

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İSTANBUL'DAKİ SAĞLIK OCAĞI HEKİMLERİNİN
CİNSEL SAĞLIĞI SORGULAMA DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Asya Banu TOPUZOĞLU

Tez danışmanı: Prof. Dr. Selma KARABEY

İSTANBUL
Ocak 2008

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İSTANBUL'DAKİ SAĞLIK OCAĞI HEKİMLERİNİN
CİNSEL SAĞLIĞI SORGULAMA DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Asya Banu TOPUZOĞLU

Tez danışmanı: Prof. Dr. Selma KARABEY

İSTANBUL
Ocak 2008

TEŞEKKÜR

Büyük bir keyifle hazırladığım bu uzmanlık tezinde işin en zor kısım olan konu seçiminde büyük yardımı olan, tüm çalışma boyunca mutluluklarımı, heyecanımı, üzüntülerimi içten paylaşan, beni hep motive eden ve kaygılarımı gideren değerli danışmanım Prof.Dr. Selma Karabey'e, çalışmanın şekillenmesinde önemli katkıları olan Prof.Dr. Arşaluys Kayır, Prof.Dr. Nuray Özgülner, Yrd.Doç.Dr.Ahmet Topuzoğlu, Prof.Dr. Ayşen Bulut, Uzman Sosyolog Hacer Nalbant, ve Dr.Pınar Ay'a, tezimi yürüttüğüm dönemde emekliye ayrılan bölüm başkanımız Prof.Dr. Yakut Irmak Özden ve onun bayrağını devralan Prof.Dr. Bedia Ayhan Özyıldırım'a, her zaman bana destek olan değerli öğretim üyeleri ve çalışma arkadaşlarıma, çalışmaya katılan tüm meslektaşlarıma ve sonsuz destekleri için aileme teşekkür ederim.

Dr. Asya Banu Topuzoğlu
Ocak 2008

İÇİNDEKİLER	SAYFA
Tablolar ve şekiller dizini	IV
Kısaltmalar	V
BÖLÜM I	VI
I. A	Özet
I. B	Abstract
BÖLÜM II	VII
II. A	Giriş
II. B	Genel bilgiler
II. B.1	Cinsel sağlık
II. B.2	Cinsel sağlığın konu alanları
II. B.3	Güvenli cinsellik
II. B.4	Güvenli cinsel davranışlar
II. B.5	Cinsel sağlık sorunları
II. B.5a	CYBİ'ler
II. B.5b	Günümüzde CYBİ'ler
II. B.6	Cinsel işlev bozuklukları
II. B.7	Cinsel sağlık ile ilgili uygulamalar
II. B.7a	Dünya'da uygulamalar
II. B.7b	Türkiye'de uygulamalar
II. B.8	Cinsel haklar ve üreme hakları
II. B.9	Cinsel öykü alma sırasında dikkat edilmesi gereken noktalar
II. B.10	Birinci basamak sağlık birimlerinin cinsel sağlık hizmetlerindeki rolü
II. B.11	Cinsel sağlık eğitimi
II. B.12	Cinsel sağlıkta danışmanlık
II. B.13	Cinsel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması
II. B.14	Sağlık hizmetinin kullanılmasını engelleyen faktörler
II. B.15	Sağlık hizmetlerinin CYBİ'leri azaltmadaki rolü
BÖLÜM III	
III	Gereç ve yöntem
III. A	Araştırmanın tipi, yeri ve zamanı
III. B	Kullanılan gereçler
III. C	Verilerin toplanması ve değerlendirilmesi
III. D	Kısıtlılıklar
BÖLÜM IV	Bulgular
IV. A	Niceliksel bulgular
IV. B	Niteliksel Bulgular
BÖLÜM V	Tartışma
BÖLÜM VI	Sonuç ve öneriler
BÖLÜM VII	Yararlanılan kaynaklar

EKLER

EK 1.	Çalışma anketi	62
EK 2.	Yerel etik kurul kararı	72
EK 3.	Katılımcılara gönderilen açıklama	73
ÖZGEÇMİŞ		74

IV

TABLOLAR VE ŞEKİLLER DİZİNİ (Sayfa)

Şekil 1. Toplumda CYBI'lerin saptanması ve yönetiminde sorunlar. (20)

Şekil 2. Çalışmaya katılmama nedenlerinin dağılımı. (25)

Şekil 3. Hekimlerin akış şeması kullanmama nedenlerine göre dağılımı. (31)

Şekil 4. CS/ÜS öyküsü alınırken karşılaşılan sorunlar ile ilgili açık uçlu sorulara verilen yanıtların ana başlıklara göre dağılımları. (43)

Tablo 1. Çalışmaya katılan hekimlerin bazı sosyodemografik özellikleri, günlük hasta sayıları ve hasta başına ayırdıkları süre. (26)

Tablo 2. Hastanın CS/ÜS ile ilgili şikayetine göre hekimlerin cinsel sağlığı sorgulama durumu.(27)

Tablo 3. CYBI'ler için tanı yöntemlerinin kullanılma sıklığı ortalama puanları ve kullanılma sıklıklarının dağılımları.(28)

Tablo 4. CİB'ler için tanı yöntemlerinin kullanılma sıklığı ortalama puanları ve kullanılma sıklıklarının dağılımları.(28)

Tablo 5. Cinsel sağlık öyküsü alınırken hastaların ve hekimlerin utanma durumları.(29)

Tablo 5a. Hekimin cinsiyetine göre cinsel sağlık öyküsü alınırken hastaların ve hekimlerin utanma durumlarının ortalama puanları. (29)

Tablo 5b. Hekimin cinsiyetine göre, cinsel öykü alınırken hastaların utanma durumlarının karşılaştırılması. (29)

Tablo 6. Hekimlerin CS/ÜS ile ilgili bazı temel hizmetleri uygulama sıklıklarının ortalama puanları ve uygulama sıklıklarının dağılımları.(30)

Tablo 7a. Hekimlerin öykü alma ve muayene sırasında bazı temel kuralları uygulama sıklıklarının ortalamaları ve sıklıklarının dağılımları.(32)

Tablo 7b. Cinsel sağlık sorgulaması sırasında hekimlerin kullandıkları bazı uygulamaların sıklıklarının ortalamaları ve sıklıklarının dağılımları. (33)

Tablo 8. Hekimlerin CS ve CYBI konularında yeterli eğitim alma ve bunların tanı – tedavisi için yeterli bilgiye sahip olup olma durumları konusunda görüşleri. (34)

Tablo 9. Cinsel öykü alınırken hekimlerin hastanın utanacağı konusundaki kaygı durumları ve kaygı giderici iletişim becerilerine sahip olma durumları.(35)

Tablo 10. Hekimlerin cinsel sağlıkla ilgili öykü alma, tanı ve tedavi süreçlerinde bazı özel durumlardaki tutumları.(36)

Tablo 11. Cinsel öykü alırken engel oluşturabilen bazı durumlara hekimlerin verdikleri puanların ortalamaları ve ortancaları.(37)

Tablo 12. Hekimlerin cinsel sağlık ile ilgili çeşitli konularda değişik düzeylerde eğitim alma ve uygulama yapma arasındaki ilişkinin TRR'leri ve güven aralıkları.(39)

Tablo 13. Hekimlerin CYBİ tanı-tedavisi konusundaki eğitimlerine göre uygulama yapma durumları.(40)

Tablo 14. CS/ÜS konusunda daha fazla hizmete gereksinimi olduğu durumda hekimlerin hastalarını yönlendirmeyi tercih ettiği sağlık birimlerinin sıralaması.(41)

Tablo 15. Sağlık ocağında poster, broşür ve maket kondom, kadın kondomu, video bulunma durumuna göre hekimin cinsel öykü alıp almama durumu.(41)

Tablo 16. Hekimlerin, CYBİ ve CİB'lerin erken tanı ve tedavisinin neden önemli olduğu konusundaki bazı önermelere verdikleri puanların ortalamaları. (42)

KISALTMALAR:

AÇSAP: ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI

CİB: CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU

CS: CİNSEL SAĞLIK

CS/ÜS: CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI

CYBİ: CİNSEL YOLLA BULAŞAN İNFEKSİYON

FM: FİZİK MUAYENE

TRR: TAHMİNİ RELATİF RİSK

ÜS: ÜREME SAĞLIĞI

VI BÖLÜM I

I. A ÖZET

Birinci basamak sağlık birimleri, cinsel sağlığın geliştirilmesi, CYBİ'lerin (cinsel yolla bulaşan infeksiyon) önlenmesinde temel bir role sahiptir, ancak birçok hekim, cinsel sağlık, CYBİ konularında hastalarından uygun öykü alma konusunda sorunlar yaşamaktadır. Hekim veya hasta konuyu açmaya çekinmekte veya bu konuya yeterli vakit ayrıl(a)mamakta, danışmanlık nadiren ve yetersiz olarak verilmektedir. Oysa CYBİ'ler günümüzde giderek artan bir halk sağlığı tehdidi olarak önemini sürdürmektedir. CİB'ler (cinsel işlev bozuklukları) ise oldukça yaygın görülen, bazen basit bir bilgilendirme - danışmanlık ile tedavi edilebilen, ancak göz ardı edilirse insanların yaşamlarını derinden etkileyen sorunlardır.

Kesitsel tipteki bu çalışmada amaç, İstanbul'daki sağlık ocaklarında hekimlerin cinsel sağlığı sorgulama sıklığını, niteliğini ve bunları etkileyen faktörleri değerlendirerek bu alandaki engelleri aşmaya yardımcı stratejiler geliştirmektir.

İstanbul İli'nde birinci basamak sağlık birimleri olan sağlık ocaklarında çalışan hekimleri temsil eden bir örneklem grubu seçildi. Seçilen hekimlere Ocak-Şubat 2007'de posta yoluyla çalışma anketi uygulandı. Hedeflenen örneklem grubunun % 84.9'undan yanıt alındı. Hastaların cinsel sağlık ile ilgili şikâyeti olduğu durumlarda hekimlerin % 84'ü cinsel öykü alırken, hastaların cinsel sağlık ile ilgili bir sorunu olmadığı durumlarda ise hekimlerin sadece %8'i öyküde cinsel sağlığı sorgulamaktaydı. CYBİ ve CİB tanısında en sık kullanılan yöntem 'öykü alma' idi. Cinsel öykü almada sorun yarattığı düşünülen başlıca engeller hastanın akıcı Türkçe konuşmaması – anlamaması, vakit yetersizliği, hastanın annesinin - yakınının yanında bulunması, hastanın eğitim düzeyinin düşük olması ve hastanın güçlü dini inançlarının olması olarak saptandı. Hekimlerin % 42.6'sı cinsel sağlık ve CYBİ danışmanlığı için mezuniyet öncesi eğitimlerinin yetersiz olduğunu düşünmekteydi ve hekimlerin % 55.1'i bu konuda danışmanlık yapmadıklarını belirtti.

Sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimlerinde konuya öncelik verilmesi, hekimlerin rutin muayeneleri sırasında hastalarının cinsel sağlık durumlarını da sorgulamayı alışkanlık haline getirmesi ve konuyla ilgili nitelikli danışmanlık hizmetlerinin verilmesi toplumun cinsel sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli adımlar olacaktır.

Anahtar kelimeler: Sağlık ocağı, cinsel sağlık, cinsel öykü, CYBİ, CİB

VII

I. B ABSTRACT

EVALUATION OF SEXUAL HEALTH QUESTIONING AMONG DOCTORS IN PRIMARY HEALTH CARE UNITS IN ISTANBUL

Primary care plays a basic role in controlling STIs (sexually transmitted infections), however many doctors have difficulties while discussing sexual health problems with their patients. Either the doctor or the patient prefers not to open the subject, or not enough time is spent for it. Counseling is rarely performed and mostly inadequate. But the fact is that STIs continue to be a rising treat to public health. Sexual dysfunctions on the other hand are also not rare. They are problems affecting peoples' lives deeply if undervalued, but can mostly be treated by using simple education and counseling methods.

In this cross sectional study, the factors which might affect the frequency and quality of discussing sexual health among doctors working in primary care units and factors affecting these was tried to be identified. Our aim was to develop strategies in order to overcome those barriers.

A postal questionnaire was sent to doctors working in primary health care settings in Istanbul. Response rate of 84.9 % of the sample group was achieved. While 84 % of the doctors were questioning the sexual health of their patient if there was a sexual health problem, only 8 % of the doctors were opening the subject even if the patient reported no complaint. The most common used diagnosing method for both STIs and sexual dysfunction was 'history taking'. Major barriers to taking sexual history were described as language and comprehension problems, time limitations, the presence of the patient's mother, low educational level of the patient and strong religion beliefs. Forty two percent of the doctors felt to be insufficiently trained to carry out STI counseling and 55.1 % did not such a type of counseling.

Giving priority to this subject in both pre-graduate and post-graduate level, and providing some kind of sexual health service routinely in primary health care settings will be major steps in improving the sexual health of the population.

Key words: Primary health care setting, sexual health, sexual history, sexually transmitted infections, sexual dysfunction

BÖLÜM II

II. A GİRİŞ

Cinsellik ve cinsel duygular kişinin mesleki yaşamından, mesleğinden bağımsız, yaşamın sürekli bir parçası olan, vazgeçilmez duygulardır. Bu durum kişilerin hekim, hemşire olması veya sağlığın herhangi bir alanında çalışıyor olmasıyla değişiklik göstermez. Konumları gereği hekimler, tanı – tedavi ve danışmanlık hizmeti verirken hastalarının veya danışanlarının cinsellik ile ilgili sağlık sorunlarıyla sıkça karşılaşmaktadır. Sağlığın bu hassas alanının karmaşıklığı ve önemine karşın çoğu sağlık çalışanı cinsel sağlık konusunda kendilerini yeterince geliştiremeden iş yaşamına atılmaktadır. Hekimler, mesleki uygulamaları sırasında bir cinsel sağlık sorunu ile karşılaştıklarında kendilerini hazırlıksız yakalanmış gibi hissedebilmekte, sorunu gereğinden daha çabuk geçiştirebilmektedir. Oysa özellikle cinsel sağlık söz konusu olduğunda öykü alma, hasta - hekim ilişkisinde doğru sonuca ulaşmada en önemli araçtır. Bu nedenle hekimin uygun iletişim becerilerine sahip olması hem kişisel yaşamı hem de mesleki yaşamı açısından önemlidir. Muayeneye iyi bir öykü ile başlamak, hastanın bir tedaviyi veya testi kabul edip etmemesinde, hatta yaşam tarzında değişiklik yapmasında yön verici unsur olabilir. Tüm bunlar bir yana öykü alma doğru tanıya ulaşmanın kilit noktasıdır (1).

Birinci basamak sağlık birimleri, sağlık sistemlerinde temel bir role sahiptir. Son yıllarda kişilerin özellikle medya kanalıyla hastalıklar, korunma ve tanı - tedavi yöntemleri, hasta hakları vs. gibi birçok sağlık olayı konusundaki bilgi düzeylerinin artmasıyla birlikte beklentiler artmış, hekimlerin sorumlulukları genişlemiştir (2, 3). Ne yazık ki nüfus başına düşen birinci basamak sağlık birimlerinin yetersizliğinin yarattığı yoğun çalışma temposunda hastalıkları önleme, koruyucu hizmetler, toplum eğitimi, danışmanlık gibi toplumun sağlığını geliştirecek, sağlık harcamalarını azaltacak ve istenmeyen yan etkileri önleyebilecek hizmetler arka plana itilmekte, daha çok tedavi edici hizmete odaklanılmaktadır. Bunun doğal sonucu olarak zaten bir tabu olarak kabul edilen “cinsel sağlık” konusuna “gerçekten” bir sorun olmadıkça ne hasta ne de hekim tarafından değinilmektedir. Danışmanlık nadiren ve yetersiz olarak verilmektedir (4-8). Oysa cinsellik, biyolojik cinsiyetin oluşumuyla ana rahminde başlamakta ve cinsel sağlık olayları kişileri bireysel ve toplumsal ilişkilerinde yaşamlarının tüm evrelerinde önemli ölçüde etkilemektedir. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği’nin (CETAD) 2006 yılında yayınladığı raporda kentli nüfusu temsil eden bir örnekte insanların yarıya yakınının CS/ÜS (cinsel sağlık ve üreme sağlığı) ile ilgili bir sorunu olduğu, yarıdan fazlasının bu konuda herhangi bir sağlık yardımı/danışmanlığı almadığı belirtilmiştir. Aynı raporda CS/ÜS konusunun paylaşımı, ifadesi ve aktarımının en

büyük sıkıntıyı yarattığı konusuna değinilmiş ve toplumun beklentisinin bu aşamanın kolaylaşması yönünde olduğu ifade edilmiştir (2). Günümüzde CYBİ'ler bir halk sağlığı sorunu olarak önemini artırarak sürdürmektedir (4, 9, 10). HIV pandemisi ile birlikte “güvenli cinsellik” mesajları önem kazanmış, cinsel sağlık konusunda toplum farkındalığı artmıştır (4). Bin dokuz yüz seksenler ve 1990’larda CYBİ’lerde bir azalma eğilimi görülmüş olsa da son yıllarda CYBİ görülme sıklığında artış olmuştur (4, 9, 11). Bu bulgulara paralel olarak cinsel davranışları inceleyen bir çalışmada Britanya’da 1999 – 2001 yılları arasında 1990 yılına göre riskli cinsel davranışlarda artış olduğu gözlenmiştir (12). Sadece bu bulgular bile sağlık hizmeti sunucularının cinsel sağlığın geliştirilmesi konusundaki rollerini gözden geçirmeleri için yeterli olacaktır.

Cinsel sağlıktan bahsedildiğinde hekim – hasta iletişimde başka bir sorun da klamidyal enfeksiyonlarda olduğu gibi asemptomatik vakaların bulunabilmesidir (10, 11). Bu da hekimin, cinsel sağlığı ile ilgili sorun belirtmeyen, kendinde bir CYBİ olabileceğini düşünmeyen hastaya da cinsel yaşamı ile ilgili sorular sormasını zorunlu kılmaktadır. Benzer olarak birçok hastalık veya ilaca ikincil gelişebilen CİB’ler de hekimler tarafından sorgulanmalıdır (13). Toplumda yaygın olarak görülen abartılı, yanlış inanışlar (mitler) ise gerçekte olmayan bir sorunu var gibi gösterebilmekte ve bunlar sıklıkla basit bir bilgilendirme ile giderilebilmektedir (14-16).

İnsanların büyük çoğunluğu için ilk başvuru yerini oluşturan birinci basamak sağlık birimleri, cinsel sağlık konusunu açmak için önemli fırsat ortamlarıdır (4, 17). Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti denince akla ilk olarak 224 sayılı ‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’ kapsamında kurulmuş olan, toplumun her kesimine, başta koruyucu sağlık hizmeti olmak üzere her türlü sağlık hizmetini vermesi amaçlanan sağlık ocakları gelmektedir.

Birinci basamak sağlık birimlerinde cinsel sağlık konusunda hasta - hekim iletişimindeki güçlükler konusunda yayınlanan pek az çalışma vardır. Oysa bu bilgi, birinci basamakta cinsel sağlık hizmetlerinin geliştirilebilmesi için son derece önemlidir. Elimizdeki kısıtlı veriler, konuyla ilgili birçok sorun yaşanmakta olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada amaç, tüm bu hedefleri göz önünde bulundurarak hekimlerin hastalarından cinsel öykü alma sıklığını, niteliğini ve bunu etkileyen faktörleri saptamaktır. Böylece hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinde cinsel sağlıkla ilgili edinmeleri gereken bilgi ve becerilerin belirlenmesine katkıda bulunulabilir.

II. B GENEL BİLGİLER

II. B.1 CİNSEL SAĞLIK

Kahire’de 1994 yılında yapılan Uluslararası Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda üreme sağlığı kavramının, kişilerin yaşam kalitesini ve kişisel ilişkilerini artıran cinsel sağlığı da kapsamı gerektiği ve CS/ÜS’nin sadece üreme ve CYBİ ile ilgili bakım ve danışmanlık olmaması gerektiği belirtilmiştir (18). Cinsel sağlık sadece hastalık, işlev bozukluğu veya kısırlığın olmaması değil, kişinin cinsel sağlığının fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal bakımdan iyi olma halidir. Kadın – erkek, genç – yaşlı, bütün bireyleri kapsayan bir kavram ve temel bir insanlık hakkıdır (19, 20). Cinsel sağlık için cinsellik ve cinsel ilişkiler tarafsız, önyargısız ve saygılı şekilde değerlendirilmeli, kaygıdan, ayrımcılıktan ve şiddetten uzak doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşam hedeflenmelidir.

Cinsellik ve üreme konularında ‘sağlık’ hedeflendiğinde öncelikle kişilerin kendi vücutlarını tanımaları, cinsel ve üreme sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olmaları konusunda bilinç geliştirmeleri, haklarının farkında olmaları ve ilgili sağlık hizmetlerine başvurmaları ve ulaşabilmeleri sağlanmalıdır. CS/ÜS sorunlarının görmezden gelinmesi veya reddedilmesi, hakların gerektiği gibi sağlanmaması veya kullanılamaması tüm dünyada CS/ÜS ile ilgili sorunların temelini oluşturmaktadır (19, 20).

II. B.2 CİNSEL SAĞLIĞIN KONU ALANLARI

Cinsel sağlık alanı birçok konuyu kapsamaktadır. Bunlardan bazıları şunlardır:

- HIV de dahil olmak üzere CYBİ’ler ve üreme yolu enfeksiyonları
- İstenmeyen gebelikler ve sağlıksız düşükler
- Cinsel olarak iyi olma (cinsel doyum, tatmin ve CİB)
- Cinsiyet ve cinsellikle ilişkili şiddet
- Ruhsal sağlığın belli açıları
- Fiziksel engellerin ve kronik hastalıkların cinsel sağlık üzerindeki etkileri (20).

