganlık özellikleriniz ile ilgili soruları yanıtlayınız.

İlk adet yaşınızı belirtir misiniz?
İlk gebelik yaşınızı belirtir misiniz?
Toplam gebelik sayınız nedir?
Toplam canlı doğum sayınız nedir?
Şimdiye kadar hiç kendiliğinden düşük yaptınız mı?	a)Evet (kaç tane.....) b) Hayır
Şimdiye kadar hiç isteyerek düşük (kürtaj) yaptınız mı?	a)Evet (kaç tane.....) b) Hayır
Şimdiye kadar hiç ölü doğum yaptınız mı?	a)Evet (kaç tane.....) b) Hayır
Doğduktan 0-28 gün içinde ölen bebeğiniz oldu mu?	a)Evet (kaç tane.....) b) Hayır
0-12 aylık ölen bebeğiniz oldu mu?	a)Evet (kaç tane.....) b) Hayır
Beş yaşının altında ölen çocuğunuz oldu mu?	a)Evet (kaç tane.....) b) Hayır
Yaşayan çocuk sayınız nedir?
En son doğumunuzu hangi şekilde yaptınız?	a) Normal b) Müdahaleli(vakum/forseps) c) Sezeryan d) Doğum yapmadım.
En son ile bir önceki doğumunuz arasındaki süre ne kadardır? yıl..... ay.....gün

EK 1. Devamı

19. Şu anda herhangi bir AP yöntemi kullanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

20. Yanıtınız evet ise, aşağıdaki tabloda kullandığınız yöntemi seçerek, ne kadar süredir kullandığınızı belirtiniz.

Yöntem	AP yöntemi	Süresi
Kadının Tüplerinin Bağlanması (tüpligasyon)		
Erkeğin Kanallarının Bağlanması (vazektomi)		
Hap		
Spiral/Rahim İçi Araç		
İğne/Enjeksiyon		
Deri Altı İmplantları		
Kondom/ Prezervatif/Kaput		
Kadın Kondomu		
Diyafram, Köpük, Jel, Fitol		
Vajinal Halka (Nuvaring)		
Tehlikesiz Günler		
Geri Çekme		
Acil Korunma (Ertesi Gün Hapı)		
Diğer (.....)		

KİŞİSEL HİJYEN ALIŞKANLIKLARI

21. Adet dönemlerinizde ne kullanıyorsunuz?

- Market/eczaneden aldığım hijyenik pek kullanırım
- Market/eczaneden aldığım tamponu kullanırım
- Kendi yaptığım bezi tek seferde kullanırım
- Kendi yaptığım bezi yıkayarak birden fazla kullanırım
- Kendim tampon yaparım
- Diğer:

22. Adet dönemlerinizde ped/bez değiştirme sıklığınız nedir?

- 1-3 saatte bir değiştiririm
- 4-7 saatte bir değiştiririm
- 8-10 saatte bir değiştiririm
- 10 saat ve üzeri saatte bir değiştiririm

e) Diğer.....

23. Adet dönemleriniz dışında günlük ped/bez kullanıyor musunuz?

- Evet, eczane/arketten aldığım hijyenik günlük ped kullanırım
- Evet, kendi yaptığım bezlerden kullanırım
- Evet, peçete kullanırım
- Hayır, hiçbir şey kullanmam
- Diğer.....

24. İç çamaşırı tercihiniz nedir?

- Pamuklu iç çamaşırı tercih ederim
- Saten iç çamaşırı tercih ederim
- Sentetik iç çamaşırı tercih ederim
- Dikkat etmem
- Diğer.....

25. Ne kadar sıklıkla iç çamaşırı değiştirirsiniz?

Haftadagün, gündekez

EK 1. Devamı

26. Tuvalete girerken ellerinizi yıkıyor musunuz?
a. Evet, her zaman yıkarım
b. Evet, gerek görürsem yıkarım
c. Hayır, hiçbir zaman yıkamam
27. Tuvalet temizliğinizi/taharetlenmeyi ne ile yapıyorsunuz?
a. Elimi kullanarak yaparım
b. Tuvalet kâğıdı ile yaparım
c. Taharet bezi ile yaparım
28. Tuvaletten sonra taharet bölgenizi kurular mısınız?
a. Evet, tuvalet kağıdı ile kurulanırım
b. Evet, bez ile kurulanırım
c. Hayır, kurulamam
29. Tuvalet temizliğinizi nasıl yapıyorsunuz?
a. Önden arkaya doğru yaparım
b. Arkadan öne doğru yaparım
c. Dikkat etmem, gelişigüzel yaparım
30. Cinsel ilişkiden sonra rahim yolunu yıkıyor musunuz?
a. Evet, her zaman yıkarım
b. Evet, ara sıra yıkarım
c. Evet, nadir de olsa yıkarım
d. Hayır, hiçbir zaman yıkamam