Tüm bu konular göz önüne alındığında sadece üreme sağlığına değil cinsellik, cinsel sağlık ve güvenli cinsellik konularına ayrı ayrı önem verilmesi gerektiği anlaşılar. HIV/AIDS pandemisiyle mücadele çalışmaları sırasında cinsel davranışları anlamaya çalışmanın, sosyal yaftalar ve ayrımcılık ile baş etmenin ve CYBİ’leri önleme ve CYBİ yönetiminin önemi iyice anlaşılmıştır; kadınların sağlığını ve sosyoekonomik durumlarını olumsuz yönde etkileyebilecek olan istenmeyen gebelikler, CS/ÜS ile ilgili yeterli bilgi ve sağlık hizmetine ulaşamama nedeniyle meydana gelebilmektedir. Birçok sorunun altında cinsiyetler arasında

eşitsizlik, ayrımcılık yatmaktadır. Bunlar gibi birçok faktör kadın, erkek ve gençlerin güvenli cinsellik yaşamlarını engellemektedir.

Bu konuların sağlığın tıbbi alanının çok ötesine geçtiği açıktır. İnsanın genel sağlığı olduğu gibi cinsel sağlığı da karmaşık sosyal, ekonomik ve politik durumlardan etkilenmektedir (21). Bu bilgi ışığı altında cinsel sağlığı geliştirmek için sadece bireylerin veya belli grupların davranışlarını değiştirmeye yönelik çalışmalar yetersiz kalacaktır. Özellikle ekonomik gelir, eğitime ve hizmete ulaşma ve cinsiyetler arası eşitsizlikler gibi altta yatan sebepler de mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

II. B.3 GÜVENLİ CİNSELLİK

Kişilerin mutlu ve sağlıklı bir cinsel yaşam sürebilmeleri için en başta ‘güvenli cinsellik’ kavramından bahsetmek gerekir. Bir yaşam dürtüsü olarak süren insan cinsel davranışını yaşam boyu güvenli kılmak bireylerin temel sorumluluklarından. Güvenli cinselliğin sağlanması bireyin kendisi için olduğu kadar, ailesi, çevresi, tüm toplum için önemlidir.

Güvenli cinsellikte başlıca amaç CYBİ'lere yakalanmamak veya yakalanma riskini azaltmak, istenmeyen, planlanmayan gebeliklerin oluşmasını engellemektir. Bunun sağlanması için ise ‘güvenli cinsel davranış’ biçimlerine uymak gerekir.

II. B.4 GÜVENLİ CİNSEL DAVRANIŞLAR

Güvenli cinsel davranışların başında cinsel ilişkiden kaçınma ya da cinsel ilişkiyi erteleme gelmektedir. Özellikle cinsel ilişkiye başlama yaşının küçülmesi, genç yaşta gebelik, gebelik sonlandırma ve CYBİ'lere yakalanma sıklıklarının artması cinsel ilişkiden kaçınma/erteleme yönünde uyarı ve önerileri artırmaktadır. Cinsel gereksinimleri karşılamak için ise çeşitli alternatifler sunulmaktadır. Bu alternatiflerin başında tek eşlilik, eğer olamıyorsa risksiz cinsel ilişki davranışları ve kondom kullanmak gelmektedir (10, 22).

Korunmasız olarak gerçekleştirilen vajinal ve anal cinsel ilişki CYBİ'lerin bulaşması için en yüksek riski oluştururken, mastürbasyon, kucaklaşma, masaj, öpüşme, kondom kullanılarak vajinal ve anal ilişki gibi davranışlar düşük risk grubuna girmektedir (22-24).

II. B.5 CİNSEL SAĞLIK SORUNLARI

Cinsel sağlık sorunları biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenlerden kaynaklanabilir (21). Başlıca biyolojik nedenler arasında enfeksiyonlar ve diğer hastalıklar, ilaçlara bağlı etkiler, hormonal değişikliklere neden olan evreler (ergenlik, gebelik, yaşlanma vb.)

sayılabılır. Psikolojik nedenler arasında cinsel yönelimler ve kimlik bozuklukları, cinsel eş/eşler ile ilgili sorunlar, şiddete maruz kalma sayılabılır. Sosyal nedenler ise kişinin yetiştiği ve yaşadığı ortam, kültür, yaşam koşulları nedeniyle kaynaklanabilen sorunlardır (15).

II. B.5.a CİNSEL YOLLA BULAŞAN İNFEKSİYONLAR

CYBİ'ler, koruyucu bariyer olmadan girilen cinsel ilişki ile bulaşabilen ve geniş bir yelpazeye yayılan bulaşıcı bir grup hastalıktır. Sıklıkları toplumdan topluma değişiklik gösterse de tüm dünyada yaygın olarak görülmektedirler (10). CYBİ oluşturabilen 30'dan fazla etken olmasına rağmen birçok klinik belirti ortakdır. Bu klinik belirtilerin başında vajinal akıntı, vajinal kaşıntı, üretral akıntı, dizüri, ağrılı cinsel ilişki, sık idrar yapma, genital yaralar, kasık ağrısı, kasıkta şişlikler, skrotal ağrı ve şişme gelmektedir (11).

CYBİ'ler kadınlarda ve erkeklerde birçok ikincil infeksiyon/ komplikasyon yaratabilir. Bu yan etkilerin başlıcaları şunlardır:

- Kadınlarda kronik pelvik ağrı ve infertilite
- Yenidoğanlarda göz infeksiyonu, pnömoni
- Prematürite, düşük doğum ağırlığı, ölü doğum
- Kadınlarda sepsis, ektopik gebelik
- Kanserler
- Erkeklerde üretral darlık ve infertilite
- Bireyin toplum tarafından dışlanması, sosyal sonuçlar (11).

CYBİ'lerin bireysel olduğu kadar toplumsal etkileri de vardır. Öncelikle CYBİ'lerin tedavisi için harcanan para ağır bir ekonomik yük getirmektedir. CYBİ'lerin önlenmesi basit ve ucuz yöntemlerle mümkün iken, tedavileri pahalı ve bazen zordur. Bazı Afrika ülkelerinde CYBİ'lerin tedavisinde kullanılan antibiyotik gideri, genel bütçenin % 70'ini oluşturmaktadır (11). Bunun yanında üretken çağdaki kişilerin bu hastalıklara yakalanması üretkenliklerini azaltacak, ülke ekonomisine yük getirecektir.

II. B.5.b GÜNÜMÜZDE CYBİ'LER

Bin dokuz yüz seksenlerin başında HIV/AIDS pandemisi ile birlikte arka plana itilmiş olan CYBİ'ler tekrar gündemin ön sıralarına taşınmıştır (4). CYBİ'lerin sıklığı elbette ülkeden ülkeye, toplumdan topluma farklılık gösterir (11), ancak bulaşıcılıkları nedeniyle uluslararası bir sorun olma niteliği de taşımaktadırlar (9). Savaşlar, gelir dağılımındaki eşitsizlikler, sosyokültürel ve dinsel farklar CYBİ'lerin epidemiyolojisini etkileyen başlıca

sosyal nedenlerdir. Olumsuz yaşam koşulları nedeniyle meydana gelen yasadışı göç, paralı seks ve uyuşturucu ticaretine yol açarak cinsel sağlık sorunları oluşturur. Buna bir örnek olarak Sovyetler Birliği'nin dağılmasından sonra bu ülkelerde CYBİ'lerdeki büyük artış gösterilebilir. Sovyetler Birliği dağılmadan önce burada CYBİ insidans artışı Batı'ya göre daha düşük iken, çözülmeden sonra CYBİ'lerde büyük artışlar görülmüştür. Bir çalışmaya göre bu artışlar başta göçler olmak üzere, cinsel davranışlarda farklılaşmalar, para kazanma isteğindeki artış ve bu ülkelerdeki klasik aile yapısının çökmesine bağlanmıştır (9).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) verilerine göre 1990 yılında 250 milyon olarak saptanan sifiliz, gonore, klamidy ve trikomonas infeksiyonlarının olgu sayısı, 1995 yılında 330 milyon, 1999 yılında ise 340 milyon olarak hesaplanmıştır (9). Bu genel bakışın yanında CYBİ'lerin yaygınlığının ülkeden ülkeye, şehirden şehre, yerleşim bölgesine göre değişiklik gösterdiği unutulmamalıdır. Her yıl 340 milyondan fazla insanın tedavi edilebilir CYBİ'lere yakalandığı tahmin edilmektedir. Bu vakaların çoğunu Güney-Güneydoğu Asya, Sahra Altı Afrika, Latin Amerika ve Karayipler'de yaşayan 15 – 49 yaş arası kadın ve erkekler oluşturmaktadır(25).

Dünyada epidemiyolojik olarak en yaygın CYBİ trikomonas infeksiyonudur. Bunu klamidy infeksiyonları, gonore ve sifiliz izlemektedir (26, 27). Yeni vaka sayıları özellikle gelişmekte olan ülkelere yüksek seyrederken, gelişmiş ülkelere rakamlar sabit kalmakta ya da küçük artışlar izlenmektedir (9).

Türkiye'de de CYBİ'lerin tekrar gündemin ön sıralara taşınması, Sovyetler Birliği'nin dağılması ile yakından ilişkilidir. Bu ülkelere komşuluk nedeniyle 1990'lı yıllarda Karadeniz bölgesinden başlayan ve tüm yurdu kapsayan bir göç dalgası başlamıştır. Bu durumun CYBİ yayılımında önemli bir etken olduğu düşünülebilir. DSÖ verilerine göre ülkemizde gonore ve sifiliz insidans oranları artış göstermiştir. Diğer infeksiyonlar ile ilgili ülkemize ait kesin rakamlar olmasa da, özellikle Kuzey – Kuzeybatı komşularımızdaki rakamlar ürkütücüdür. DSÖ verilerine göre 1990 – 2004 arasında sifiliz rakamları Beyaz Rusya'da 2.67'den 47.79'a, Gürcistan'da 12.38'den 25.42'ye, Moldova'da 15.79'dan 68.4'e, Romanya'da 23.1'den 43.5'e ve Rusya Federasyonunda 5.33'den 120.67'ye fırlamıştır. Bunların ülkemiz için önemli bir tehdit oluşturduğu açıktır (9).

II. B.6 CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Cinsel işlev bozuklukları istek azalması, hazzın azalması, organ etkinliğinin yetmezliği, orgazm bozukluğu, erken boşalma olarak gruplanmıştır. Bu durumlar eşler arasındaki anlaşmazlıklar, huzursuzluk gibi nedenlerden kaynaklanabileceği gibi bazı kronik

hastalıklar veya belli ilaçlar da CİB'lerin ortaya çıkmasına neden olabilir (15). Toplumumuzda son derece sık olduğu bilinen vaginismus ise yanlış bilgilenme ve korkulardan kaynaklanabilir (14, 28).

CİB'lerin birinci basamakta değerlendirilmesi söz konusu olduğunda önemli olan nokta, cinsel sorunla başvuran kişilerde psikojenik/ organik ayrımının (belli ölçüde) yapılması, gerekli tetkiklerin istenmesi ve uygun uzmanlık alanına sevk edilmesidir (13). Yapılan çalışmalarda CİB prevalansının oldukça yüksek olduğu, fakat birinci basamak hekimleri tarafından önemsenmediği ortaya konmuştur (29, 30).

II. B.7 CİNSEL SAĞLIK İLE İLGİLİ UYGULAMALAR

II. B.7.a DÜNYA'DA UYGULAMALAR

Yakın zamana kadar cinsel sağlık, üreme sağlığının bir parçası olarak kabul görüyor ve ÜS (üreme sağlığı) programlarında ele alınıyordu. Ancak HIV pandemisinin doğuşu, CYBİ sıklığında artış, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, toplumsal cinsiyetle ilişkili şiddet olayları ve CİB'lerin önem kazanması cinsellik ve ilişkili sağlık olaylarına daha ayrıntılı yoğunlaşma gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle toplumun cinsel sağlığını en üst düzeyde tutabilmek için CS/ÜS kavramları bir bütünün iç içe geçmiş iki ayrı parçası olarak ele alınmaktadır.

Özellikle 1994 yılında Kahire'de yapılan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'ndan sonra ÜS tanımının yetersiz kaldığı, cinsel sağlığın da ayrı olarak tanımlanması gerekliliği ortaya konmuştur. Gerçekten de üreme sağlığı sadece üreme çağındaki olan ve özellikle kadınları hedef alırken, cinsel sağlık, tüm yaş gruplarını ve her iki cinsiyeti de kapsamaktadır.

Kahire'de yapılmış olan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın dışında İnsan Hakları Dünya Konferansı (Viyana, 1993), Sosyal Kalkınma ve Dünya Zirvesi (Kopenhag, 1995) ve Dördüncü Dünya Kadın Konferansı'nda (Pekin, 1995) da cinsel ve üreme sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik konulara değinilmiş ve önemli kararlar alınmıştır (31).

Dünya Sağlık Örgütü de 2002'de cinsel sağlık ile ilgili tanımları yeniden gözden geçirmiş, cinsel sağlığa değinilmesini engelleyen veya buna fırsat veren durumları tanımlamış ve ülkelerin uygulayabileceği stratejiler geliştirmiştir (19, 20).

II. B.7.b TÜRKİYE’DE UYGULAMALAR

Türkiye’de üreme sağlığı hizmetleri esas olarak 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”un “Temel Sağlık Hizmetleri” kapsamında verilmektedir. Bin dokuz yüz altmış beş yılında yürürlüğe giren 557 sayılı “Nüfus Planlaması Yasası” ve 1983 yılına ait 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” ile üreme sağlığını destekleyici yenilikler getirilmiştir (gönüllü cerrahi sterilizasyona izin verilmesi, 10 haftaya kadar olan istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması, aile planlaması hizmetlerinin daha ulaşılabilir olması için ebe ve hemşirelere uygulama yetkisinin verilmesi gibi) (31).

Türkiye, 1994’te Kahire Konferansı Eylem Planı altına imza atmış, vurgulanan kararlar ile ilgili “Ulusal Stratejiler ve Aksiyon Planı”nı geliştirmiş ve güncel, gerçekçi ulusal programlar hazırlamıştır. Kahire Konferansı’nı izleyen 3 yıl içinde Türkiye’de CS/ÜS konusunda yapılan bazı çalışmalar şunlardır (31):

- Geleneksel anne-çocuk sağlığı hizmetlerinin daha kapsamlı hale getirilmesi, ÜS kavramının eğitimlerde vurgulanarak erkeklerin, gençlerin katılımına yönelik çalışmaların başlatılması,
- Aile planlaması uygulamalarına erkek katılımının sağlanması için bilgilendirme-eğitim-iletişim yaklaşımı ile broşürler, televizyon spotları ve dramalar üretilerek pilot çalışmaların yapılması,
- Kahire ve Pekin Konferanslarının öneri ve yaklaşımlarının sektörlere ve topluma duyurulmaya çalışılması,
- Sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitim programlarının yeniden düzenlenerek "danışmanlık hizmetleri", “yönlendirmeden hizmet sunma” gibi konuların vurgulanması,
- "Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi"nin yayınlanması ve ülkedeki ilgili bütün hizmet birimlerine dağıtılması,
- Hükümet dışı kuruluşlarla işbirliği içinde, aile planlamasında, toplumun bilgilendirilmesi, motivasyonu ve sağlık kuruluşlarının kullanımının artırılması için topluma dayalı hizmet verilmesi,
- Ulusal AIDS Komisyonunun kurulması,
- Sağlık alanında Birleşmiş Milletler (UNFPA, UNICEF, WHO) sağlık kuruluşları, US-AID ve JICA gibi uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapılması.

Ülkemizde cinsel sağlığın geliştirilmesi çabalarına diğer önemli bir örnek, Avrupa Birliği desteği ile 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen ‘Türkiye Üreme Sağlığı Programı’dır (TÜSP). Bu program ile hizmet kalitesinin ve hizmet talebinin artırılması, başta kadın ve gençler olmak üzere toplumun cinsel sağlık ve üreme sağlığı durumunun iyileştirilmesi amaçlanmıştır (32).

Görüldüğü gibi, 1994 Kahire Konferansı paralelinde Türkiye’de birçok uygulama başlatılmıştır. Ancak bu uygulamaların olumlu sonuçlarının alınabilmesi için çalışmalar düzenli ve nitelikli olarak sürdürülmelidir.

II. B.8 CİNSEL HAKLAR VE ÜREME HAKLARI

Sağlık insanların temel haklarından biridir ve cinsel sağlık da bu başlığın içindedir. Üreme hakları, cinsel hak ve özgürlükler bireyleri olduğu kadar çiftleri de ilgilendirir. Bu hak ve özgürlüklerin açıkça ve kesin olarak anlaşılması için Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (IPPF) tarafından 1995 yılında hazırlanan ve 140 üye dernek tarafından kabul edilen IPPF Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Aile Planlaması Derneği tarafından da kabul edilmiştir (33).

“Hakların öncelikle bu konularda hizmet verenler tarafından bilinmesi, hizmet vermede onları daha güçlü kılacaktır. Bu güç, uluslar arası ve ulusal antlaşmalara yönelik yasal güç niteliğindedir. Hizmet verenler yine bu alandaki tüm etkinliklerinde hizmet verdikleri kişilerin insan haklarını koruma yükümlülüklerinin bulunduğu bilincinde olacaklardır.”(31)

1. Yaşama Hakkı

- Hiçbir kadının yaşamı gebelik nedeniyle tehlikeye atılmamalıdır. Bu hak, önlenebilecek ölümlere özellikle de çok erken (18 yaş altı), çok geç(35 yaş üzeri), çok sık aralarla (bir yıldan az) ya da çok fazla sayıda (beş ve daha üzeri) olduğu için yüksek risk taşıyan gebeliklerde risk etkenlerinin azaltılmasına ilişkindir.
- Hiçbir çocuğun yaşamı, özellikle cinsiyeti yüzünden tehlikeye atılamaz.
- Hiç kimsenin yaşamı sağlık hizmetlerine, cinsel sağlık ya da üreme sağlığı hizmetlerine ya da bilgi ve danışmanlığa ulaşamama nedeniyle tehlike altında kalmamalıdır. Genç kızlar yaşamlarını tehlikeye atan gebeliklerden korunma hakkına sahiptir.

- Tüm kız bebeklerin, öldürölme (infanticide) riskinden korunma hakkı vardır.

2. Özgürlük Hakkı

- Tüm bireyler, başkalarının haklarına saygı göstermek koşuluyla, cinsellik ve üreme yaşamlarını sürdürme ve kontrol etme hakkına sahiptir.
- Tüm bireyler üreme ve cinsel sağlıkları konusunda, tam, özgür ve bilinçli rızaları dışındaki tüm tıbbi müdahalelerden korunma hakkına sahiptir.
- Tüm kadınlar, cinsel organlarının sakatlanmasına yönelik her tür müdahaleden korunma hakkına sahiptir.
- Tüm bireyler cinsel tacizden korunma hakkına sahiptir. Hiç kimse başka bir kişi tarafından (eşi dahil) cinsel ilişki için zorlanamaz.
- Tüm bireyler, cinsel isteklerini önleyen ya da cinsel yaşamlarını zorlaştıran korku, utanç, suçluluk duygusu ve yanlış inançların dayatılmasından ya da diğer ruhsal etkenlerden korunma hakkına sahiptir.
- Tüm bireyler, kendi istemleri dışında zorla gebe bırakılmaya, kısırlığa ve gebeliğin sonlandırılmasına (düşük) karşı korunma hakkına sahiptir.
- Genç insanlar başkalarının haklarına saygı göstererek, cinsel ve üreme yaşamlarından hoşlanma ve kontrol etme hakkına sahiptir.

3. Eşitlik Hakkı

- Hiç kimse, cinsel ve üreme yaşamında, sağlık bakımı ya da sağlık hizmetlerinden yararlanmada ırk, renk, cinsiyet ya da cinsel tercih, medeni durum, aile konumu, yaş, dil, din, siyasi ya da diğer görüşler, ulusal ya da sosyal köken, varlık, doğum ya da diğer bir konum nedeniyle, ayrımcılığa tabi tutulamaz. Tüm bireyler; ırk, renk, yoksulluk, cinsiyet, cinsel tercih, medeni durum, aile konumu, yaş, dil, din, siyasi ya da diğer görüşler, ulusal ya da sosyal köken, zenginlik, doğum ya da diğer konumları ne olursa olsun, üreme sağlığı, cinsel sağlık ve haklarına ilişkin bilgi, danışmanlık hizmetlerini de kapsayan sağlık ve refahlarını güvence altına alacak bilgi ve eğitime ulaşmakta eşit haklara sahiptir.
- Tüm kadınlar ve kız çocuklar, yaşamları süresince uygun beslenme ve bakım hakkına, geleneksel, önyargılı, cinsiyetlerden birinin diğerinden üstün olduğu görüşünden, ya da geleneksel erkek-erkek rollerine dayalı ve ayrımcılıkla sonuçlanan diğer uygulamalardan özgür olma hakkına sahiptir.

- Hiçbir kadın, başka bir kişinin olurunun gerektiği öne sürülerek, gelişimi ya da cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve haklarıyla ilgili olan ve doğurganlığı düzenleme hizmetlerini de kapsayan eğitim, bilgi ve/veya hizmetlerden mahrum bırakılamaz.
- Hiç kimse, belli gruplar arasında ayrımcılık etkisi yapan herhangi bir cinsel sağlık ve üreme sağlığı programına tabi tutulamaz.
- Tüm bireyler; ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasi ya da diğer görüşler, ulusal ya da sosyal köken, doğum ya da diğer konumlar nedeniyle uygulanacak her tür şiddetten korunma hakkına sahiptir.
- Hiçbir kadın, sosyal yaşamda ev işlerinde ya da iş çevresinde gebelik ya da analık nedeniyle ayrımcılığa uğratılamaz.
- Hiç kimseye karşı yaşamı boyunca, cinsel sağlık ve üreme sağlığı, hakları ve gereksinimlerine ilişkin bilgi, bakım ve hizmetlerden yararlanmada, cinsiyet, yaş, cinsel tercih ya da zihinsel ya da fiziksel yetersizlik nedeniyle ayrımcılık yapılamaz.

4. Mahremiyet Hakkı

- Bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde mahremiyet ve kişisel bilgilerin gizli kalması sağlanmalıdır.
- Tüm kadınların, gebeliğin güvenli sonlandırılması (düşük) de dahil olmak üzere, üremeyle ilgili seçimler yapma hakkı vardır.
- Tüm bireyler, başkalarının haklarına saygılı olmak şartıyla, yargılanmak, özgürlüğüne karşı çıkmak ya da sosyal müdahaleye maruz kalmak korkusu olmaksızın, güvenli ve doyurucu bir cinsel yaşam için, cinsel tercihini ifade etme hakkına sahiptir.
- Bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri bireylere ve çiftlere, özellikle de gençlere, mahremiyet ve gizlilik haklarına sadık kalarak ulaştırılmalıdır.

5. Düşünce Özgürlüğü Hakkı

- Tüm bireyler, cinsel ve üreme yaşamları hakkında düşünce ve konuşma özgürlüğüne sahiptir.
- Tüm bireyler, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında eğitim ile bilgiye ulaşmada düşünce, vicdan ve inanç nedeniyle herhangi bir kısıtlamaya karşı korunma hakkına sahiptir.
- Profesyonel sağlık personeli, doğum kontrolü ve gebeliği sonlandırma (düşük) hizmetini sunmayı bilinçli olarak reddetme hakkına ancak hizmete başvurana, bu

hizmeti hemen sunmayı isteyen bir başka profesyonele sevk etme koşuluyla sahiptir. Hayati risk taşıyan acil durumlarda böyle bir hak yoktur.

- Tüm bireylerin; cinsel sağlık, üreme sağlığı hizmetleri ve diğer konulardaki düşünce özgürlüğünün kısıtlanması amacı ile dini metinlerin, inançların, felsefi görüşlerin ya da geleneklerin sınırlı bir biçimde yorumlanmasından özgür olma hakkı vardır.

6. Bilgilenme ve Eğitim Hakkı

- Tüm bireyler, cinsel sağlık, üreme sağlığı, hakları ve sorumluluklarıyla ilgili, cinsiyete duyarlı, önyargıdan uzak, yansız ve çoğulcu bir şekilde sunulan eğitime ve doğru bilgiye ulaşma hakkına sahiptir.
- Tüm bireyler, cinsel ve üreme yaşamlarına ilişkin tam, özgür ve bilinçli karar vermelerini sağlayacak yeterli eğitim ve bilgiyi edinme hakkına sahiptir.
- Tüm bireyler, doğurganlığı düzenleyen bütün yöntemlerin ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin görece yararları, riskleri ve etkililiği konularında tam bilgi edinme hakkına sahiptir.

7. Evlenme ve Aile Kurma Konularında Seçim Yapma Hakkı

- Tüm bireyler, tam, özgür ve bilinçli olurları dışında evlendirilmekten korunma hakkına sahiptir. Hiç kimse hiç bir nedenle zorla evlendirilemez. Evlenme veya beraber yaşama kararı özgürce alınmalıdır.
- Kısır olanlar ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklar nedeniyle doğurganlığı aksamış olanlar da dahil olmak üzere tüm bireyler, üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir.

8. Çocuk Sahibi Olup Olmamaya Karar Verme Hakkı

- Tüm kadınların, üreme sağlığının korunması, güvenli anneliğin sağlanması ve gebeliğinin güvenli sonlandırılması (düşük) için gereken ve tüm kullanıcılar için ulaşılabilir, kabul edilebilir, kullanışlı ve ödeyebilecekleri bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşma hakkı vardır.
- Tüm bireyler güvenli, etkili ve kabul edilebilir doğurganlığı düzenleme yöntemlerinden olabildiğince çoğuna ulaşabilme hakkına sahiptir.
- Tüm bireyler, istenmeyen gebeliklerden korunma yöntemleri içinden kendileri için güvenli ve kabul edilebilir olanı özgürce seçmek ve kullanmak hakkına sahiptir. Çocuk sayısına karar verme kararı özgürce ve sorumlulukla alınmalıdır.

9. Sağlık Bakımı Alma ve Sağlığın Korunması Hakkı

- Tüm bireyler, cinsel sağlık ve üreme sağlığı da dahil, bütün bakım hizmetlerinde ulaşılabilecek en yüksek nitelikte hizmet alma hakkına sahiptir.
- Tüm bireyler, geniş kapsamlı bir sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. Bu hizmet, gebeliğin güvenli sonlandırılması (düşük) dahil, doğurganlığı düzenleyen tüm yöntemler ile kısırlığın ve AIDS de dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanısı ve tedavisini de içerir.
- Tüm bireyler, özellikle de kadınlar ve kız çocukları, sağlığa zarar veren geleneksel uygulamalardan korunma hakkına sahiptir.
- Tüm kadınlar yansız olarak sunulan bilgilere dayanarak kendi kararlarını vermelerini sağlayacak kısırlık ve gebelik danışmanlığı alma hakkına sahiptir.
- Tüm bireyler, ilk basamak sağlık bakımının bir parçası olarak cinsel ve üreme sağlığına ilişkin bakım hakkına sahiptir. Bu içerikteki hizmetler kapsamlı, parasal ve coğrafi açıdan ulaşılabilir, özel mahremiyete ve bireyin onuruna ve rahat olmasına saygılıdır.
- Tüm kadınlar gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım ve gebelik ile emzirme sırasında yeterli beslenme hakkına sahiptir.
- Tüm bireyler çalışma koşullarında sağlığının korunması ve güvenliğinin sağlanması hakkına sahiptir; buna üreme fonksiyonunun korunması da dahildir.
- Tüm çalışan anneler, ücretli ya da yeterli sosyal güvenlik hakları sağlanmış doğum izni hakkına sahiptir.
- Her birey, aşağıdaki hakları kapsayan cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerini alma hakkına sahiptir.
- **Bilgilenme:** Aile planlamasının yararları ve hizmetlerin varlığı konusunda bilgilenme.
- **Ulaşabilme:** Cinsiyet, ırk, renk, medeni durum, yerleşim yeri farkı gözetilmeksizin hizmetten yararlanma.
- **Seçme:** Aile planlamasına ve hangi yöntemi uygulayacağına karar vermede özgür ve bilinçli seçim.
- **Güven Duyma:** Etkin ve güvenli aile planlaması yöntemi uygulayabilme.
- **Mahremiyet:** Danışmanlık ve hizmet sunumunda mahremiyet sağlayan ortam.
- **Gizlilik:** Kişisel bilgilerin gizliliğinden emin olma.
- **Onurun Korunması:** Hizmet sunumunda saygı ve ilgi görme.
- **Rahatlık:** Hizmetleri alırken kendini rahat hissetme.

- **Hizmette Süreklilik:** Aile planlaması hizmet ve araçlarını gereksinim duyulduğu sürece alabilme.
- **Görüş Bildirme:** Sunulan hizmet hakkında görüş bildirme

10. Bilimsel Gelişmelerden Yararlanma Hakkı

- Tüm bireyler, kısırlılık, gebeliğin önlenmesi ve gebeliğin sonlandırılmasını (düşük) da kapsayan konularda üreme sağlığı teknolojilerinden yararlanma hakkına sahiptir.
- Tüm bireylerin, üreme sağlığıyla ilgili teknolojinin sağlık ve iyilik hali üzerinde olabilecek herhangi bir olumsuz etkisi konusunda bilgi alma hakkı vardır.
- Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti alan tüm başvuranlar, üremeyle ilgili güvenli ve kabul edilebilir her türlü teknolojik yöntemlerden yararlanma hakkına sahiptir.

11. Toplanma Özgürlüğü ve Siyasete Katılma Hakkı

- Tüm bireyler toplanarak cinsel sağlık, üreme sağlığı ve haklarını savunma hakkına sahiptir.
- Tüm bireyler, cinsel ve üreme sağlığının savunulması amacıyla birlik oluşturma hakkına sahiptir.
- Tüm bireyler, cinsel sağlık, üreme sağlığı haklarına öncelik tanınması için hükümetleri etkileme yollarını arama hakkına sahiptir.

12. İşkence ve Kötü Muameleden Özgür Olma Hakkı

- Tüm çocuklar, her türlü sömürden, özellikle cinsel sömürden, çocuk fahişeliğinden ve her tür cinsel istismar, taciz ve saldırıdan, yasa dışı cinsel etkinliklere, fahişelik ya da diğer yasa dışı cinsel sömürü uygulamalarına katılmaktan ve pornografik gösteri ya da yayınlar için sömürden korunma hakkına sahiptir.
- Hiç kimse, kendi tam, özgür ve bilinçli oluru alınmaksızın, cinsellik veya doğurganlığı düzenleme yöntemleriyle ilgili tıbbi araştırmalar ya da deneylerde kullanılamaz.
- Tüm kadınlar, kadın ticaretinden ya da fuhuş için sömürülmekten korunma hakkına sahiptir.
- Her vatandaş, kadın ya da erkek silahlı çatışmalarda, cinsellikleri ya da üremeleriyle ilgili aşağılayıcı davranışlardan ve şiddetten korunma hakkına sahiptir.
- Tüm bireyler, tecavüz, cinsel saldırı, cinsel istismar ve cinsel tacizden korunma hakkına sahiptir (33).

II.B.9 CİNSEL ÖYKÜ ALMA SIRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN NOKTALAR

Tıp eğitimi süresince hekim adayları öykü alma, tanı ve tedavi konusunda temel bir bilgi birikimi kazanmış olsa da CS/ÜS söz konusu olduğunda bazı özel yöntemlere ihtiyaç duyulabilir (34). Ne yazık ki birçok hekimin bu konularda pratik yapma fırsatı ancak ‘gerçek hayatta’ olur. Son yıllarda CS/ÜS hizmetlerine artarak verilen önem, konuyla ilgili birçok kaynak rehberin oluşturulmasına önayak olmuştur. Bu bölümde cinsel sağlığı ile ilgili şikayeti olmasa bile bir hastadan/danışandan uygun öykü alma, eğitim ve danışmanlık vermenin inceliklerine değinilecektir.

Hastaların eğitimi ve danışmanlık hizmeti aslında hekimin öykü alması ile başlayan bir süreçtir. Hekim riskli davranışlar, olası belirtiler hakkında sorular sordukça kişide farkındalık uyandırır. Gençlerin ve evli olmayanların cinsel deneyimleri olsa bile bunu reddetme eğiliminde olabilecekleri, dolayısıyla riskli davranışları, enfeksiyon veya gebelik ile ilişkili olabilecek belirtileri saklayabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Her türlü tavsiye kişinin ihtiyaçlarına ve koşullarına uygun, uygulanabilir ve ulaşılabilir olmalıdır. Öykü alırken özellikle dikkat edilmesi gereken noktalar şöyle özetlenebilir (10):

- Hasta/ danışan sıcak bir şekilde karşılanmalı, hekim kendisini tanıtmalı
- Gizlilik ve mahremiyet konusunda güvence verilmeli
- Hastanın/ danışanın rahatça konuşabileceği kadar yakın bir mesafede oturulmalı
- Cinsel sağlık ile ilgili sorular öncesinde kişiden izin alınmalı
- Göz teması kurulmalı ve konuşurken kişiye bakılmalı
- Hastanın/ danışanın anlayacağı kelimeler kullanılmalı
- Hastanın/ danışanın vücut diline bakarak duyguları anlaşılmalı çalışılmalı
- Söz ve mimiklerle hastanın/ danışanın konuşması teşvik edilmeli
- Gerektiği yerde açık uçlu, gerektiği yerde ise kapalı uçlu sorular yöneltilmeli
- Güncel ve uygun bilgi sunulmalı
- Hastaya/danışana çeşitli seçenekler sunulmalı
- Hastanın/ danışanın seçimlerine saygı gösterilmeli
- Önemli noktaların hasta tarafından tekrar edilmesi istenip anlayıp anlamadığına bakılmalı
- Hiçbir zaman:
 - Sürekli odaya girip çıkılmamalı
 - Başka hekim veya sağlık hizmet sunucularının araya girmesine izin verilmemeli

- Hasta/ danışan konuşurken sürekli not tutulmamalı
- Yargılayıcı kelimeler veya yüz ifadeleri kullanılmamalı

II.B.10 BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK BİRİMLERİNİN CİNSEL SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ ROLÜ:

Birinci basamak sağlık birimlerinde cinsel sağlık ile ilgili başlıca şu hizmetler uygulanabilir ve uygulanmalıdır; cinsel sağlık sorunlarının saptanması, tanısı ve mümkün ise tedavisi, başvuranlara cinsel sağlık ile ilgili eğitim ve danışmanlık verilmesi, gerekli durumlarda hastaların fayda görebileceği en uygun sağlık merkezine yönlendirilmesi ve güvenli cinsellik için koruyucu yöntemlerin sağlanması veya yöntemlerle ilgili danışmanlık verilmesi (30). Birinci basamak sağlık birimleri, sağlık hizmetine ulaşmada birçok insan için ilk ve bazen de tek noktadır (2, 30). Özellikle sağlık ocakları, AÇSAP (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri) ve kadın sağlığı merkezlerinden farklı olarak her yaş ve her cinsiyetten insanın başvurabildiği sağlık merkezleri olup, günümüzde hala geçerli olan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” başlıklı yasanın temel taşlarıdır.

II. B.11 CİNSEL SAĞLIK EĞİTİMİ

Doyurucu, keyifli ve sağlıklı bir cinsel yaşamın insan hayatında önemi büyüktür. Bu ise ancak kişilerin sağlıkları korunduğu ve üreme kontrolü sağlandığında mümkündür. Bu nedenle tüm insanların (sağlık çalışanları da dahil) CS/ÜS konusunda doğru bilgilendirmeye ihtiyacı vardır (35). Sağlık hizmeti sunucuları bu konuda başrolü üstlenmeli, cinsellik hakkında konuşurken olumlu, tarafsız ve net olmalı, sağlıklı bir cinsel yaşamın insan hayatı üzerindeki önemli etkilerini açıkça ifade edebilmelidir.

Sağlık eğitimi çok vakit almayan, uygulanması için temel iletişim bilgilerinin yeterli olduğu, yardımcı sağlık personeli tarafından da rahatlıkla yürütülebilecek olan ve uygulandığında hastaları son derece memnun edebilecek olan bir yöntemdir.

Bir kişinin cinsel sağlık eğitimi söz konusu olduğunda hastaların/danışanların başlıca şu konular hakkında bilgi sahibi olması sağlanmalıdır (10):

Sağlıklı cinsellik;

- Normal biyolojik ve duygu değişimleri
- Sağlıklı cinsel yaşamın artıları
- Sorunlar için ne zaman ve nasıl danışmanlık alınabileceği

CYBİ'ler hakkında bilgi;

- Bulaş yolları
- Yol açabilecekleri sonuçlar
- CYBİ'lerin HIV'in yayılmasını kolaylaştırıcı etkisi ve ilişkisi

CYBİ belirtileri;

- Hangi belirtinin anlamlı olduğu ve ne anlama gelebileceği
- Sağlık merkezine erken başvuru

CYBİ'lerin önlenmesi;

- Nereden kondom temin edebileceği
- Cinsel eş sayısının sınırlandırılması
- Ergenlerin ilk cinsel ilişki yaşını ertelemesi
- Cinsel birleşmeye alternatif yöntemler kullanılması

CYBİ tedavisi;

- İlaçları nasıl kullanacağı
- Tedavi süresince cinsel ilişkide bulunmama veya korunma
- Eş tedavisinin önemi
- Tedavi takibi

CİB'LER;

- Kadınlarda CİB'ler, belirti ve nedenleri
- Erkeklerde CİB'ler, belirti ve nedenleri
- Tedavide eğitim ve danışmanlığın önemi

Bu bilgilerin birçoğu eğitilmiş bir ebe/hemşire tarafından hastalar muayene için sıra beklerken bile verilebilir. Bu eğitim sözel olarak, posterler, broşürler, eğitim kartları veya video gösterimi ile yapılabilir, ancak daha sonra mutlaka kişilerin bireysel danışmanlık alabilmeleri için ayrı görüşme imkanı sağlanmalı veya muayene sırasında buna fırsat verilmelidir.

II. B.12 CİNSEL SAĞLIKTA DANIŞMANLIK

Sağlık çalışanlarının cinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesinde temel bir rolü vardır. Danışmanlık vermek, eğitimden farklı olarak, bilgi, beceri ve vakit ayırmayı gerektirir. Bu nedenle çok yoğun kliniklerde özellikle bu konu için ayrı bir personelin bulundurulması akılcıdır. Böyle bir kişi HIV için gönüllü test ve danışmanlık gibi ek hizmetleri de yürütebilir.

II. B.13 CİNSEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE YAYGINLAŞTIRILMASI

Cinsel sağlığın geliştirilmesindeki başlıca engellerden biri de bireylerin bu hizmetlerden yeterince faydalan(ama)masıdır. Bu engelin aşılmasında başlıca rol hekimlere ve yöneticilere düşmektedir. Bunun için anahtar noktalar şöyle özetlenebilir (10):

- Cinsel sağlığın geliştirilmesi için hizmetlere ulaşımın sağlanması, toplumda farkındalığın artırılması, yeterli hizmetin sağlanması ve özellikle erkekler ve ergenler gibi CS/ÜS sağlığı hizmetlerinden rutin olarak faydalan(a)mayan bireylere ulaşılmasının sağlanması
- Hizmetlerin ulaşılabilir ve uygulanabilir olması
- Toplumun CYBİ konusunda duyarlı hale getirilmesi ve sağlık merkezine erken başvurularının sağlanması
- CYBİ'lerin insan sağlığı üzerinde oluşturabileceği olumsuz sonuçların, insanların koruyucu ve tedavi edici hizmetleri almalarını teşvik edecek şekilde anlatılması
- Erkeklerin katılımının sağlanması
- Ergenlere ulaşılması, ihtiyaçları olan hizmetlerin verilmesi
- CYBİ yayılımını azaltmak için riskli davranışları olan gruplara ulaşılması

Etkili ve yaygın sağlık hizmeti sunulan toplumlarda CYBİ'ler ve bunlara bağlı oluşan komplikasyonlar daha az görülecektir.