JİNEKOLOJİK YAKINMALAR

31. Şimdiye kadar kadın hastalıkları ile ilgili bir sorun nedeniyle hekime başvurduunuz mu?
a. Evet (kaç kez.....)
b. Hayır
32. Yanıtınız evet ise, aşağıdaki tabloda başvuru yakınmanızı ve uygulanan tedavi/yaklaşımı belirtiniz.

<u>Şikayetiniz</u>	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>	<u>Tedavide ne yapıldı ?</u> İlaç tedavisi Ameliyat Takip istendi Diğer
Adet düzensizliği			
Vajinal akıntı			
İdrar yaparken yanma			
Cinsel ilişki sırasında ağrı			
Kist			
Myom			
Adet dönemi dışında vajinal kanama			
Vajinal kaşıntı			
Genital bölgede yara			
Genital bölgede şişlik			
Diğer (Belirtiniz):.....			

EK 1. Devamı

33. Adet düzeninizi belirtiniz.
a. Düzenli (..... ara ilegün)
b. Düzensiz (.....)
34. Adetlerinizde kanama miktarınızı nasıl tarif edersiniz?
a. Fazla
b. Normal
c. Az
d) Diğer.....
35. Adetleriniz esnasında kaşıntınız oluyor mu?
a. Evet, sıklıkla kaşıntı yaşıyorum
b. Evet, ara sıra kaşıntı yaşıyorum
c. Hayır, hiçbir zaman kaşıntım olmaz
36. Adetleriniz dışında ara kanamalarınız oluyor mu?
a. Evet, sıklıkla ara kanamalarım oluyor
b. Evet, ara sıra ara kanamalarım oluyor
c. Hayır, hiçbir zaman ara kanamam olmadı
37. Sıklıkla vajinal akıntı şikayeti yaşıyor musunuz?
a. Evet, sıklıkla inatçı bir şekilde yaşıyorum
b. Evet, çok uzun sürmese bile ara sıra yaşıyorum
c. Hayır, hiç yaşamıyorum
38. Normal zamanlarda genital bölgenizde kaşıntı şikayetiniz oluyor mu?
a. Evet, sıklıkla kaşıntım oluyor
b. Evet, ara sıra kaşıntım oluyor
c. Hayır, hiç kaşıntım olmuyor
39. Şu anda vajinal akıntı şikayetiniz var mı?
a. Evet
b. Hayır
40. Ne kadar süredir vajinal akıntı şikayeti yaşıyorsunuz? yıl ay..... gün
41. Vajinal akıntınızın rengini nasıl tarif edersiniz?
a. Sarı-yeşil
b. Süt beyazı, kesik peynirimsi
c. Gri- beyaz
d. Beyaz-şeffaf
e. Diğer.....
42. Vajinal akıntınız kokulu mu?
a. Evet
b. Hayır
43. Şu anda genital bölgenizde kaşıntınız var mı?
a. Evet (.....gün.....ay)
b. Hayır
44. Cinsel ilişki sırasında ya da cinsel ilişkiden hemen sonra herhangi bir şikayetiniz oluyor mu?
a. Evet
b. Hayır
45. Yanıtınız evet ise, yaşadığınız şikayetinizi belirtiniz.
a. Yanma
b. Kanama
c. Kötü koku
d. Ağrı/acıma
e. Kaşıntı
f. Diğer.....
46. Sık idrara çıkıyor musunuz?
a. Evet
b. Hayır
c. Bazen
47. İdrar yaparken yanmanız oluyor mu?
a. Evet
b. Hayır
c. Bazen
48. Son zamanlarda ateş ve halsizliğiniz oluyor mu?
a. Evet
b. Hayır
49. Kasıklarınızda ağrınız var mı?
a. Evet
b. Hayır
50. Yanıtınız evet ise ağrısı;
a. Tek tarafta hissediyorum
b. Her iki tarafımda da hissediyorum