II. B.14 SAĞLIK HİZMETİNİN KULLANILMASINI ENGELLEYEN FAKTÖRLER

Cinsel sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması için öncelikle genel sağlık hizmetinin kullanılmasını engelleyen faktörleri bertaraf etmek gerekir. Bu engeller kısaca şu şekilde özetlenebilir;

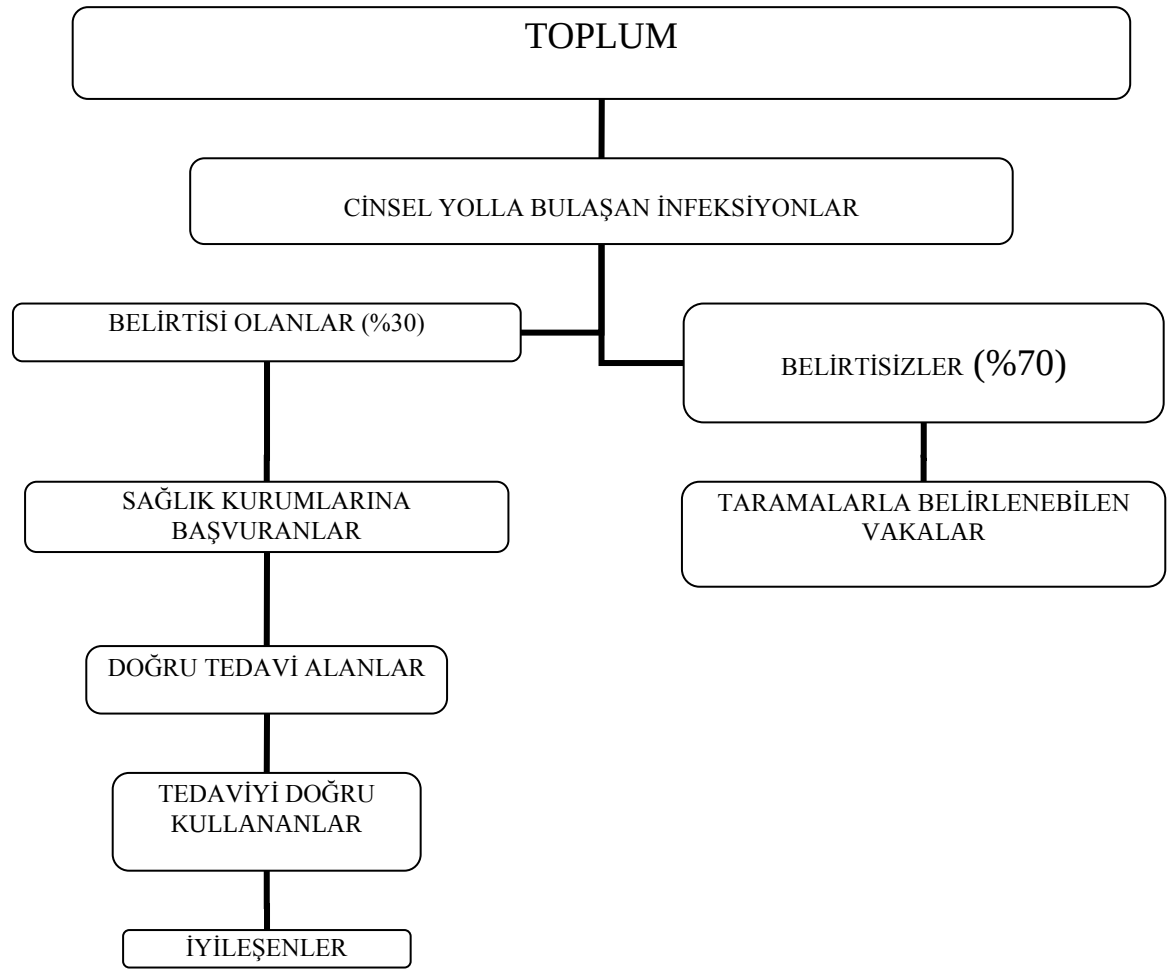
- Kişilerin hizmete ulaşabilmesini engelleyecek veya güçleştirecek yasa veya düzenlemelerin varlığı, uygun olmayan sağlık politikaları
- Coğrafi konumda güçlük, ulaşım zorlukları
- Düşük sosyal statü, bağımsız hareket edememe
- Çalışma saatlerinin uyuşmaması
- Ücret – sağlık güvencesinin olmaması

Genel sağlık hizmetlerinden ayrı olarak CS/ÜS hizmetleri ele alındığında ise hizmet alımını engelleyen başka kaygılar da olabilmektedir;

- Damgalamalar (stigma) – insanlar hizmet sunucuların eleştirilerine veya yargılamalarına maruz kalmaktan korkup bu nedenle hizmet almaktan çekinebilmekte
- Erkekler – CS/ÜS hizmetleri genellikle ÜS başlığı altında kadın odaklı planlanıp organize edildiğı için erkekler buralara başvurmaya çekinebilmekte
- Gençler – bu hizmetlerin sadece ailelere/evlilere yönelik olduğunu düşünebilmekte
- Mahremiyet – özellikle gençler bilgilerin gizli kalmayacağı konusunda kaygı duyabilmekte
- Hizmet sunumu – kişilerin kliniğe ve personeline güven duyması, aldığı hizmetin nitelikli ve güvenilir olduğunu bilmesi şarttır
- İlaç veya yöntem temini – kişiler tanı testlerini, tedavilerini başvurdıkları merkezde yaptıramadığı takdirde doğrudan eczaneye başvurmayı tercih edebilmekte

II. B.15 SAĞLIK HİZMETLERİNİN CYBİ'LERİ AZALTMADA ROLÜ

Hekim deneyimli veya CS/ÜS konusuyla yakından ilgili olsa bile cinsel sağlık hizmeti sunumunu zorlaştıran birçok engel vardır. Cinsel sağlığı ile ilgili sorunu olan birçok insan ya belirtisi olmadığı için ya da var olan belirtileri pek önemsemediği için hekime başvurmamaktadır. Sağlık merkezine başvuranlar ise her zaman doğru tanı ve tedaviye ulaşamamakta veya tedaviyi uygun şekilde kullanmamaktadır. Sonuçta ancak küçük bir oran tam olarak tedavi olmaktadır (Şekil 1.).



Şekil 1. Toplumda CYBİ'lerin saptanması ve yönetiminde sorunlar (11)

Sağlık çalışanları, özellikle hekimler sağlığın korunması, geliştirilmesi, sağlık hizmeti alma davranışının geliştirilmesi ve var olan sağlık sorunlarını saptayıp tedavi etme konularında toplumda lider rolündedir. Bu nedenle cinsel sağlık söz konusu olduğunda hizmet sunanların başlıca hedefleri şunlar olmalıdır:

- Toplum bilincinin artırılması – özellikle risk altındaki toplumun CYBİ’ler hakkında bilgilendirilmesi
- Erken başvurunun öneminin anlaşılması
- Güvenli cinsel davranışların sağlanması
- Enfeksiyonların saptanması, tedavisi
- Eğitim ve danışmanlık

CYBİ’ler ve CİB’lerin yönetimi ÜS hizmetlerinin bir kapsamı olarak düşünülmemeli ve mutlaka ayrı ayrı ele alınmalıdır. 1994’teki Kahire’de yapılan Dünya Nüfus ve Kalkınma Toplantısı’nda da bu konuya değinilmiştir. Birçok kadının sağlık hizmeti alabildiği tek merkez olan AÇSAP’larda kadın cinsel sağlığı detaylı olarak ele alınmalı ve eğitim fırsatları kaçırılmamalıdır. Aynı şekilde sağlık ocaklarına başvuran erkekler de cinsel sağlıkları konusunda bilinçlendirilmeli, risk varlığında gizli bir enfeksiyon olup olmadığı araştırılmalıdır. Her durumda mevcut sağlık merkezleri ve sektörler arası işbirliği sağlanmalı, hizmet kalitesi yükseltilmelidir. İyi hizmet başvuruyu artıracak, dolayısı ile tüm sağlık düzeyi ölçütlerinde düzelme görülecektir.

BÖLÜM III

III. GEREÇ VE YÖNTEM

III. A ARAŞTIRMANIN TİPİ, YERİ VE ZAMANI

Araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır. İstanbul İli'nde yürütülmüş olup, İstanbul İli'nde çalışan sağlık ocağı hekimlerini temsil etmektedir. Veriler Ocak ve Şubat 2007'de, posta yoluyla anket yapılarak toplandı. Anket geri dönüşlerini artırmak amacıyla, sorumlu hekimlerle, en fazla dört kez, telefon görüşmeleri ile hatırlatmalar yapıldı.

İstanbul'da 356 sağlık ocağı bulunmaktadır (36). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2004 verilerine göre İstanbul'da sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan hekim sayısı 912'dir (32). Önceki yıllardaki artış göz önünde bulundurularak, 2006 yılı için bu sayının 1100 civarında olduğu hesaplandı.

Örneklem büyüklüğü EPI-Info Statcalc yazılımında, nüfus çalışmaları için örneklem büyüklüğü hesabı kullanılarak, evrenin 1100 kişi olduğu durumda %95 güvenle cinsel sağlık öyküsü alma sıklığı %50 olarak alındığında ve en kötü olasılıkla bu sıklıktan %5 sapma olacağı düşünüldüğünde 285 kişi olarak saptandı.

Her sağlık ocağında ortalama üç hekim bulunduğu var sayılarak ($1100/356=3.08$) hedeflenen örneklem grubuna ulaşabilmek için basit rasgele örnekleme yöntemi ile 100 sağlık ocağı seçildi. Bu 100 sağlık ocağı İstanbul'daki 32 ilçeden 28'ine yayılmaktaydı.

Veri toplama sürecinin sonunda hedeflenen örneklem grubunun % 84.9'una ulaşıldı.

III. B KULLANILAN GEREÇLER

Hekimin rutin muayene sırasında cinsel öykü alıp almadığı, ne şekilde cinsel öykü aldığı ve var ise öykü alırken yaşadığı sorunların neler olduğunu detaylı olarak sorgulayan bir anket hazırlandı. Soru formu hazırlanırken güncel çalışmalardan ve ilgili konu kitaplarından faydalanıldı (4, 5, 8, 10, 17, 37). Otuz hekim ile anketin ön denemesi yapılarak ve konunun uzmanlarına (Prof.Dr. Selma Karabey, Prof.Dr.Nuray Özgülnar, Prof.Dr.Ayşen Bulut, Prof.Dr. Arşaluys Kayır) danışılarak ankete son şekli verildi. Ön deneme için doldurulan anketler çalışmaya alınmadı.

Çalışma anketinde hekim ile ilgili sosyodemografik özellikler, cinsel öykü alma durumu, başvuran kişiye ayırdığı süre, rutin uygulamaları sırasında CYBİ ve CİB tanı – tedavisi, muayene ve danışmanlık hizmetlerini yapma sıklığı ve niteliği, muayene ortamında uygun koşulların ve iletişimin sağlanıp sağlanmadığı, hekimin konuyla ilgili mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitim durumu, hekimin cinsel sağlığı sorgulama sırasında engel oluşturduğunu düşündüğü faktörler ve CYBİ ve CİB'lerin erken tanı ve tedavisiyle ilgili

düşünceleri sorgulandı. Sorular beşli Likert tipi ölçek, puan verme, şıklardan seçme şeklinde idi. Bunların yanında katılımcının konuyla ilgili görüşlerini yazabilmesi için açık uçlu sorulara da yer verildi.

Her sağlık ocağı mesai bitimine yakın saatlerde telefon ile aranarak sorumlu hekim ile görüşüldü. Çalışmanın konusu, amacı ve sonuçlarının nerede kullanılacağı hakkında kısaca bilgi verildi ve kişisel deneyimleri doğrultusunda katkıda bulunup bulunamayacakları soruldu. Çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlerden, sağlık ocaklarında çalışan diğer hekimleri de çalışmaya katılmaya davet etmeleri istendi, ancak katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve hazırlanan soru formunu uygun oldukları zaman, iş dışı saatlerde doldurmaları gerektiği hatırlatıldı. Katılmayı kabul etmeyenlere kısaca sebebi sorularak görüşme sonlandırıldı ve ‘ret’ olarak kabul edildi.

III. C VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere anketler bir kargo şirketi ile ulaştırıldı. Kargo zarfının içine çalışmaya katılacak hekim sayısı kadar anket formu, çalışmanın amacı hakkında kısaca bilgi içeren ve iletişim bilgilerinin bulunduğu bir mektup, Yerel Etik Kurul kararının bir kopyası, anket doldurulduktan sonra içine konabilmesi için kendinden yapışkanlı zarf (gizliliğin sağlanması) ve kargo şirketine verilmek üzere alıcı adreslerinin önceden yazılmış olduğu hazır zarf kondu. Katılımcılardan anketleri tamamladıklarında tarafımıza telefon veya e-posta ile ulaşmaları istendi.

Anketler gönderildikten 1 hafta, 2 hafta ve 1 ay sonra hatırlatma telefonları yapıldı. Bu süre içinde anketleri tamamlamış olan hekimlerden yine kargo şirketi aracılığı ile ücretin alıcı tarafından ödeneceği hatırlatılarak, anketlerin toplanması sağlandı.

Niceliksel veriler SPSS 11.0 bilgisayar yazılımına aktarıldı ve değişkenlere uygun yöntemlerle (ki kare, Fisher’in kesin testi, tahmini relatif risk hesabı, Spearman korelasyon) istatistiksel olarak değerlendirildi. Açık uçlu sorulardan elde edilen niteliksel veriler ise konularına göre gruplandırılarak değerlendirildi.

Çalışma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu tarafından 11.10.2006 tarihinde onaylanmıştır.

III. D KISITLILIKLAR:

Çalışma sonuçları değerlendirilirken birtakım kısıtlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Posta yolu ile yapılan bir anket çalışması için yanıt oranı oldukça iyidir, ancak verilen yanıtlar gerçeği tümüyle yansıtmayabilir. Hekimlerin verdiği cevaplar, gerçek uygulamalarından daha farklı olabilir. Bu engeli aşmak için gizliliğin sağlanacağı konusunda güvence verildi. Yine de yapılan bazı çalışmalarda hekimlerin muayene sırasındaki tutumları konusundaki sözlü beyanları ile gerçek muayene sırasındaki tutumlarının farklı olabildiği saptanmıştır (38).

Posta yolu ile yapılan anketlerin bir dezavantajı da soruların doğru/ tam anlaşılamamış olmasıdır. Örneğin soruların bazısında geçen ve ‘servikal kanser taraması’nın yapılıp yapılmadığını araştırmak için sorulan “servikal yayma” ile ilgili sorular cevaplayıcılar tarafından ‘servikal taze yayma’ olarak da anlaşılmış olabilir. Ancak yazar, bu olası yanlış anlaşılmanın sonuçları etkilemeyeceğini düşünmektedir.

Cinsel öykü alırken hekimlerin kullandığı soruların niteliği değerlendirilmemiştir. Sadece koşullar ve uygulama biçimleri sorgulanmıştır. Bunun dışında çalışma sadece hekimleri kapsamaktadır, oysa birçok durumda hemşire ve ebeler de CS/ÜS konularında etkin role sahiptirler.

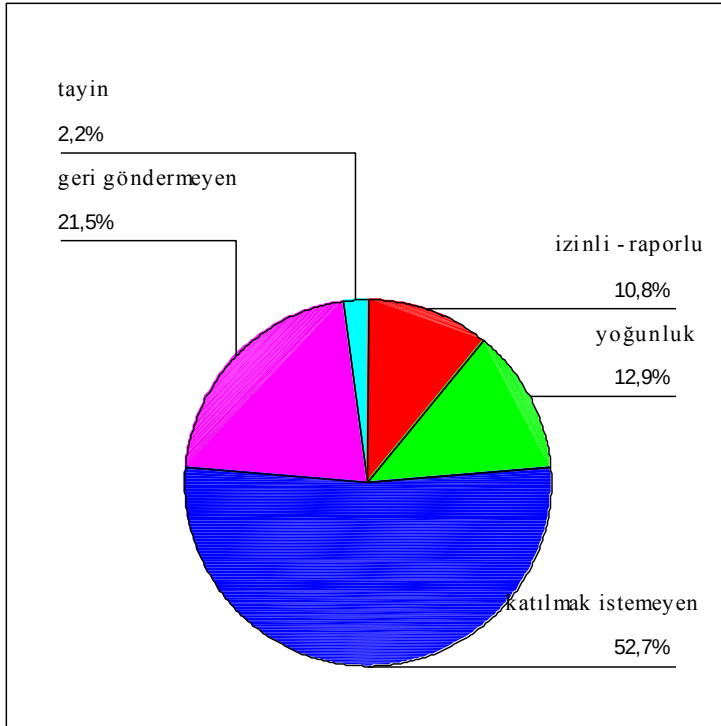
BÖLÜM IV

IV. BULGULAR

Çalışma bulguları iki ana başlık altında özetlenmektedir; niceliksel bulgular ve niteliksel bulgular.

IV. A. NİCELİKSEL BULGULAR

İstanbul İli sınırları içerisinde sağlık ocağı bulunan 32 ilçeden rasgele örnekleme yöntemi ile seçilen 100 sağlık ocağında çalışan toplam hekim sayısı 335 idi. Bunlardan 286 (% 85.4) hekim çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Kırk dokuz (% 14.6) kişi ise çalışmaya katılmak istememiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlerden 242 (% 72.2)'si bilgi formunu doldurup belirtilen sürede geri göndermiştir. Toplamda doksan üç (% 27.8) hekim anketi yanıtlamamıştır. Çalışmaya katılmayan 93 hekimin % 52.7'si (n=49) böyle bir çalışmaya katılmayı istemedikleri için, %12.9'u (n=12) vakitsizlik – yoğunluk nedeniyle, % 10.8'i (n=10) çalışma sırasında izinli veya raporlu oldukları için, % 2.2'si (n=2) ise çalışma sırasında başka bir yere tayinleri çıktığı için araştırmaya katılmamıştır. Yirmi hekim (% 21.5) ise çalışmaya katılmayı kabul etmelerine rağmen formları belirtilen süre içerisinde geri göndermemiştir (Şekil 2).



Şekil 2. Çalışmaya katılmama nedenlerinin dağılımı (%).

Sonuçta toplam 242 anket toplanmıştır ve çalışma başında hedeflenen örneklem grubunun (285 kişi) % 84.9 (n=242)'una ulaşılmıştır. Anketlerin hepsi uygun şekilde doldurulmuş olup hiçbirisi çalışma dışı bırakılmamıştır.

Özellik		n	%
Cinsiyet	Kadın	115	48.1
	Erkek	124	51.9
Yaş	35≤	117	48.8
	35>	123	51.2
Çalışma bölgesi	Merkez	180	75.4
	Belde	46	19.2
	Köy	13	5.4
Medeni durum	Evli	160	66.4
	Bekar	68	28.2
	Dul/boşanmış	13	5.4
Hasta sayısı/gün	0-50	59	25.1
	51-100	150	63.8
	>100	26	11.1
Hastaya ayrılan süre/dk	1-5	141	59.2
	6-10	78	32.8
	>10	19	8.0

Tablo 1. Çalışmaya katılan hekimlerin bazı sosyodemografik özellikleri, günlük hasta sayıları ve hasta başına ayırdıkları süre.

Çalışmaya katılan hekimlerin bazı sosyodemografik özellikleri, baktıkları günlük hasta sayısı ve hasta başına ayırdıkları süre tablo 1’de özetlenmiştir; hekimlerin % 48.1 (n=115)’i kadın, % 51.9 (n=124)’u erkekti. Kadın hekimlerin yaş ortalaması 32.8±6.2 (23–48), erkeklerin yaş ortalaması 38.3±8.4 (24-59), genel olarak hekimlerin yaş ortalaması 35.9±8.2 (23-62) idi. Altmış iki yaşında olan 1 hekim cinsiyetini belirtmediğinden cinsiyetlere özel hesaplanan ortalamalara alınmamıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin % 66.4 (n=160)’ü evli, % 28.2 (n=68)’si bekâr, % 5.4 (n=13)’ü dul veya boşanmış idi. Katılımcılar ortalama 11.38±7.7 (1–32) yıldır hekimlik yapmaktaydı ve % 16.4 (n=39)’ünün mesleki deneyimi 1 yıl veya daha az idi. Çalışma yapıldığı sırada hekimlerin görev yapmakta oldukları kurumda çalışma süresi ortalama 6.92±6.5 (1–33) yıl idi. Hekimlerin medeni durumlarının ve mesleki deneyimlerinin bir yıldan az veya çok olmasının cinsel öykü alma sıklığı üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktu (p>0.05).

Katılımcıların % 78.4 (n=189)'ü daha önce başka bir yerde hekimlik yaptıklarını belirtmiştir. Daha önce çalışılan yerler ve oranları şöyle idi; sağlık ocağı % 49.6 (n=120), devlet hastanesi %16.9 (n=41), iş yeri sağlık birimi % 9.5 (n=23), özel hastane veya poliklinik % 8.7 (n=21), 112 Acil veya hastanelerin acil servisleri % 7.4 (n=18), AÇSAP % 7 (n=17) ve Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi % 0.4 (n=1). Belirtilen bu yerlerden herhangi birinde daha önce çalışmış olma cinsel öykü alma davranışını değiştirmemektedir ($p>0.05$).

Hekimlerin % 75.4 (n=180)'ünün halen çalışma bölgesi şehir merkezi iken, % 19.2 (n=46)'si beldede, % 5.4 (n=13)'ü köyde görev yaptıklarını belirtmişlerdir. Köyde çalışan hekimlerin % 15.4 (n=2)'ü, beldede çalışanların % 73.9 (34)'u ve merkezde çalışanların % 50 (87)'si cinsel öykü aldığını ifade etmiştir. Beldede çalışmakta olan hekimlerin diğer çalışma yerlerinde görev yapanlardan daha fazla cinsel öykü aldıkları belirlenmiştir ($p<0.001$).

Araştırmaya katılan hekimlerin % 25.1 (n=59)'i günde 50'den az, % 63.8 (n=150)'i 50 ila 100 arasında hasta muayene ederken, % 11.1 (n=26)'i 100'ün üzerinde hasta baktıklarını ifade etmişlerdir. Hasta başına ayrılan süre hekimlerin % 59.2 (n=141)'sinde 1–5 dakika, % 32.8 (n=78)'sinde 6–10 dakika, % 8 (n=19)'inde 10 dakikanın üzerinde olarak belirtilmiştir. Genel olarak bir hastaya ayrılan süre ortalama 6.81 ± 3.8 (1–30; medyan=5) dakika idi. Beklendiği gibi, hastaya ayrılan süre ile hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon (ilgileşim) vardır (Spearman_{rho} = - 0.485, $p<0.001$).

Hastanın CS/ÜS şikayeti	Hekim cinsel sağlığı						<i>p</i>
	sorguluyor		sorgulamıyor		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Var	200	84.0	38	16.0	238	100.0	<i><0.001</i>
Yok	19	7.9	221	92.1	240	100.0	

Tablo 2. Hastanın CS/ÜS ile ilgili şikayetine göre hekimlerin cinsel sağlığı sorgulama durumu.

Hastaların cinsel sağlık ile ilgili şikâyeti olduğu durumlarda hekimlerin % 84 (n=200)'ü cinsel öykü alırken, % 16 (n=38)'si cinsel öyküye yer vermemekteydi. Hastaların cinsel sağlık ile ilgili bir sorunu olmadığı durumlarda ise hekimlerin sadece %8 (n=19)'i öyküde cinsel sağlığı sorgularken, % 92 (n=221)'si cinsel sağlığa değinmemekteydi. Hekimler cinsel sağlık şikayeti olan hastaları, şikayeti olmayanlara göre istatistiksel olarak önemli bulunan bir farkla daha fazla cinsel sağlık açısından sorgulamaktaydı ($p<0.001$, Tablo 2).

Hastanın cinsel sağlık ile ilgili şikayeti olduğu zaman öyküde cinsel sağlığa yer veren hekimlerin bu konuya ayırdıkları süre ortalama 5.06 ± 5.0 (1–60; medyan=5.0) dakika iken, şikayet olmadığı durumda öyküde bu konuya değinen hekimlerin kullandığı ortalama süre 3.21 ± 3.3 (1–15; medyan=3.0) dakika idi.

Mesleki uygulamaları sırasında CYBİ tanısı koyduğunu belirten hekimlerin oranı % 78.4 (n=189) iken, CİB tanısı koyduğunu belirtenlerin oranı % 49 (n=118) idi.

Katılımcılara CYBİ ve CİB'lerin tanısında hangi yöntemleri ne sıklıkta kullandıkları 5'li Likert ölçeği formatında soruldu.

(1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=sıklıkla, 5=her zaman)

Yöntem (n)	Ortalama puan	SS	n (%)				
			Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Öykü(187)	4.62	0.68	132(70.6)	46(24.6)	4(2.1)	4(2.1)	1(0.5)
FM(175)	3.33	1.36	49(28.1)	35(20.0)	37(21.1)	34(19.4)	20(11.4)
Tanı testi(158)	2.29	1.32	13(8.2)	19(12.0)	32(20.3)	31(19.6)	63(39.9)

Tablo 3. CYBİ'ler için tanı yöntemlerinin kullanılma sıklığı ortalama puanları ve kullanılma sıklıklarının dağılımları.

Yöntem (n)	Ortalama puan	SS	n (%)				
			Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Öykü(122)	4.68	0.61	92(75.4)	24(19.7)	4(3.3)	2(1.6)	0(0.0)
FM(101)	2.81	1.59	26(25.7)	10(9.9)	15(1.9)	19(18.8)	31(30.7)
Tanı testi(93)	2.49	1.37	10(9.7)	19(18.4)	18(17.5)	21(20.4)	35(34.0)

Tablo 4. CİB'ler için tanı yöntemlerinin kullanılma sıklığı ortalama puanları ve kullanılma sıklıklarının dağılımları.

Hem CYBİ hem de CİB tanısında en sık başvurulmuş yöntem 'öykü alma' idi. Fizik muayene (FM) ve tanı testleri ise tanı koymada daha az oranda kullanılan yöntemlerdi (Tablo 3 ve 4).

Hekimlere CS/ÜS hizmeti verirken kendilerinin ve hastalarının utanma durumları yine 5’li Likert ölçeği kullanılarak soruldu.

(1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=sıklıkla, 5=her zaman)

Durum (n)	Ortalama Puan	SS	n (%)				
			Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Erkek hastam utanır(182)	3.52	0.90	19(10.4)	84(46.2)	58(31.9)	15(8.2)	6(3.3)
Kadın hastam utanır(180)	3.42	1.05	26(14.4)	71(39.4)	43(23.9)	34(18.9)	6(3.3)
Ben utanırım(151)	1.31	0.63	0(0.0)	3(2.0)	5(3.3)	29(19.2)	114(75.5)

Tablo 5. Cinsel sağlık öyküsü alınırken hastaların ve hekimlerin utanma durumları.

Durum	Kadın doktor			Erkek doktor		
	N	Ortalama Puan	SS	n	Ortalama puan	SS
Erkek hastam utanır	80	3.81	0.76	101	3.31	0.92
Kadın hastam utanır	85	2.92	1.00	94	3.89	0.87
Ben utanırım	67	1.23	0.52	83	1.38	0.71

Tablo 5a. Hekimin cinsiyetine göre cinsel sağlık öyküsü alınırken hastaların ve hekimlerin utanma durumlarının ortalama puanları.

	Hastanın utanma durumu						<i>p</i>
	Evet		hayır		Toplam		
	n	%	N	%	n	%	
Kadın hekim	13	19.4	54	80.6	67	100	<i>0.2</i>
Erkek hekim	24	28.9	59	71.1	83	100	

Tablo 5b. Hekimin cinsiyetine göre, cinsel öykü alınırken hastaların utanma durumlarının karşılaştırılması.

Hekimlerin % 75.5’i hastalarından cinsel öykü alırken hiçbir zaman utanmadıklarını belirtirken, yarıdan çoğu, erkek ve kadın hastalarının her zaman veya sıklıkla utandığını gözlemlemektedir (Tablo 5). Kadın doktor karşısında erkek hastanın, erkek doktor karşısında kadın hastanın utanması durumu da benzer puanlar almıştır (sırası ile 3.81 ve 3.89) (Tablo 5a).

Ankette hekimin kendisinin utanma durumu ile ilgili soruyu katılımcıların %38 (n=91)'i boş bıraktı. Kadın hekimler cinsel sağlık öyküsü alırken utanmadıklarını %80.6 (n=54) sıklığında ‘hiçbir zaman’ şeklinde belirtirken, erkekler %71.1 (n=59) oranında ‘hiç bir zaman’ utanmadıklarını bildirmektedirler. Kadın hekimlerle erkek hekimlerin cinsel sağlık öyküsü alırken hastanın utanma sıklığı açısından bir farklılık yoktur ($p=0.2$) (tablo 5b).

Çalışmaya katılan hekimlere mesleki uygulamaları sırasında CS/ÜS ile ilgili bazı hizmetlere ne sıklıkta yer verdikleri 5’li Likert tipi ölçeği kullanılarak sorulduğunda elde edilen sonuçlar Tablo 6’da özetlenmiştir.

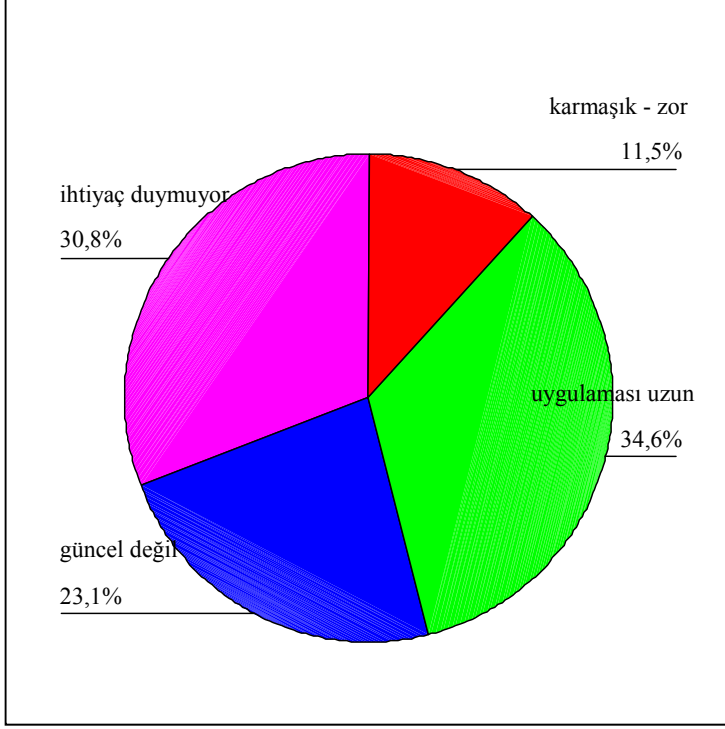
(1=hiçbir zaman, 2=ayda 1 veya daha az, 3=ayda 2-4 kez, 4=haftada 1-2 kez, 5=her gün)

Sunulan hizmet(n)	Ortalama puan	SS	n (%)				
			Hiçbir zaman	Ayda 1 veya <1	Ayda 2-4 kez	Haftada 1-2 kez	Her gün
Doğum kontrolü danışmanlığı(227)	3.23	1.27	25(11.0)	44(19.4)	54(23.8)	60(26.4)	44(19.4)
Cinsel öykü alma(225)	2.72	1.23	37(16.4)	74(32.9)	52(23.1)	37(16.4)	25(11.1)
CYBİ tanı – tedavisi(224)	2.64	1.11	27(12.1)	95(42.4)	51(22.8)	33(14.7)	18(8.0)
Kondom kullanma danışmanlığı(215)	2.59	1.43	66(30.7)	51(23.7)	33(15.4)	34(15.8)	31(14.4)
CYBİ danışmanlığı(213)	2.21	1.16	67(31.5)	78(36.6)	37(17.4)	17(8.0)	14(6.6)
Genital muayene(218)	2.05	1.19	94(43.1)	61(28.0)	32(14.7)	19(8.7)	12(5.5)
Mutlu ve güvenli cinsellik danışmanlığı(214)	1.73	1.11	125(58.4)	50(23.4)	21(9.8)	6(2.8)	12(5.6)
Servikal yayma(210)	1.10	0.48	196(93.3)	11(5.2)	0(0.0)	1(0.5)	2(1.0)

Tablo 6. Hekimlerin CS/ÜS ile ilgili bazı temel hizmetleri uygulama sıklıklarının ortalama puanları ve uygulama sıklıklarının dağılımları.

En sık uygulanan hizmet olan ‘doğurganlığın düzenlenmesi’nin puan ortalaması 3.23 idi. Bunu izleyen ‘cinsel öykü alma’ ise 2.72 ortalama puan ile daha az olarak yapılan bir uygulama idi. ‘Mutlu ve güvenli cinsellik danışmanlığı’ (1.73) ile ‘servikal yayma için örnek alınması’ (1.10) hemen hemen hiç yapılmayan uygulamalardı (Tablo 6).

Katılımcılara CYBİ tanı ve tedavisinde bir akış şeması kullanıp kullanmadıkları ve kullanmıyorlar ise sebebi açık uçlu soru şeklinde soruldu.



Şekil 3. Hekimlerin akış şeması kullanmama nedenlerine göre dağılımı.

Hekimlerin % 8.4 (n=20)'ü CYBİ tanı ve tedavisi için bir akış şeması kullanırken, % 80.6 (n=191)'sı herhangi bir akış şeması kullanmamaktaydı. Hekimlerin %11 (n=26)'i ise ellerinde bir akış şeması bulunduğunu, ancak çeşitli nedenlerle kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Akış şemasını kullanmayan hekimlerin %34.6 (n=9)'sı akış şemalarının uygulanmasının uzun olduğunu, %30.8 (n=8)'i ihtiyaç duymadığını, %23.1 (n=6)'i güncel bulmadığını, %11.5 (n=3)'i ise karmaşık ve zor bulunduğunu belirtmektedir (Şekil 3).

Çalışmaya katılan hekimlere öykü alma ve muayene sırasında iletişimi kolaylaştıracak, hastayı rahatlatacak, hasta – hekim arasında bir güven ortamı oluşmasına yardımcı olacak, hastanın farkında olduğu veya olmadığı cinsel sağlık sorunu var ise bunun ortaya çıkarılmasını kolaylaştıracak birtakım teknikleri ne sıklıkta uyguladıkları 5'li Likert tipi ölçek kullanılarak soruldu.

(1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=sıklıkla, 5=her zaman)

Muayenedeki uygulama(n)	Ortalama puan	SS	N (%)				
			Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
•Sıcak bir biçimde karşılama(234)	4.50	0.58	125(53.4)	103(44.0)	4(1.71)	2(0.85)	0(0.0)
•Görüşmede mahremiyet sağlama(237)	4.59	0.57	151(63.7)	78(32.9)	7(2.95)	1(0.42)	0(0.0)
•Yakınını dışarı çıkarma(232)	3.84	1.01	75(32.3)	71(30.6)	65(28.0)	17(7.33)	4(1.72)
•Gizlilik konusunda Güvence verme(233)	4.57	0.76	166(71.2)	44(18.9)	15(6.44)	8(3.43)	0(0.0)
•Yüzüne bakma, ilgiyle dinleme(234)	4.61	0.56	153(65.4)	73(31.2)	7(2.99)	1(0.43)	0(0.0)
•Rahatça konuşması için teşvik etme(234)	4.62	0.55	156(66.7)	69(29.5)	9(3.85)	0(0.0)	0(0.0)
•Gerekmedikçe sözünü kesmeme(233)	4.39	0.64	111(47.6)	105(45.1)	15(6.44)	2(0.86)	0(0.0)
•Anlayacağı kelimeler kullanma(232)	4.48	0.58	122(52.6)	101(43.5)	8(3.45)	1(0.43)	0(0.0)
•Yargılamama, yorum yapmama(231)	4.36	0.73	113(48.9)	96(41.6)	17(7.36)	4(1.73)	1(0.43)
•Fizik muayene sırasında mahremiyeti sağlama(222)	4.72	0.64	173(77.9)	43(19.4)	2(0.9)	1(0.45)	3(1.35)
•Genital muayenede hastanın kendi cinsiyetinden sağlık personeli bulundurma(208)	3.77	1.38	88(42.3)	53(25.5)	23(11.1)	20(9.62)	24(11.5)

Tablo 7a. Hekimlerin öykü alma ve muayene sırasında bazı temel kuralları uygulama sıklıklarının ortalamaları ve sıklıklarının dağılımları.

Hekimlerin yarıdan fazlası öykü alma ve muayene sırasında hastaların sıcak bir şekilde karşılanması ve mahremiyet sağlanması, gizliliğin sağlanması, ilgiyle dinleme, rahatça konuşmayı teşvik etme, sözünü kesmeme, anlayacağı kelimeler kullanma, yargılamama ve yorum yapmama gibi ilkeleri her zaman veya sıklıkla uygulamakta olduğunu bildirmekteydi. Bu uygulamaların tamamına yakını 4'ün üzerinde ortalama puana sahipti (Tablo 7a).

Muayenedeki uygulama(n)	Ortalama puan	SS	N (%)				
			Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
•CYBİ için riskli davranışları da kapsayacak şekilde alışkanlıklarını sorma(230)	3.70	1.09	59(25.7)	90(39.1)	43(18.7)	30(13.0)	8(3.48)
•Hangi nedenle gelmiş olursa olsun cinsel sağlığını sorgulama(229)	2.34	1.09	14(6.11)	22(9.61)	40(17.5)	106(46.3)	47(20.5)
•CYBİ risk etmenlerini sayıp sorgulama(226)	2.92	1.16	28(12.4)	36(15.9)	77(34.1)	62(27.0)	24(10.6)
•CYBİ için risk etmeni var ise CYBİ semptomlarını sorgulama(232)	3.75	1.77	72(31.0)	85(36.6)	36(15.5)	25(10.8)	14(6.03)
•CYBİ yakınması veya risk etmeni var ise genital muayene yapma(227)	2.69	1.35	29(12.8)	42(18.5)	39(17.2)	64(28.2)	53(23.3)
•CYBİ tanısı konmuşsa tedavi ve danışmanlık için cinsel eşini de çağırma(216)	3.45	1.19	53(24.5)	64(29.6)	42(19.4)	42(19.4)	15(6.94)

Tablo 7b. Cinsel sağlık sorgulaması sırasında hekimlerin kullandıkları bazı uygulamaların sıklıklarının ortalamaları ve sıklıklarının dağılımları.

CS/ÜS konularında öykü alma ve muayene ile ilgili uygulamalar sorgulandığında ise ortalama puanların oldukça düştüğü gözlenmektedir. Hekimlerin sadece % 6.1 (n=14)'i başvuru hangi sebeple yapılmış olursa olsun her zaman cinsel sağlığa ilişkin sorular sormaktaydı. Cinsel sağlıkla ilgili tanıların konmasında önemli olacak, cinsel sağlığın sorgulanması, risklerin belirlenmesi, genital muayene yapma ve cinsel eşin/lerin sürece katılımının sağlanması gibi uygulamaları ise yetersiz gerçekleştirdikleri gözlenmektedir (Tablo 7b).

Hekimlere CS (cinsel sağlık) ve CYBİ konularında yeterli eğitim alıp almadıkları konusundaki düşünceleri ve bunların tanı – tedavisi için kendilerini yeterli bulup bulmadıkları 5’li Likert ölçeği kullanılarak soruldu.

(1=kesinlikle katılmıyor, 2=katılmıyor, 3=kararsız, 4=katılıyor, 5=tamamen katılıyor)

Durum(n)	Ortalama puan	SS	N (%)				
			Tamamen katılıyor	Katılıyor	Kararsız	Katılmıyor	Kesinlikle katılmıyor
•CS ve CYBİ danışmanlığı için yeterli mezuniyet öncesi eğitim almış olma(237)	2.91	1.16	19(8.0)	68(28.7)	49(20.7)	76(32.1)	25(10.5)
•CS ve CYBİ danışmanlığı için yeterli mezuniyet sonrası eğitim almış olma(229)	2.47	1.16	14(6.1)	39(17.0)	34(14.8)	97(42.4)	45(19.7)
•CS, CYBİ tanısı konusunda yeterli bilgiye sahip olma(235)	3.41	0.91	18(7.7)	106(45.1)	75(31.9)	28(11.9)	8(3.4)
•CS, CYBİ tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip olma(234)	3.47	0.86	19(8.1)	108(46.2)	77(32.9)	26(11.1)	4(1.7)
•Bazı özel durumlar için yeterli bilgiye sahip olmama*(233)	3.60	1.10	43(18.5)	108(46.4)	45(19.3)	20(8.6)	17(7.0)

(*Eşcinsel hastalar, ergen sağlığı, engellilerin cinsel sağlığı vs.)

Tablo 8. Hekimlerin CS ve CYBİ konularında yeterli eğitim alma ve bunların tanı – tedavisi için yeterli bilgiye sahip olup olma durumları konusunda görüşleri.

Hekimlerin mezuniyet öncesi CS ve CYBİ danışmanlığı alma ve CYBİ tanı ve tedavisi ile ilgili yeterlilik durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde; mezuniyet öncesi ve sonrasında alınan eğitimlerini ağırlıklı olarak yetersiz buldukları belirlenmiştir. Tanı ve tedavide ise hekimler kendilerini daha fazla yeterli hissetmektedir. Ancak özel durumlarla ilgili CS/ÜS bilgisine sahip olmak konusunda ise çoğunluğu yeterli bilgiye sahip olmadığını bildirmektedir (Tablo 8).

Hekimlere cinsel öykü alırken hastanın utanacağı konusundaki kaygı durumları ve hastalarının kaygısını giderebilecek iletişim becerilerine sahip olup olmadıkları 5’li Likert ölçeği kullanılarak soruldu.

(1=kesinlikle katılmıyor, 2=katılmıyor, 3=kararsız, 4=katılıyor, 5=tamamen katılıyor)

Durum(n)	Ortalama puan	SS	N (%)				
			Tamamen katılıyor	Katılıyor	Kararsız	Katılmıyor	Kesinlikle katılmıyor
•Cinsel öykü alırken hastaların utanacağını düşünüp kaygılanma(230)	2.95	1.10	8(3.5)	90(39.1)	36(15.7)	76(33.0)	20(8.7)
•Hastaların utanma ve kaygılarını giderebilecek iletişim becerilerine sahip olma(231)	3.63	0.89	28(12.1)	122(52.8)	57(24.7)	17(7.4)	7(3.0)

Tablo 9. Cinsel öykü alınırken hekimlerin hastanın utanacağı konusundaki kaygı durumları ve kaygı giderici iletişim becerilerine sahip olma durumları.

Hekimlerin cinsel öykü alırken hastalarının utanacağı konusunda yarıdan azının kaygılandığı gözlenirken, yarıdan fazlası da bu kaygıları giderecek bilgi ve becerilere sahip olduğunu belirtmektedir (Tablo 9).

Katılımcılara cinsel sağlık ile ilgili öykü alma, tanı ve tedavi süreçlerinde bazı özel durumlardaki tutumları 5’li Likert ölçeği kullanılarak değerlendirildi.

(1=kesinlikle katılmıyor, 2=katılmıyor, 3=kararsız, 4=katılıyor, 5=tamamen katılıyor)

Tutum(n)	Ortalama puan	SS	N (%)				
			Tamamen katılıyor	Katılıyor	Kararsız	Katılmıyor	Kesinlikle katılmıyor
•Genital muayene sırasında odada hastanın cinsiyetinden bir sağlık görevlisinin bulunması uygundur(234)	4.05	0.96	81(34.6)	114(48.7)	18(7.7)	14(6.0)	7(3.0)
•Gerekli durumlarda tanı testi uygulanmadan sendromik yaklaşımla tedavi yapılması uygundur(233)	3.18	0.98	9(3.9)	95(40.8)	74(31.8)	40(17.2)	15(6.4)
•Hastayla tanışıklığının olması cinsel konuları konuşmayı kolaylaştırır(231)	3.09	1.09	18(7.8)	84(36.4)	45(19.5)	71(30.7)	13(5.6)
•Başvuru hangi nedenle yapılmış olursa olsun hekim cinsel öykü almalıdır(234)	2.96	1.06	16(6.8)	62(26.5)	72(30.8)	66(28.2)	18(7.7)
•Sadece oral kontraseptif yazdırmak için gelen bir kişiden cinsel öykü almak uygun olur(231)	2.80	1.09	14(6.1)	53(22.9)	63(27.3)	77(33.3)	24(10.4)
•İleri yaştaki bir kişinin cinsel olarak aktif olmadığını düşünürüm ve cinsel sağlığını sorgulamam(232)	2.52	0.92	5(2.2)	35(15.1)	57(24.6)	115(49.6)	20(8.6)

Tablo 10. Hekimlerin cinsel sağlıkla ilgili öykü alma, tanı ve tedavi süreçlerinde bazı özel durumlardaki tutumları.

Tablo 10’da da görüldüğü üzere, ‘Genital muayene sırasında odada hastanın cinsiyetinden bir sağlık görevlisinin bulunması uygundur’ önermesi en çok puan alan tutumdur. Hekimlerin diğer önermeler konusunda ağırlıklı olarak kararsız kaldıkları izlenmektedir. Sadece doğum kontrolü için başvuran bir hastadan öykü almanın uygun olacağını düşünen hekimlerin oranı %29 (n=67)’du. Başvuru nedeni ne olursa olsun cinsel sağlık öyküsü almak hekimlerin sadece % 33.3 (n=78)’ünün katıldığı bir durumdur. İleri yaştakilerin cinsel sağlık açısından sorgulanmasının gerekli olduğunu düşünenlerin oranı %58.2 (n=135) idi. Tanı testi kullanmadan tedavi uygulanması konusunda hekimlerin üçte biri kararsızken, %23.6 (n=55)’sı bu durumu reddetmektedir.