EK 1. Devamı

SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

51. Ne kadar sıklıkla jinekolojik muayene yaptırırsınız?

- a. Yılda bir defa yaptırım
b. Şikayetim olursa yaptırım
c. Üç yılda bir defa yaptırım
d. Hiç yaptıradım

52. Son bir yıl içerisinde herhangi bir sebeple hangi sağlık kurumlarına başvurduunuz? Bu başvurularınızın amaçları ve muayene sonucu nedir? Aşağıdaki tabloda belirtiniz.

ZİYARET	Yer	Amaç	Muayene sonucu
	Aile hekimi/ ASM Eğitim ve araştırma hastanesi Özel hastane Devlet hastanesi Diğer (.....)	Sağlık sorunu İlaç yazdırma Kontrol Danışmanlık Diğer (.....)	Aldığımız tanıyı/hizmeti belirtir misiniz?
1			
2			
3			
4			

53. Genital yol enfeksiyonu tespiti için ASM'de jinekolojik muayene yaptırmayı;

- a. Kabul ediyorum
b) Kabul etmiyorum

EK 2. Vajinal enfeksiyon değerlendirme formu**VAJİNAL ENFEKSİYON DEĞERLENDİRME FORMU**

Adı-soyadı:				JİNEKOLOJİK BULGULAR	Var	Yok	Açıklama
Muayene tarihi:	Siklusun ... günü			Vulval hassasiyet			
Siklusa göre başvuru zamanı:	-Gebe -Lohusa -Menapoz			Vajen duvarında silinebilen bir akıntı			
İNSPEKSİYON BULGULARI	Var	Yok	Açıklama	Vajen yan duvarlarında hiperemi			
Vulvada ödem				Vajen yan duvarında beyaz plaklar			
Vulvada çatlak				Vajinal kanalda gri-beyaz akıntı			
Vulvada kızarıklık				Vajinal kanalda süt keşiği benzer akıntı			
Vulvada ülserasyon				Vajinal kanalda yeşil-sarı, köpüklü akıntı			
Vulvada kötü koku				Vajinal kanalda ince gri-beyaz akıntı			
Vulvada varikoz değişiklikler				Vajinal kanalda kötü kokulu akıntı			
Vajen girişinde akıntı				Vajinal kanalda pürülan akıntı			
Üretra ağzında renk değişikliği				Vajinal kanalda homojen-sulu, et suyu görünümünde akıntı			
Üretra ağzında akıntı				Vajinal kanalda şeffaf akıntı			
LABORATUVAR BULGULARI				Serviksin çilek görünümü			
pH				Dokunmakla kanayan serviks			
4,0-4,9				Alt abdominal hassasiyet			
5,0-5,9				TANI			
6				SONUÇ:			
Whiff testi							
Pozitif							
Negatif							
Mikroskopta clue cell							

EK 3. Etik Kurul Onayı

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Samsun İli Çarşamba İlçesinde Kırsal Nüfusu Kapsayan Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Bağlı 15-49 Yaş Evli Kadınlar Arasında Vajinit Prevelansı"			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karabük Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

ASLI GİRİDİR


ENUR DİLMEN
Enstitü Sekreteri

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 5/15		Tarih: 31.05.2017			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL	Anatomi	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seyit Ali KAYIŞ	Tıp Bilişimi ve Biyoistatistik	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Didem SUNAY	Aile Hekimi	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARA	Tıbbi Biyokimya	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Yusuf ERSAN	Histoloji ve Embriyoloji	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülhan ÜNAL KOCAMAN	Periodontoloji	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN	Ebelik	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Hüseyin ŞAHİN	Avukat	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunmadı

ASLI GİBİDİR

Ertuğrul DİMEN
Enstitü Sekreteri

EK 4. Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ Araştırma İzni



T.C.
SAMSUN VALİLİğİ
Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼

SAMSUN İL SAğLIK M¼D¼RL¼ę¼ - SAMSUN AİLE
HEKİMLİğİ UYGULAMA ŞUBE M¼D¼RL¼ę¼-
YERLEŞTİRME BİRLİMİ
11/07/2017 17:36 - 82427230 - 806.01.03 - E.465