Katılımcılara hastalardan cinsel öykü alırken engel oluşturabilecek olan bazı durumların bir listesi verildi ve bunlara 1 ile 10 arasında bir puan vermeleri istendi. Her madde için verilen puanların ortalaması alındı.

(1=kesinlikle engel değil, 10=her zaman engel)

Engelleyici durumlar	Ortalama	SS	Ortanca
•Vakit yetersizliği	6.74	3.12	7
•Akıcı Türkçe konuşmaması/ anlamaması	6.65	3.01	8
•Annesinin-yakınının yanında olması	5.78	2.86	5
•Düşük eğitim düzeyi	5.34	2.84	5
•Güçlü dini inançlarının olması	5.05	3.03	5
•Yanlış anlaşılma kaygısı	4.73	3.18	5
•Cinsel eşinin yanında olması	4.29	2.75	5
•İlk ziyaretinin olması	4.10	2.65	4
•Arkadaşım-yakınım olması	4.12	2.79	4
•Eşcinsel erkek olması	4.11	3.04	4
•Eşcinsel kadın olması	3.94	2.97	3
•Hastanın karşı cinsiyetten olması	3.74	2.64	3
•Hastanın utanacağı kaygısı	3.77	2.77	3
•Hastanın bekar olması	3.43	2.62	2
•Hastanın yaşlı olması	3.19	2.05	2
•Hastanın çok genç olması	2.98	2.41	2
•Hastanın boşanmış/dul olması	2.66	2.18	2
•Hekimin utanması	2.38	2.46	1
•Hastanın evli olması	2.18	1.88	1

Tablo 11. Cinsel öykü alırken engel oluşturabilen bazı durumlara hekimlerin verdikleri puanların ortalamaları ve ortancaları.

Hekimler cinsel öykü alırken en çok vakit yetersizliğini engel olarak görmekteydi (6.74 ± 3.12). Bunu hastanın akıcı Türkçe konuşmaması/anlamaması izliyordu (6.65 ± 3.01). Hastanın annesinin/yakınının yanında olması (5.78 ± 2.86) ve hastanın düşük eğitim düzeyine sahip olması da (5.34 ± 2.84) diğer önemli engeller olarak görülmekteydi (Tablo 11).

Engeller kabaca hasta ile ilişkili, durum ile ilişkili ve hekim ile ilişkili olarak ayrılabilir;

HASTA İLE İLİŞKİLİ ENGELLER (%*)

(* İlgili maddeye 5 puan ve üzerinde verenlerin yüzdesi)

- Akıcı Türkçe konuşmaması/ anlamaması (%77.8)
- Eğitim düzeyinin düşük olması (%63.8)
- Güçlü dini inançlarının olması (%59.0)
- Eşcinsel erkek/kadın olması (%45.5/%44.3)
- Karşı cinsiyetten olması (%42.4)
- Çok genç/ yaşlı olması (%26.8/%31.6)
- Bekar, evli veya dul/boşanmış olması (%34.8, %14.4, %22.3)

DURUM İLE İLİŞKİLİ ENGELLER (%*)

- Annesinin/ yakınının yanında bulunması (%73.0)
- Cinsel eşinin yanında bulunması (%51.3)
- İlk ziyaretinin olması (%49.4)
- Hekim ile yakınlığının olması (%46.7)

HEKİM İLE İLİŞKİLİ ENGELLER (%*)

- Vakit yetersizliği/ yoğunluk (%76.6)
- Hastanın başvurusu cinsel sağlığı ile ilgili değilse hekimin konuyu açmasının yanlış anlaşılabilir olma kaygısı (%52.0)
- Hekimin cinsellik ile ilgili konuları konuşurken hastasının utanacağını düşünmesi (%38.3)
- Hekimin cinsellik ile ilgili konuları konuşurken utanıyor/ sıkılıyor olması (%17.8)

Çalışmaya katılan hekimlere cinsel sağlık ile ilgili çeşitli konularda değişik düzeylerde eğitim alma durumları ve bu konularda uygulama yapıp yapmadıkları çoktan seçmeli soru şeklinde soruldu. Hekimin mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası eğitim alma, birden fazla eğitim alma veya kendi kendini eğitmesinin, hekimin hiç eğitimi olmaması durumuna göre uygulama yapma üzerindeki etkileri tahmini rölatif riskler hesaplanarak Tablo 12’de verilmiştir.

Eğitim durumu	Uygulama durumu			
Cinsel yaşam öyküsü almak	n (%)	p	TRR	GA
Eğitimi olmama	49 (21.0)	-	1	-
Birden fazla eğitim alma	18 (7.7)	<0.001	47.8	9.0-254.7
Mezuniyet öncesi eğitim	105 (45.1)	<0.001	11.8	4.8-29.0
Mezuniyet sonrası eğitim	18 (7.7)	0.001	7.5	2.2-25.6
Kendi çabası	43 (18.5)	<0.001	6.3	2.3-17.0
Mutlu ve doyumlul cinsel yaşam danışmanlığı				
Eğitimi olmama	151 (65.1)	-	1	-
Birden fazla eğitim alma	6 (2.6)	0.01	12.0	1.8-78.9
Mezuniyet öncesi eğitim	25 (10.8)	<0.001	13.5	4.3-42.8
Mezuniyet sonrası eğitim	14 (6.0)	<0.001	24.0	6.4-90.6
Kendi çabası	36 (15.5)	<0.001	13.6	4.7-39.2
Cinsel işlev bozukluğu danışmanlığı				
Eğitimi olmama	49 (21.0)	-	1	-
Birden fazla eğitim alma	14 (6.0)	<0.001	20.2	4.5-90.5
Mezuniyet öncesi eğitim	110 (47.2)	<0.001	7.9	2.7-23.6
Mezuniyet sonrası eğitim	19 (8.2)	<0.001	12.5	3.2-48.8
Kendi çabası	41 (17.6)	0.002	6.5	1.9-21.6
CYBİ'lerden korunma, güvenli cinsellik danışmanlığı				
Eğitimi olmama	16 (6.9)	-	1	-
Birden fazla eğitim alma	31 (13.3)	<0.001	129.9	12.3-1369.7
Mezuniyet öncesi eğitim	113 (48.5)	0.001	9.9	2.7-37.2
Mezuniyet sonrası eğitim	31 (13.3)	<0.001	22.5	4.6-109.2
Kendi çabası	42 (18.0)	0.006	7.0	1.7-28.6
CYBİ danışmanlığı için iletişim becerileri				
Eğitimi olmama	84 (36.1)	-	1	-
Birden fazla eğitim alma	17 (7.3)	<0.001	15.8	4.5-55.6
Mezuniyet öncesi eğitim	48 (20.6)	<0.001	8.1	3.6-18.4
Mezuniyet sonrası eğitim	34 (14.6)	<0.001	6.9	2.8-16.9
Kendi çabası	50 (20.7)	<0.001	6.2	2.8-13.8
HIV/AIDS için gönüllü test ve danışmanlık				
Eğitimi olmama	154 (67.0)	-	1	-
Birden fazla eğitim alma	11 (4.8)	<0.001	62.9	10.1-392.8
Mezuniyet öncesi eğitim	33 (14.3)	<0.001	37.7	7.8-181.7
Mezuniyet sonrası eğitim	11 (4.8)	<0.001	43.1	6.7-276.8
Kendi çabası	21 (9.1)	0.001	17.8	3.0-104.3

(TRR=Tahmini rölatif risk (OR,Odds ratio), GA= Güven aralığı)

Tablo 12. Hekimlerin cinsel sağlık ile ilgili çeşitli konularda değişik düzeylerde eğitim alma ve uygulama yapma arasındaki ilişkinin TRR'leri ve güven aralıkları.

Özellikle birden fazla eğitim almış olmanın uygulama yapmayı artırdığı gözlenmektedir. Mezuniyet öncesi eğitimin etkisi cinsel yaşam öyküsü almak, CYBİ danışmanlığı için iletişim becerileri konularında öne çıkarken, mutlu ve doyumlu cinsel yaşam danışmanlığı, CİB danışmanlığı, CYBİ'lerden korunma/güvenli cinsellik danışmanlığı ve HIV/AIDS için gönüllü test ve danışmanlık konularında mezuniyet sonrası eğitimin daha etkili olduğu görülmektedir (Tablo 12).

Hekimlerin yarıya yakını, cinsel yaşam öyküsü almak, cinsel işlev bozuklukları, CYBİ tanı tedavisi, CYBİ'lerden korunma ve güvenli cinsellik konusunda mezuniyet öncesinde eğitim almıştır. Mezuniyet sonrası eğitim alma sıklıkları, hekimlerin kendi çabaları ile cinsel sağlık konularını öğrenmelerinin gerisindedir. Bu noktada mezuniyet sonrası eğitimlerin yetersizliğinden söz edilebilir. En çok eğitim alınmamış konular mutlu cinsel yaşam danışmanlığı, HIV/AIDS için gönüllü test ve danışmanlık ve CYBİ için iletişim becerileridir (Tablo 12).

CYBİ tanı-tedavisi konusunda eğitim durumunun uygulamaya etkisi için tahmini rölatif risk hesaplanamadığından (boş gözler içerdiğinden) bu maddenin çapraz tablosu ayrı olarak verilmiştir (Tablo 13).

Eğitim durumu	Uygulama durumu				Toplam		<i>p</i>
	Yapıyor n	%	Yapmıyor n	%	n	%	
CYBİ tanı-tedavisi							
Eğitimi olmama	-	-	17	100.0	17	100.0	
Birden fazla eğitim alma	27	90.0	3	10.0	30	100.0	
Mezuniyet öncesi eğitim	89	73.6	32	26.4	121	100.0	<i><0.001</i>
Mezuniyet sonrası eğitim	25	92.6	2	7.4	27	100.0	
Kendi çabası	28	80.0	7	20.0	35	100.0	

Tablo 13. Hekimlerin CYBİ tanı-tedavisi konusundaki eğitimlerine göre uygulama yapma durumları.

CYBİ tanı-tedavisi konusunda mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası veya çoklu eğitim almış olma ile hekimin kendi kendini eğitmesi, bu konuda uygulama yapılmasını anlamlı olarak artırmaktaydı ($p<0.001$) (Tablo 13).

Yönlendirme için tercih edilen sağlık birimi	1. tercih		2.tercih		3.tercih	
	n	%	n	%	n	%
Uzman hekim veya 2.-3. basamak sağlık kurumu	194	91.9	161	95.3	85	93.4
AÇSAP	8	3.8	3	1.8	2	2.2
Aile danışma merkezi	2	0.9	2	1.2	3	3.3
Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi	7	3.3	1	0.6	1	1.1
Laboratuvar	0	0.0	2	1.2	0	0.0
Toplam	211	100.0	169	100.0	91	100.0

Tablo 14. CS/ÜS konusunda daha fazla hizmete gereksinimi olduğu durumda hekimlerin hastalarını yönlendirmeyi tercih ettiği sağlık birimlerinin sıralaması.

Hekimlere cinsel sağlığı için daha fazla bilgi isteyen, tanı olanağı ve tedavi gerektiren hastaları nereye yönlendirdiklerini üç tercih olarak belirtmeleri istendi. Bu soru açık uçlu idi ve CYBİ veya CİB ayrımı yapılmamıştı. Uzman hekim veya 2.-3. basamak sağlık kuruluşları sevk için en çok tercih edilen birimlerdir (Tablo 14).

Çalışmaya katılan hekimlere çalıştıkları birimlerde cinsel sağlık ile ilgili eğitim materyallerinden hangilerinin bulunduğu sorularak eğitim materyalinin cinsel öykü almayı etkileyip etkilemediği incelendi.

		Cinsel öykü almak				Toplam		P
		EVET		HAYIR				
		n	%	n	%	n	%	
Poster	Yok	70	44.9	86	55.1	156	100.0	0.001
	Var	54	68.4	25	31.6	79	100.0	
Broşür	Yok	51	38.9	80	61.1	131	100.0	<0.001
	Var	73	70.2	31	29.8	104	100.0	
Maket	Yok	114	50.7	111	49.3	225	100.0	0.002
	Var	10	100.0	-	-	10	100.0	
Kondom	Yok	19	38.0	31	62.0	50	100.0	0.03
	Var	105	56.8	80	43.2	185	100.0	
Kadın kondomu	Yok	103	52.6	93	47.4	196	100.0	1.00
	Var	21	53.8	18	46.2	39	100.0	
Video	Yok	116	52.3	106	47.7	222	100.0	0.58
	Var	8	61.5	5	38.5	13	100.0	

Tablo 15. Sağlık ocağında poster, broşür ve maket kondom, kadın kondomu, video bulunma durumuna göre hekimin ve cinsel öykü alıp almama durumu.

Sağlık ocaklarında poster, broşür, maket ve kondom varlığında istatistiksel olarak anlamlı bulunan bir farkla cinsel öykü alma uygulaması daha fazla yapılmakta idi. Eğitim malzemelerinden kadın kondomu ve videonun bulunması ise cinsel öykü alma üzerine anlamlı etkisi bulunmamıştır (Tablo 15).

Hekimlerden CYBİ ve CİB'lerin erken tanı ve tedavisinin önemi ile ilgili bazı önermeleri 1 ile 10 arasında puanla değerlendirmeleri istendiğinde elde edilen sonuçlar tablo 16'da verilmiştir.

(1=önemli bir neden değildir, 10=çok önemli bir nedendir)

	n	Ortalama	SS
Toplumda başkalarına bulaşıp yayılabilmeleri	235	9.5	1.3
Kişilerin yaşam kalitesini bozabilmeleri	236	9.1	1.7
Konjenital enfeksiyon, preterm doğum, düşük, Dış gebelik gibi sorunlara yol açabilmeleri	234	9.0	1.8
Pelvik enfeksiyon hastalığı gibi ikincil enfeksiyon geliştirebilmeleri	234	8.9	1.7
Başka CYBİ'nin varlığının HIV/AIDS'in bulaşma riskini artırabilmesi	233	8.8	2.2
İnfertilite oluşturabilmeleri	235	8.6	1.9
CİB'lerin depresyon, ateroskleroz, diyabet gibi diğer hastalıkların habercisi olabilmeleri	231	8.3	2.2

Tablo 16. Hekimlerin, CYBİ ve CİB'lerin erken tanı ve tedavisinin neden önemli olduğu konusundaki bazı önermelere verdikleri puanların ortalamaları.

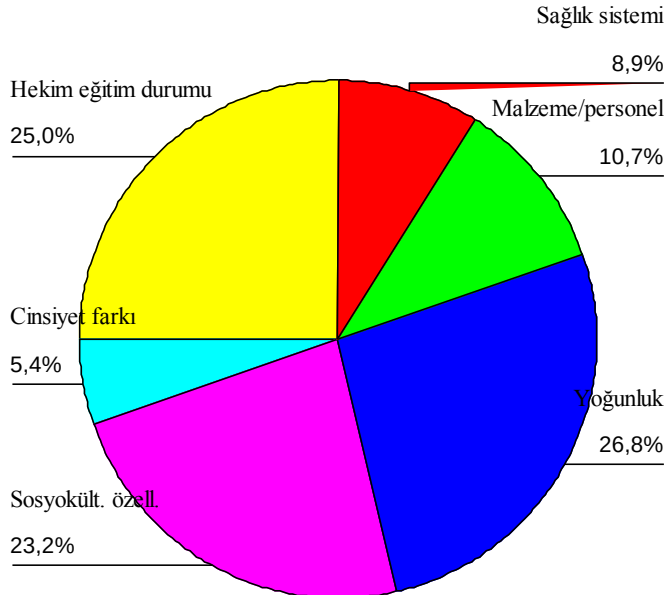
Bu bulgulara göre CS/CYBİ ve CİB'in öneminin farkında oldukları 8 ve üzerinde olan puan ortalamalarından anlaşılmaktadır (Tablo 16).

IV. B. NİTELİKSEL BULGULAR

Çalışma anketinin son bölümünde hekimlerden eklemek istedikleri farklı görüşler, detaylandırmak istedikleri konuları açık uçlu soru ile belirtmeleri istendi. Bu soruya hekimlerin % 22.3 (n=54)'ü yanıt verdi.

Katılımcıların yanıtları incelendiğinde yanıtların/yorumların şu ana başlıklara ayrıldığı görülmektedir:

- A. Sağlık sisteminin işleyişi
- B. Sağlık ocağı koşulları
 - Hasta yoğunluğu
 - Malzeme-personel eksikliği
- C. Hastaların sosyokültürel özellikleri
 - Eğitim düzeyinin düşük olması
 - Aile engeli
- D. Hekim ile hasta arasında cinsiyet farkı
- E. Hekimlerin eğitim durumları
 - Mezuniyet öncesi/sonrası eğitim
 - İletişim becerileri



Şekil 4. CS/ÜS öyküsü alınırken karşılaşılan sorunlar ile ilgili açık uçlu soruya verilen yanıtların ana başlıklara göre dağılımları.

Açık uçlu soruda hekimler en çok hasta yoğunluğu, kendi eğitim durumları ve hastaların sosyokültürel özellikleri ile ilgili yorumlar yaparken, cinsiyet farkı en az değinilen konu idi (Şekil 4).

Verilen yanıtların bazıları aşağıda özetlenmiştir.

A. Sağlık Sisteminin İşleyişi

Çalışmaya katılıp açık uçlu soruya yanıt veren hekimlerin % 8.9'u CS/ÜS'nin geliştirilmesindeki engellerin başında 'sağlık sistemindeki aksaklıkların' olduğunu belirtmiştir;

"Sağlık Ocaklarında ana sorun buraların artık koruyucu sağlık hizmeti değil tedavi edici sağlık hizmeti veren yerlere dönüştürülmeye çalışılması. Türkiye'nin birçok yerinde olduğu gibi bizlerde de günde ortalama 90-100 hastaya tedavi edici sağlık hizmeti sağlamamız dayatılmakta. İnsanlar (içine sağlık çalışanları da dahil) aile hekimliği adı altında adı kulağa hoş gelen, ama uygulaması hem bizler hem insanlarımız için eziyet haline dönüşen bir sistem içine çekilmeye çalışılıyor. ...Dünyada mevcut en iyi sistem olan Sağlık Ocağı sistemine yatırım yaparak buradaki var olan hizmet kalitesini artırmak en akılcı yoldur. Ancak bu koşulla sağlıklı bir toplum oluşturmak mümkündür."(36,e)

"Sağlık Bakanlığımız toplumun cinsel sağlığını ve mutluluğunu sorgulayan bir eğilime girmez."(37,e)

"Ülkemizde sağlık sisteminin düzgün işlememesi, hekimlerin uygun şartlarda çalışmaması CYBİ ve cinsel yaşamla ilgili tanı ve tedaviyi uygulamasına engel olmaktadır. Toplumun eğitimsizliği ve zaman yetersizliği nedeniyle hekimler dışında kitle iletişim araçları da toplumun eğitiminde çok önemli."(35,k)

B. Sağlık Ocağı Koşulları

Açık uçlu soruya verilen yanıtlardan çoğu sağlık ocağındaki koşullar ile ilgiliydi. Soru formunda kapalı uçlu sorulara verilen yanıtların bulgularına paralel olarak yeterli CS/ÜS hizmetlerinin sunumuna engellerin başında yoğunluk, hasta sayısının fazla olması gelmektedir (% 26.8);

“Anlaşıldığı üzere hasta yoğunluğu sebebiyle (bazen günde 200 hasta bakılıyor ya da baktığımızı zannediyoruz) o anki şikayetleri dışında hiçbir anamnez alamıyoruz (almak da aklımıza gelmiyor). Bu konularla ilgili şikayeti olan hastayı sevk etmeyi uygun buluyoruz.”(42,k)

“Günde 70 ± 10 hasta bakıyorum. Bu ortamda CYBİ sorgulamak çok zor. Dürüst cevaplar vermeye çalıştım, ama ne kadar olduğunu bilemiyorum.”(49,e)

“En büyük sorunumuz zaman yetersizliği.”(36,k)

“Bir günde yaklaşık 200 hasta bakılan bir sağlık ocağında çalışıyorum. Bir hastaya ortalama 5 dakika ayırabiliyorum. Bu kısa sürede hastanın cinsel problemlerini sorgulamak çok ama çok zor. Ama imkanlarım dahilinde elimden geleni yapmaya gayret gösteriyorum.”(24,k)

“CYBİ’ler ve cinsel işlev bozukluğu için 1. basamakta ayrı poliklinikler açılmasının uygun olacağını düşünüyorum. Aksi takdirde yeterince zamanımız olmuyor.”(39,k)

Malzeme, personel eksikliği de birçok hekim için CS/ÜS konusunda hizmet verilememesinin sebeplerindendi (%10.7);

“Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tanısı için yeterli laboratuvar koşulları mevcut değil.”(28,e)

“Bulunduğum sağlık ocağında 2 aydır çalışıyorum. ...hasta yoğunluğu çok fazla. Servikal smear, RİA hizmeti için donanımlı bir yer değil. Sadece elimizde bulunduğu sürece kondom verebiliyoruz. CYBİ konusunda danışmanlığımız yok denecek kadar az.”(25,k)

“Bu konuda çalışan Dr. dışında ara kademe teknik danışman personel olması birçok sorunu aşar.”(35,e)

“Muayene odalarının cinsel sağlık/ genital muayene açısından imkanlarının olmaması, yeterli yardımcı personel ve uygun zamanın olmaması...”(29,e)

C. Hastaların Sosyokültürel Özellikleri

Hastaların eğitim düzeyinin düşük olması, aile engeli, cinselliğin tabu olarak görülmesi de hekimler tarafından CS/ÜS hizmeti sunumunda engel olarak tanımlanmaktaydı (% 23.2);

“İlgili kuruluşlara gidişlerde ailesel sorunlarla karşılaşması, eşin veya aile fertlerinin karşı çıkması...” (53,e)

“Hastaların sosyokültürel düzeyi düşünülerek cinsel yaşam öyküsü almak çok zor. Çok nadir olarak başvurduğumuz bir uygulama. Elbette ki CYBİ erken tanı ve tedavisi çok önemli ama köyümüzde tetanos aşısının kısırlık yaptığını düşünen ve bu yüzden aşığı kabul etmeyen zihniyetler varken cinsel yaşam öyküsü almak inanılmaz zor görünüyor.”(26,k)

“Cinselliğin tabu olarak görülmesi, hastaların bu konudaki şikayetlerini hekimlere iletmelerini engelliyor. Zaman sorunu nedeniyle bizler de cinsel yaşam ve şikayetleri sorgulayamıyoruz.”(38,k)

“CYBİ’lerin çok büyük kısmı erkek hastalarda ve hayat kadınlarından kapılıyor. Eşlerinden çekindikleri için tedaviyi geciktiriyorlar, bir süre sonra eşlere de bulaşma görülebiliyor”(31,e)

“Bilgisizlik, töre ve dini inanışlar. Muhafazakar ailelerde farklı nedenler. Konuyu saklama, toplumsal dışavurum. Encest ilişkiler sorunu. Sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerde farklı nedenle farklı ülkelere kaçma ya da arama sıklaştı.”(54,e)

“Cinselliğin tabu değil doğal bir yaşam faaliyeti olduğu öğretilmeli.”(33,e)

D. Hekim ile Hasta Arasında Cinsiyet Farkı

Hekim ile hasta arasında cinsiyet farkı hekimlerin azı tarafından sorun olarak algılanmaktaydı (% 5.4);

“Türkiye’de kadın hastaların çoğu erkek doktor istemiyor.”(32,e)

“Genital muayeneyi sadece erkek hastalara uygulayabiliyorum. Bayan hastalara, verdikleri hikaye doğrultusunda olabildiğince yardımcı olmaya çalışıyorum. Yetmediği durumlarda sevk ediyor ya da yönlendiriyorum. Sonuçta erkek hastalar daha rahatlar. Ancak belirtmeliyim ki bizim hasta nüfusumuzun tahminimce beşte dördünü kırsal kesimden insanlar oluşturuyor. Öyle umuyorum ki, eğitim düzeyi yükseldikçe, bu gibi problemler yavaş yavaş düzelecektir.”(25,e)

“Erkek hastalar bir başka erkeğin yanında (doktor haricinde) çok fazla sıkılırlar. Anamnez vermezler, muayene ettirmezler. Bu nedenle kadın hastayı muayene ederken kadın bir sağlık personeli mutlaka odada bulundururum, ancak erkek hastalar için tam tersi geçerli”.(44,e)

E. Hekimlerin Eğitim Durumları

CS/ÜS konusundaki eğitimlerinin yetersiz olduğu ve bu eksiğin tamamlanması gerektiği birçok hekim tarafından değinilen bir konuydu (%25);

“İstanbul merkez denilebilecek bir sağlık ocağında çalışıyorum. Yeni mezunum belki bu nedenle verdiğim hizmetten zaten genel anlamda memnun değilim. CYBİ ve cinsel işlev sorunları ile ilgili hastalara pek hizmet veremiyorum. Çalışmaya başlayınca hayal kırıklığına uğradım”.(24,k)

“ CYBİ nedeniyle başvuruları tedaviye alabiliyorum veya yönlendiriyorum. Ancak cinsel işlev bozukluğu için gerekli eğitimim yok ve yönlendirebildiğim yerler merkeze uzak olduğu için hastaları ikna edemiyorum.”(39,k)

“Danışmanlık eğitimi almak isterim”.(26,e)

“Mezuniyet öncesi eğitim 1. basamağa yönelik pek olmadığı için 1. basamakta pek yardımcı olamıyorum. Daha çok hastaları sevk ediyoruz.”(24,k)

“Bu konu hakkında tekrar eğitim alıp bilgimizi güncellemek isterim”(33,k)

“Doktor hastasına tam bir güven vermezse cinsel sağlık sorgulaması yapamaz.”(53,e)

“Biraz mezuniyet sonrası eğitimde önem verilebilir. Biraz da kendi eğitimlerimizi kendimiz gerçekleştirebiliriz.”(30,e)

“Mezuniyet sonrası aldığım “Aile planlaması danışmanlığı” eğitimin mesleki uygulamalarımın her türüne bana katkıları olduğuna inanıyorum. Bu tip eğitimlere daha çok katılabilmeyi isterdim. Çok yoğun poliklinik ortamında çalışmak zorunda olsam da, birinci basamak hizmeti veriyor olmam nedeniyle daha çok vaka yakalayabileceğimi ve doğru yönlendirebileceğimi düşünüyorum”.(40,k)

BÖLÜM V

V. TARTIŞMA

Hekimlerin hastalarıyla cinsel sağlık sorunlarını konuşurken karşılaştıkları engelleri inceleyen, hekim – hasta iletişimini araştıran pek az çalışma vardır. Oysa bu bilgi birinci basamak sağlık birimlerinde cinsel sağlık hizmetlerinin geliştirilebilmesi için son derece önemlidir. Elimizdeki kısıtlı veriler bu konunun sorunlu bir alan olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada hekimlerin cinsel sağlığı sorgulaması konusundaki engelleri gerçekçi ve güvenilir şekilde ortaya koyabilmek amacıyla yanıt oranının yüksek tutulması için çaba gösterildi. Posta yoluyla yapılan bir anket çalışması için % 72.2 (n=242) olan yanıtlanma oranı ve hedeflenen örneklem grubunun %84.9 (n=242)'una ulaşılmış olması çalışma sonuçlarının geçerliliğini artırmaktadır. Galler'de 600 pratisyen hekim ile posta yoluyla yapılan anketlerde yanıt oranının artırılmasına yönelik yürütülen bir çalışmada % 67.6'lık bir yanıt oranına ulaşılabilmektedir (39). Belçika'da hekimlerin hastalarıyla cinsel sağlık sorunlarını konuşurken karşılaştıkları engelleri araştıran ve benzer yöntemle yapılan bir çalışmada yanıt oranı ise % 68 idi (4). Bahsedilen çalışmaya katılmama sebebi olarak en çok 'vakit yetersizliği' ve 'konuyla ilgilenmeme' gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda, önceden çalışmaya katılmayı kabul edip vaktinde geri göndermeyen % 21.5 (n=20)'lik grup hariç tutulursa, katılmama nedenlerinin başında benzer olarak 'çalışmaya katılmak istememe' (% 52.7, n=49), ve 'yoğunluk' (%12.9, n=12) vardı (Şekil 2). Yanıt oranları ne olursa olsun, yapılan çalışmalar, birinci basamak sağlık birimlerindeki hekimlerin cinsel sağlığın geliştirilmesindeki önemli rollerinin farkında olmadıklarını ya da bunu benimsemediklerini ortaya koymaktadır (4, 5, 40). Bu nedenle sağlık çalışanlarının konuyla ilgili duyarlılıklarının ve farkındalıklarının artırılması, engellerin tespit edilip uygun çözümler üretilmesi kadar önemlidir. Yürütülen bu çalışmada araştırmacı, bir miktar da olsa bu hedefe ulaştığını görmüştür; çalışmaya katılma konusunda önce çekimser kalan, fakat sonra katılmayı kabul eden 32 yaşında bir kadın doktor ile bir telefon görüşmesi:

“Dr. Hanım kusura bakmayın, çok yoğun çalıştığım için anketi henüz bitiremedim, ancak şöyle bir baktım sorulara, çok güzel gerçekten. Biz bunları hiç sormuyoruz, sormak lazım aslında. Bu sorular bende bir şey yarattı, nasıl desem?”

“Farkındalık mı?”

“Evet, evet!”

Çalışmanın çarpıcı bulgularından biri, sağlık ocaklarındaki yoğun hasta yükünü göstermesidir. Sağlık hizmeti sunumunda hastanın muayene edilebilmesi için hekime yeterli sürenin sağlanması son derece önemlidir. Dünya Tabipleri Birliği ve Türk Tabipleri Birliği tarafından sağlık hizmetinin nitelikli sunumu ve iyi hekimlik için hasta başına ayrılması gereken sürenin en az 20 dakika olması gerektiği belirtilmektedir (41). Avrupa Birliği ülkelerinde de bu kurala uyulmaktadır. Ülkemizde ise birçok nedenden dolayı bu süre önerilenin çok altındadır (41). Bu çalışmada hekimlerin sadece % 8 (n=19)'i hasta başına 10 dakikadan fazla vakit ayırdığını belirtmiştir. Hekimlerin % 74.9 (176)'u günde 50'den fazla hasta bakmaktaydı. Hastaya ayrılan süre ile hasta sayısı arasında istatistiksel olarak önemli bulunan negatif bir korelasyon bulunmuştur.

Çalışmamızda hekimlerin medeni durumları, mesleki deneyim süreleri, önceki hekimlik deneyimlerinin cinsel öykü alma üzerine etkisinin bulunmadığının saptanmış olması, konuyla ilgili diğer faktörleri değerlendirmeyi kolaylaştırmaktadır.

On dokuzuncu yy.dan 1930'lu yıllardaki feminist hareketlere kadar cinsellik bir tabu olarak görülmekte, cinsel istek maskelenmekte ve sapkınlık olarak kabul edilmekteydi (42). Günümüzde de toplumun cinsellik konusunda ikilemci bir tutumu vardır. Medya, internet, eğlence dünyası ve günlük hayatta cinsellik özgürce konuşulurken, konu birçok kişi tarafından, ki bunlara sağlık çalışanları da dahil, hala bir tabu olarak görülmektedir (4, 7). Çalışmada hastanın cinsel sağlığı ile ilgili bir şikayeti olsa bile cinsel sağlığına ilişkin soru sormayacağını belirten hekimler belki bu şekilde açıklanabilir.

Hastanın cinsel sağlığı ile ilgili şikayeti olmadığı durumlarda hekimlerin sadece % 8 (n=19)'i cinsel sağlığı da sorguluyordu (Tablo 2). Bu ise cinsel sağlığın geliştirilmesinde birinci basamak sağlık birimlerinin öneminin sağlık ocağı hekimleri tarafından tam olarak benimsenmediğini ve/veya konuyla ilgili birçok engel olduğunu düşündürmektedir. Bu durum başka ülkelerde de pek farklı değildir; Londra'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde CİB prevalansı, özellikleri ve hekimlerin CİB tanısı koyma becerisini araştıran bir çalışmada, genel pratisyene başvuran 170 hastadan erkeklerin % 35'i, kadınların % 42'si herhangi bir CİB varlığı belirtmiştir. Bu hastaların % 70'i bu konuyu konuşmak için uygun kişinin pratisyen hekim olduğunu düşünmüştür. Ancak çalışma sonunda pratisyen hekimlerden sadece % 2'sinin hastaları ile cinsel sağlık konusunu konuştuğu ortaya çıkmıştır (29). İsviçre'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimlerin cinselliği konuşması ve HIV'in önlenmesi konusundaki çabalarını inceleyen bir çalışmada hekimlerin özellikle 'olağan' durumlar için gelen hastalardan rutin olarak cinsel öykü almadıkları ortaya konmuştur (43).

Çalışmamızda cinsel sağlık ile ilgili sorunu olmayan hastalarda yine de cinsel öyküye yer ayıran hekimlerin (katılımcıların % 8'i) konuya ayırdıkları süre ortalama 3.21 ± 3.3 (1-15; medyan=3.0) dakika idi. Cinsel sağlık ile ilgili sorun olduğunda ise hekimlerin cinsel öykü için ayırdıkları ortalama süre 5.06 ± 5.0 (1-60; medyan=5.0) dakika idi. Bu süre 'hiç olmamasından' daha iyi olsa bile nitelikli bir cinsel sağlık hizmeti için yeterli değildir. Çalışma bulgularına göre cinsel sağlık konusuna az vakit ayırmanın esas nedeni 'vakit yetersizliği' olarak yorumlanabilir (Tablo 11). Ancak hekimlerin CS/ÜS konusundaki eğitimlerinin yetersiz olması da hekimlerin bu konuyu 'geçıştirmelerine' neden olmuş da olabilir.

Mesleki uygulamaları sırasında CYBİ tanısı koyduğunu belirten hekimlerin oranı % 78.4 (n=189) iken, CİB tanısı koyduğunu belirtenlerin oranı % 49 (n=118) idi. Doğal olarak bu yüzdeler, hasta muayenesinde rutin olarak cinsel öykü alınıyor olsaydı daha da yüksek olacaktı. Ancak ne yazık ki hastalarla cinsel sağlık konularının konuşulmasının genellikle zor olduğu düşünölmekte ve verilen cinsel sağlık hizmeti de genellikle yetersiz olmaktadır. Oysa son yıllarda CYBİ'ler ayrıca önem kazanmıştır, çünkü klamidyaya ve HIV gibi asemptomatik olabilen infeksiyonların görölme sıklığı artmıştır ve bu hastalıkların saptanabilmesi için hekimin özel iletişim becerilerine ve duyarlılığa sahip olması gerekmektedir (4). Günümüzde herpes, hepatit ve genital siğiller gibi henüz kesin tedavisi olmayan infeksiyonlar da önem kazanmıştır. Bunların da bulaşının engellenmesi için hekimin kişileri bilinçlendirmesi, korunma yollarını anlatması, kısaca eğitim ve danışmanlık vermesi son derece önemlidir. Toplumda CİB'lerin prevalansının yüksek olması ise bu konunun da pratisyen hekimler tarafından mutlaka ele alınmasını gerektirmektedir. İngiltere'de birinci basamak sağlık birimlerinde CİB prevalansının araştırıldığı bir çalışmada erkeklerin % 35'inde, kadınların % 42'sinde herhangi bir CİB'e rastlandığı, fakat bunun hekimler tarafından yeterince önemsenmediği bildirilmektedir (29).

Çalışmada hem CYBİ tanısında hem de CİB tanısında en sık başvuru alan yöntem 'öykü alma' idi. Bunu 'fizik muayene' ve 'tanı testleri' izlemekteydi (Tablo 3 ve 4). İnfeksiyonların tanı ve tedavisine günümüzde yalnızca şikayet ve semptomlarla gidilmemekte, ileri teknoloji ve laboratuvar yöntemleri kullanılmaktadır, ancak özellikle semptomsuz hastalarda bunların tespit edilebilmesi için hekimin, hastanın cinsel sağlığı ile ilgili şikayeti olmasa bile, en azından konuyu açıp risk faktörlerini değerlendirebilmesi gerekmekte, başka bir deyişle dikkatli bir cinsel öykü almalıdır. Ancak öykünün yanında fizik muayene de doğru tanıya gidilmesi için önemli bir araçtır ve ihmal edilmemelidir. Tanı testleri birinci basamak sağlık birimlerinde yeterince uygulanamamaktadır, çünkü bu testler

malzeme, deneyimli personel gerektirmektedir ve ek maliyetleri vardır. Bu nedenle gerektiği durumlarda öykü ve fizik muayene bulgularına göre ‘sendromik yaklaşımla’ tanı konması ve tedavinin düzenlenmesi Dünya Sağlık Örgütü tarafından da önerilmektedir (44).

Cinsel sağlık söz konusu olduğunda hekimler sıklıkla hastalarının utanacağını düşünüp kaygılanmaktadır (45). Ancak bu bazen gereksiz bir önyargıdır ve hastanın gerçek düşünceleriyle örtüşmeyebilir. Bu çalışmada hekimlerin % 56.6 (n=103)’sı erkek hastalarının her zaman veya sıklıkla utandıklarını ifade ederken, bu oran kadın hastalar için % 53.8 (n=97) idi (Tablo 5). Belçika’da yapılan çalışmada benzer sonuçlar edilmiştir; hekimlerin %43’ü cinsel öykü sırasında erkek hastalarının sıklıkla utandığını belirtirken, bu oran kadın hastalar için % 39.5 idi (4). Bununla birlikte yapılan bazı çalışmalara göre hastaların birçoğu cinsel sağlık ile ilgili soruları bir şekilde utandırıcı bulsa bile bunları hekimin sormasını gerekli görmektedir (4). Türkiye’de 2006’da yapılan Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması’nda CS/ÜS hizmeti almak için hekime gittiklerinde kişilerin beklentilerinin ilk soruyu hekimin sorması, konuyu hekimin açması yönünde olduğu gösterilmiştir (2).

Hekimlerin % 75.5’i hastalarından cinsel öykü alırken hiçbir zaman utanmadıklarını belirtmiştir (Tablo 5). Utanma durumu hekimlerin cinsiyetine göre ayrı ayrı incelendiğinde, kadın ve erkek hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0.243$, Tablo 5b). Ancak çalışmanın bu sorusunu hekimlerin % 38’i boş bırakmıştı. Katılımcıların cinsel öykü sırasında ne sıklıkta utandıkları sorusunu boş bırakmaları hiç utanmamalarından ya da her zaman utanmalarından ve bunu kendilerine bile itiraf etmeye çekinmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Yine de sonuçlar başka çalışmalar ile örtüşmektedir. Benzer olarak yapılan başka bir çalışmada hekimlerin % 18.3’ü cinsel öykü alırken kendilerini rahat hissetmediklerini ifade etmiştir (4). Bu çalışmada ise hekimlerin % 22.5 (n=34)’i bazen veya nadiren utanmakta idi.

Yürüttüğümüz bu çalışmada İstanbul’daki sağlık ocaklarındaki hekimlerin CS/ÜS ile ilgili hizmetler arasında en çok ‘doğurganlığın düzenlenmesi’ ile ilgili hizmetlere yer verdikleri görülmüştür. Bu şaşırtıcı değildir, çünkü ‘doğurganlığın düzenlenmesi’ konusu hem hekim hem de hasta için konuşulması daha ‘kolay, tabu olmayan’ konulardır. Ayrıca Türkiye’de uzun yıllardır birinci basamaktaki sağlık çalışanlarına aile planlaması konularında beceri eğitimlerinin veriliyor olması da sebepler arasındadır. Bu durum çoğu ülkede benzerdir; örneğin Kanada’da birinci basamak sağlık birimlerinde cinsel risklerin değerlendirilmesinde hekimlerin rolünün araştırıldığı bir çalışmada hekimlerin CS/ÜS konusunda en çok değindikleri başlığın ‘kontrasepsiyon’ konusu olduğu bildirilmiştir (45). Ancak çalışmamızda en sık uygulandığı saptanan CS/ÜS hizmeti bile ortalama olarak

ayda 2–4 kez verilmekteydi. Haftada en az 1-2 kez ‘doğum kontrolü danışmanlığı’ ve ‘kondom kullanma danışmanlığı’ yapan hekimlerin oranı sırası ile % 45.8 (n=104) ve % 30.2 (n=65) idi (Tablo 6).

Kişinin yaşına, cinsiyetine, medeni durumuna veya geliş nedenine bakılmaksızın her hasta muayenesinde cinsel öykünün de alınması önemine değinen birçok çalışma vardır (21, 45-48). Çalışmamızda ‘cinsel öykü alma’ ikinci en sık uygulanan CS/ÜS ilişkili hizmet olmasına rağmen her gün cinsel öykü aldığını belirtenlerin oranı sadece % 11.1 (n=25), haftada en az 1-2 kez cinsel öykü alanların oranı ise % 16.4 (n=37) olarak saptanmıştır (Tablo7). Bu bulgu, cinsel sağlık konusunun daha çok hastanın inisiyatifine bırakıldığını göstermekte ve daha önce de belirtilen, hastaların ‘cinsel sağlık konusunu önce hekim açmalı’ düşüncesi ile çelişmektedir.

Uygulanan CS/ÜS hizmetleri arasında üçüncü sırayı alan CYBİ tanı tedavisi hekimlerin % 8’i (n=18) tarafından her gün, % 14.7 (n=33)’si tarafından haftada en az 1-2 kez yapılmaktaydı (Tablo 6). Avustralya’da birinci basamakta cinsel öykü alma davranışını inceleyen bir çalışmada hekimlerin % 2’sinin her gün, % 17’sinin haftada en az bir kez CYBİ tanı ve tedavisi yaptığı bildirilmiştir (47).

‘Mutlu ve güvenli cinsellik danışmanlığı’ ile ‘servikal yayma’ en az sunulan hizmetlerdi. Bunları haftada en az 1-2 kez uygulayan hekimlerin oranı sırası ile % 8.4 (n=18) ve % 1.5 (n=3) idi (Tablo 6). Servikal yaymanın neredeyse hiç yapılmaması sağlık ocağındaki malzeme yetersizliği nedeniyle açıklanması güçtür. Mutlu ve güvenli cinsellik için danışmanlığın çok az yapılmasının ise çeşitli nedenleri olabilir. Bunların başında hekim başına düşen hasta sayısının çok yoğun olması, hekimin bu konu hakkında konuşmaya çekinmesi veya konuyla ilgili eğitiminin yetersiz olması sayılabilir.