00048644275



Sayı : 82427230-806.01.03
Konu : Ebe iğdem B¼řra YURTTAŞ
AKAR (Y¼ksek Lisans Tezi)

ÇARŞAMBA TOPLUM SAğLIğİ MERKEZİNE

Karab¼k niversitesi Sağlık Bilimleri Fak¼ltesi Ebelik B¼l¼m¼ Y¼ksek Lisans ğrencisi Ebe iğdem B¼řra YURTTAŞ AKAR y¼ksek lisans tezi olan "Samsun İli arşamba İlçesinde Kırsal N¼fusu Kapsayan Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 15-49 Yaş Kadınlar Arasında Vajinit Prevelansı" alıŐma yapmak için başvuruda bulunmuştur.

Konuya ilişkin olarak, 28/06/2017 tarihinde yapılan "İlimizdeki Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" toplantısında ilgili talep deęerlendirilmiŐ olup, çalışmanın yapılması için alınan 07/07/2017 tarih ve E.456 sayılı Valilik Oluru ekte sunulmuştur.

Yazının Toplum Sağlığı B¼lgesindeki G¼keakmak Aile Sağlığı Merkezine tebliğ edilmesi, Tebliğ-Tebell¼ę belgelerinin Toplum Sağlığı Merkezince muhafaza edilmesi hususlarında;

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Mustafa KASAPOğLU
Halk Sağlığı M¼d¼r¼

Ek:Valilik Oluru

Adalet mah.100.yıl bulvarı.Eski Doğumevi binası No:232 AİLE HEKİMLİğİ
UYGULAMA ŞUBE M¼D¼RL¼ę¼
Faks No:
e-Posta:Hanife.Ozdemir2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: H.AYTAOğLU
TEL:2390040-2123

Bilgi için:Hanife AYTAOğLU
Unvan:EBE
Telefon No:2390040-2123

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7990c3c0-40f2-4496-a06b-9a6f139aa910 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna g¼re g¼venli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 4. Devamı



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

SAMSUN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - SAMSUN AİLE
HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ-
YERLEŞTİRME BİRİMİ
07/07/2017 13:56 - 82427230 - 806.01.03 - E.456



00048590330



Sayı : 82427230-806.01.03
Konu : Ebe Çiğdem Büşra YURTTAŞ
AKAR (Yüksek Lisans Tezi)

VALİLİK MAKAMINA

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Ebe Çiğdem Büşra YURTTAŞ AKAR yüksek lisans tezi olan "Samsun İli Çarşamba İlçesinde Kırsal Nüfusu Kapsayan Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 15-49 Yaş Kadınlar Arasında Vajinit Prevelansı" çalışma yapmak istemektedir.

Ebe Çiğdem Büşra YURTTAŞ AKAR'ın bilimsel çalışma yapmasını, çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze bildirilmesi kaydıyla;
Olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Mustafa KASAPOĞLU
Halk Sağlığı Müdürü

O L U R
.../.../2017
e-imzalıdır.
Hasan ÖZTÜRK
Vali a.
Vali Yardımcısı

Adalet mah.100.yıl bulvarı.Eski Doğumevi binası No:232 AİLE HEKİMLİĞİ
UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
Faks No:
e-Posta:Hanife.Ozdemir2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: H.AYTAÇOĞLU
TEL:2390040-2123

Bilgi için:Hanife AYTAÇOĞLU
Unvan:EBE
Telefon No:2390040-2123

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 09907229-002-4496-9054-96415326910 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

9. ÖZGEÇMİŞ

Çiğdem Büşra YURTTAŞ AKAR 1992 yılında Samsun Bafra’da doğdu. İlk, orta öğretim ve liseyi doğduğu ilçede tamamladı. Aynı ilçede bulunan Kızılırmak Lisesi’nden mezun olduktan sonra 2010 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümünü kazandı. 2014 yılında mezun olup 2015 yılında Kastamonu Pınarbaşı Toplum Sağlığı Merkezi’nde Ebe olarak göreve başladı. Son üç yıldır Samsun İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde çalışmakta, şu anda Canik İlçe Sağlık Müdürlüğü’nde görevine devam etmektedir.

İletişim Bilgileri

e-posta: cigdem-yurttas@hotmail.com