Verhoeven ve ark.’nın yaptığı çalışmada rutin olarak haftada en az 1 – 2 kez yapılan cinsel sağlık uygulamaları arasında en çok ‘kontrasepsiyon için danışmanlık’ hizmeti yer alırken (% 79.5), bunu ‘servikal yayma’ (%68.8), ‘güvenli cinsellik danışmanlığı’ (%39.3), ‘CYBİ danışmanlığı’ (%24) ve ‘cinsel öykü alma’ (% 12.3) izlemekteydi (4). İngiltere’de birinci basamak sağlık birimlerinde cinsel sağlığın konuşulmasındaki engellerin tartışıldığı niteliksel bir araştırmada hekimlerin çoğu sağlık hizmetinde birçok başka önceliğin olduğundan bahsetmiştir. Aynı çalışmada hekimler cinsel sağlık yönetiminde önceliklerin CYBİ’lerin önlenmesi ve tedavisi ile doğum kontrolü danışmanlığı ve servikal yayma olması gerektiğini belirtmiştir. CİB’ler ise çok az önemsenmekteydi (5). Görüldüğü üzere birinci basamak sağlık birimlerinde CS/ÜS kapsamında öncelikler farklılık göstermekle birlikte, hekimler daha çok doğum kontrolü danışmanlığına odaklanmıştır. Bunun en basit açıklaması

ise geçmiş yıllarda tüm dünyada yürütülen ve doğurganlığın düzenlenmesini hedefleyen üreme sağlığı politikalarının etkilerinin devam etmesidir. Başka bir neden ise ‘üreme’ konusunun toplum tarafından daha kabul edilebilir olması ve görece kolay konuşulmasıdır.

Tüm tanı tedavi protokollerinde olduğu gibi CS/ÜS hizmetlerinde de belli bir standart olmalıdır. Bunun için yol gösterici birçok akış şeması geliştirilmiştir. Yapılan birçok çalışma ile sendrom yaklaşımı ve akış şemalarının kullanımı ile birçok CYBİ’nin insidansının azaltıldığı gösterilmiştir (11). Konuya çok hakim olunmasa bile akış şemalarıyla yol almak mümkündür. Bu çalışmada hekimlerin % 80.6 (n=191)’sı herhangi bir akış şeması kullanmadığını ifade etmiştir. Oysa katılımcıların sadece % 54.3 (n=127)’ü cinsel sağlık, CYBİ tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip olduğuna inanmaktaydı (Tablo 8). Doğal olarak kendini yetkin hissetmeyen hekim hastasını başka bir yere yönlendirecek veya konu geçirilecektir. Elinde bir akış şeması bulunup da kullanmayan hekimlerin öne sürdüğü başlıca neden akış şemasının uygulanmasının uzun bulunmasıydı (Şekil 3).

CS/ÜS sağlığı söz konusu olduğunda araştırılması gereken başka bir nokta hekim-hasta iletişimidir. Çalışmaya katılan hekimlere muayene sırasında iletişim ile ilgili bazı genel tutumları soruldu. Bu genel tutumlar, hasta ile iletişimin kilit noktalarını oluşturmakta olup muayenenin tüm gidişatını belirlemektedir (8, 34, 49). Hekimin tavır ve tutumlarına göre hasta hekime tümüyle açılabilir veya kendini kapatabilir. Bu çalışmada hekimlerin sıklıkla öykü alma ve muayene sırasında hastalarını sıcak bir şekilde karşıladıkları, mahremiyetin ve gizliliğin sağlanması konusunda güvence verdikleri, hastalarını ilgiyle, yargılamadan dinledikleri, hastanın anlayacağı kelimeleri seçmeye çalıştıkları görülmektedir (Tablo 7a). Ancak cinsel sağlık ile ilgili tanıları koymaya yardımcı olacak olan cinsel sağlığın sorgulanması, risk etmenlerinin belirlenmesi, genital muayene yapma, CYBİ tanısı konmuşsa cinsel eş/eşlerin de tedaviye çağırılması gibi davranışların daha az uygulandığı görüldü (Tablo 7b).

Başvuru sebebi ne olursa olsun her zaman hastasının cinsel sağlığını sorguladığını belirten hekimlerin oranı sadece % 6.11 (n=14) idi ve bu, her zaman veya sıklıkla yapıldığı belirtilen uygulamalar arasında en az orana sahip olundu (Tablo 7b). Oysa birçok durumda hastanın açık bir şikayeti olmasa da cinsel sağlık ile ilgili bir sorunun varlığı mümkündür (34). Bunların başında daha önce de bahsettiğimiz asemptomatik infeksiyonlar gelmektedir (11). Yaşlı insanlarda semptomların fark edilmesi ile klinik belirtilerin ortaya çıkması genç hastalara göre daha uzun sürebilir (50). Farklı olarak birçok hastalık veya ilaç cinsel sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (51). Yapılan çalışmalarda tip 2 diyabetli kadınlarda, diyabet olmayan kadınlara göre vajinal kuruluk 2 kat daha sıklıkta görülmektedir. Ayrıca bu

kadınlarda genel popölasyona göre cinsel istekte azalma ve ağırlı ilişki daha sıktır (42). Ancak İsveç'te tip 2 diyabet tanısı almış 33 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınların cinsel sağlık sorunlarının çözümü için pratisyen hekimlerden yeterince fayda görmediği, bunun sebepleri arasında hekimin konuyu açmaması, hekimin hastaya yeterince güven vermemesi, sağlık kuruluşunda uygun koşulların olmaması, mahremiyetin yeterince sağlanmaması ve zaman kısıtlılığı olduğu belirtilmekteydi (42).

Çalışmanın ana amaçlarından biri olan cinsel sağlığın sorgulanması konusundaki engeller incelendiğinde vakit yetersizliği ve hastanın akıcı Türkçe konuşmaması – anlamaması en büyük engeller olarak karşımıza çıkmaktaydı (Tablo 11). Hastanın annesinin – yakınının yanında olması, hastanın düşük eğitim düzeyine sahip olması ve hastanın güçlü dini inançlarının olması ise bunu izleyen nedenlerdi. Belçika'da ve New Mexico'da yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara varılmıştır. Bu çalışmalarda da dil sorunu, vakit yetersizliği, hastanın yanında annesinin varlığı en önemli engellerdendi (4, 6). Avustralya'da benzer bir çalışmada başlıca engeller üçüncü bir kişinin varlığı, dil sorunları, hastanın ilk ziyaretinin olması olarak ifade edilmiştir (47). Türkiye'de doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanmayı etkileyebilecek algılamalar ile sağlık davranışlarını araştıran bir çalışmada, kadınların birçoğunun hekime ancak annesi veya kayınvalidesiyle gidebildiği saptanmıştır (52). Bu bulgu hastanın annesinin – yakınının yanında bulunması engeli ile doğrudan ilişkilidir.

Hekimin hastasına karşı önyargısız olması, tarafsız davranması tıp etiği kurallarının başında yer almaktadır. Eşcinsel hastalar için de bu kural geçerlidir. Ancak yaptığımız çalışmada hastanın eşcinsel olması hekimlerin yaklaşık yarısı tarafından CS/ÜS konularının konuşulması için bir engel olarak kabul edilmekteydi. Bazı çalışmalarda hekimlerin bu konuyu engel olarak görmediği bildirilse de İngiltere'de yapılan bir çalışmada hekimlerin neredeyse yarısının eşcinsel hastalarla cinsel sağlığı konuşmayı engel olarak gördüğü bildirilmiştir. Bahsedilen çalışmada az da olsa homofobik hekimlerin mevcut olduğundan bahsedilmiştir (53). Amerika'da yapılan bir çalışmada hekimlerin % 44'ü eşcinsel hastalardan öykü alırken rahatsızlık hissetmektedir (54). Türkiye'de durumun saptanması için başka çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Hastanın karşı cinsiyetten olması 3.74 ortalama puan ile engeller arasında alt sıralarda yer almaktadır (Tablo 11). Ancak hekimlerin % 42.4'ünün bu engele 5 ve üzerinde puan vermesi konunun küçümsenmemesi gerektiğini göstermektedir. Cinsiyet farkının cinsel öykü almada engel oluşturması gelişmiş ülkelerde de sorun teşkil etmektedir. Örneğin Amerika'da 2005 yılında yapılan ve hekimlerin cinsiyetinin cinsel öykü alma üzerine etkisini araştıran

çalışmanın sonuçlarına da göre hekimler karşı cinsiyetteki hastalardan cinsel öykü alırken kendilerini rahatsız hissetmektedirler (54).

Tıp fakültesini bitirmiş bir hekimin nitelikli sağlık hizmeti vermesi kişilik özellikleri, meslek etik kurallarına saygısı ile ilişkilidir. Ancak özellikle cinsel sağlık söz konusu olduğunda iletişim becerileri genellikle kendiliğinden gelişmez. Bununla birlikte bu beceri öğrenilebilir ve geliştirilebilir. Bu çalışmada hekimlerin CS/ÜS ile ilgili belli konularda eğitim alma durumları ve bunları uygulayıp uygulamadıkları sorgulandı. Hekimlerin yarıya yakını cinsel öykü alma, CİB danışmanlığı, CYBİ tanı ve tedavisi ve CYBİ'lerden korunma ve güvenli cinsellik konularında mezuniyet öncesi eğitim aldığını belirtti. Mutlu cinsel yaşam danışmanlığı, HIV/ AIDS için gönüllü test ve danışmanlık ve CYBİ danışmanlığı için iletişim becerileri ise mezuniyet öncesi eğitimde en az edinildi (Tablo 12). Yukarıda bahsedilen tüm başlıklarda herhangi bir eğitim almış olmak (mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası, kendi kendine, birden fazla) o konuyla ilgili uygulama yapma durumunu anlamlı derecede artırmaktaydı (Tablo 12). Özellikle birden fazla eğitim almış olmanın uygulamayı artırmadaki etkisi sürekli mesleki eğitimin önemini göstermektedir. Ancak hekimin kendi çabası ile öğrenmesi, tüm başlıklarda mezuniyet sonrası eğitimin önüne geçmekteydi. Bu da mezuniyet sonrası eğitimlerin sayıca ve nitelik olarak yeterli olmadığını düşündürmektedir (Tablo 12). Yayımlanan birçok çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde CS/ÜS konusunun yaygınlaştırılması, hekimlerin konuyu benimsemesi ve sahiplenmesi için mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerin son derece önemli olduğu vurgulanmıştır (1, 4-7, 17, 29, 40, 43, 47, 53, 55). Türkiye'de üreme sağlığı hizmetlerinin niteliğinin geliştirilmesi için çeşitli uzmanlık dallarından asistan ve uzman hekimlerle yapılan bir pilot çalışmada mezuniyet sonrası üreme sağlığı eğitimin mesleki becerileri geliştirmedeki olumlu etkilerinden bahsedilmiştir. Bahsedilen bu çalışma sonunda hekimlerin iletişim becerilerinin geliştiği, hizmet sunumunda danışmanlığa yer verilmeye başlandığı bildirilmiştir (56).

Sağlık ocaklarında CS/ÜS ile ilgili eğitim materyallerinin (poster, broşür, maket, video, kondom vs. gibi) hizmet sunumuna etkisi incelendiğinde özellikle poster, broşür, maket ve erkek kondomu varlığının hekimlerin daha sık olarak cinsel öykü almasını sağladığı saptanmıştır (Tablo 15). Bu sevindirici bir sonuçtur çünkü özellikle poster ve broşür, ulaşılması kolay, maliyeti düşük ve çok kişiye ulaşabilecek eğitim materyalleridir. Cinsel öykü alma ile ilgili bir makalede CS konusuna değinen poster veya broşür gibi hastayı bilgilendirecek materyallerin hastayı bu gibi konuları açma yönünde cesaretlendireceği belirtilmektedir (34). Başka bir çalışmada da sağlık biriminde CS'nin genel insan sağlığı

üzerindeki önemine değinen bir posterin varlığının hekimin konuyu açmasını kolaylaştıracağı bildirilmektedir (47).

İstanbul'daki sağlık ocaklarında çalışan hekimlerle yaptığımız bu çalışmada hekimlerin cinsel sağlık konusunu çeşitli nedenlerden dolayı oldukça önemsedığı anlaşılmaktadır (Tablo 16). Hekimlerin en fazla önemsedığı konu CYBİ'lerin toplumda başkalarına bulaşıp yayılabilecekleridir. Bunu kişilerin yaşam kalitelerini etkilemesi, CYBİ'lerin infertilite, doğumsal anomali, ölüm gibi çeşitli sonuçlara yol açabilmeleri, başka CYBİ'lerin HIV/AIDS'in bulaşmasını kolaylaştırabilmesi ve CİB'lerin bazı kronik hastalıkların habercisi olabilmesi izlemektedir (Tablo 16). Bu bulgu oldukça önemlidir, çünkü hekimlerin önemsedığı bir konunun eğitimle pekiştirilmesi ve günlük mesleki uygulamalarına dahil edilmesi önemsenmeyen bir konuya göre kolay olacaktır.

BÖLÜM VI

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık çalışanları mesleki uygulamaları sırasında cinsel sağlık ile ilgili konulara olması gereken sıklıkta değinmemektedir. Birinci basamak sağlık birimleri cinsel sağlık, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için öncelikli başvuru yeri olmasına rağmen, hekimlerin bu konuya girmesini engelleyen birçok durum vardır.

Mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası tıp eğitiminde bu konulara doğrudan ve ayrıntılı bir şekilde değinilmesi, hekimlere cinsel sağlığın geliştirilmesindeki rollerini benimsemelerini güçlendirecek, toplum ve bireylerin yaşamlarının vazgeçilmez bir parçası olan cinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesinde birinci basamak sağlık birimlerinin anlamlı bir role sahip olmalarına olanak sağlayacaktır.

Hekimlere uygun iletişim becerileri ve cinsel öykü alma teknikleri kazandırılarak hekimlerin cinsel sağlık konusunda kendilerine güvenleri artırılabilir ve zaman yetersizliği, yaş, cinsiyet farkı gibi engellerin önüne geçilebilir.

BÖLÜM VII

VII. YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Skelton J, Matthews P. Teaching sexual history taking to health care professionals in primary care. *Med Educ.* 2001 Jun;35(6):603-8.
2. CETAD, TC Sağlık Bakanlığı. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması; 2006. p. 75-9; 131-45.
3. Delgado H, Austin S. Can media promote responsible sexual behaviors among adolescents and young adults? *Curr Opin Pediatr.* 2007 Aug;19(4):405-10.
4. Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royen P, et al. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. *Fam Pract.* 2003 Feb;20(1):11-5.
5. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract.* 2004 Oct;21(5):528-36.
6. Leonard C, Rogers RG. Opinions and Practices Among Providers Regarding Sexual Function: Do We Ask the Questions? *Prim Care Update Ob/Gyns.* 2002;9(6):218-21.
7. Bachmann G. Female sexuality and sexual dysfunction: are we stuck on the learning curve? *J Sex Med.* 2006 Jul;3(4):639-45.
8. Tomlinson J. ABC of sexual health: taking a sexual history. *BMJ.* 1998 Dec;317(7172):1573-6.
9. Çakır N. Yeniden Önem Kazanan Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci.* 2006;2(11):6-10.
10. WHO. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections. Department of Reproductive Health and Research, editor. Geneva: WHO; 2006.
11. Neyzi O, Özgülnar N. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Tanı ve Tedavi Rehberi. 3. baskı. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı; 2006.
12. Johnson A, Mercer C, Erens B, Copas A, McManus S, Wellings K, et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *Lancet.* 2001 Dec;358(9296):1835-42.
13. İncesu C. Cinsel İşlev Bozukluklarında İlk Basamak Değerlendirme ve Ayırıcı Tanı. *Psikiyatri Dünyası.* 1999;2:39-48.

14. Yaşan A, Gürgen F. Cinsel Partneri Olan Bir Hemşire Grubu İle Hiç Partneri Olmamış Bir Hemşire Grubunun Cinsel Bilgi Edinme Yolları ve Cinsel Mitlerin Yaygınlığının Karşılaştırılması. Yeni Symposium. 2004;42(2):72-6.
15. CETAD. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi. TC Sağlık Bakanlığı; 2006.
16. Özmen HE. Cinsel Mitler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası. 1999;2:49-53.
17. Wakley G. Sexual Health in the Primary Care Consultation: Using Self-rating as an Aid to Identifying Training Needs for General Practitioners. Sexual and Relationship Therapy. 2000;15(2):171-81.
18. ICPD. Report of the International Conference on Population and Development. 1994 [updated 1994; cited 2007 31.12]; Available from. www.un.org.
19. UNDP, UNFPA, WHO, Bank W. Defining Sexual Health, Report of a Technical Consultation on Sexual Health. Geneva; 2002 Contract No.: Document Number].
20. UNDP, UNFPA, WHO, Bank W. Progress in Reproductive Health Research. Geneva; 2004.
21. Dunn K, Croft P, Hackett G. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. J Epidemiol Community Health. 1999 Mar;53(3):144-8.
22. Safer-Sex Recommendation. 2006 [updated 2006; cited 2007 31.12.]; Available from: www.hivinsite.ucsf.edu.
23. CETAD TCSB. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, Bilgilendirme Dosyası. CETAD, editor.; 2006.
24. Safer-Sex Methods. 2006 [updated 2006; cited 2007 31.12]; Available from: www.hivinsite.ucsf.edu.
25. Global Strategy for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections: 2006-2015. WHO; 2007 [cited 2007 32.12]. Available from: www.who.int.
26. Serter D. Türkiye'de ve Dünyada Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2006;2(11):1-5.
27. TC Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü . Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE/HIV/AIDS), Katılımcı Kitabı. Ankara; 2005.
28. Oktay M, Tombul K. İki Yüz Vajinismus Vak'ası ve Eşlerini Psikolojik Yönden İncelenmesi. Yeni Symposium. 2003;41(3):115-9.

29. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health Med.* 1997 Dec;19(4):387-91.
30. Sadovsky R, Nusbaum M. Sexual health inquiry and support is a primary care priority. *J Sex Med.* 2006 Jan;3(1):3-11.
31. Akın A, Koçoğlu GO. Üreme Sağlığı Uluslararası Kararlar ve Türkiye Uygulamaları. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni.* 2002;23(3).
32. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Üreme Sağlığı Programı. 2005 www.saglik.gov.tr/tusp.
33. Ulusal Aile Planlaması Federasyonu. Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi. Ankara; 1996.
34. ARHP. Sexual History Taking. Journal [serial on the Internet]. 2002 Date: Available from: www.arhp.org.
35. Sungur MZ. Cinsel Eğitim. *Klinik Psikiyatri.* 1998;2:103-8.
36. TC İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü . 2007.www.istanbulsaglik.gov.tr.
37. CDC. STD 101 in a Box-Ready-to-Use Presentations, Discussion Questions. CDC STD Prevention. USA; 2003.
38. Smith G, Mertens T. What's said and what's done: the reality of sexually transmitted disease consultations. *Public Health.* 2004 Mar;118(2):96-103.
39. Barclay S, Todd C, Finlay I, Grande G, Wyatt P. Not another questionnaire! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. *Fam Pract.* 2002 Feb;19(1):105-11.
40. Tsimtsiou Z, Hatzimouratidis K, Nakopoulou E, Kyra E, Salpigidis G, Hatzichristou D. Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. *J Sex Med.* 2006 Jul;3(4):583-8.
41. İstanbul Tabip Odası 2007 Available from: www.istabip.org.tr.
42. Sarkadi A, Rosenqvist U. Contradictions in the medical encounter: female sexual dysfunction in primary care contacts. *Fam Pract.* 2001 Apr;18(2):161-6.
43. Meystre-Agustni G, Jeannin A, Dubois-Arber F. Talking About Sexuality and HIV Prevention in Medical Offices: The Situation in Switzerland. *Sexual and Relationship Therapy.* 2006;21(3):289-301.
44. Özgülner N. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarda Sendromik Yaklaşımın Birinci Basamak Hekimlikte Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci.* 2006;2(11):65-7.
45. Hergenroeder A, Brewer E. A survey of pediatric nephrologists on adolescent sexual health. *Pediatr Nephrol.* 2001 Jan;16(1):57-60.

46. Sumanen M, Ojanlatva A, Koskenvuo M, Mattila K. GPs Should Discuss Sex Life Issues With Coronary Heart Patients. *Sexual and Relationship Therapy*. 2005;20(4):443-52.
47. Temple-Smith M, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. *Sex Transm Infect*. 1999 Feb;75(1):41-4.
48. Demirezen E. Birinci Basamakta Kadın Cinselliğinin Değerlendirilmesi. *STED*. 2006;15(5):78-81.
49. Floyd M, Lang F, Beine K, McCord E. Evaluating interviewing techniques for the sexual practices history. Use of video trigger tapes to assess patient comfort. *Arch Fam Med*. 1999 May-Jun;8(3):218-23.
50. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract*. 2003 Dec;20(6):690-5.
51. Uluocak N, Erdemir E, Elbozan Cumurcu B, Çam Çelikel F, Parlaktaş BS. Erkeklerde Antidepresan Kullanımının Orgazm ve Ejakülasyona Olan Etkileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2006;16(2):104-8.
52. Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER. Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu. Ankara; 2007.
53. Hinchliff S, Gott M, Galena E. 'I daresay I might find it embarrassing': general practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health Soc Care Community*. 2005 Jul;13(4):345-53.
54. Burd I, Nevadunsky N, Bachmann G. Impact of physician gender on sexual history taking in a multispecialty practice. *J Sex Med*. 2006 Mar;3(2):194-200.
55. Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Fam Pract*. 2001 Oct;18(5):516-8.
56. Yolsal N, Karabey S, Bulut A, Topuzoglu A, Agkoc S, Onoglu N, et al. Courses for medical residents and trainers in Turkey for promotion of quality of reproductive health services: a pilot study. *Reprod Health Matters*. 2004 Nov;12(24):189-99.

EK 1. ÇALIŞMA ANKETİ

HEKİMLERİN CİNSEL SAĞLIĞI SORGULAMA SIKLIĞI, NİTELİĞİ VE BUNU
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

AÇIKLAMA

Bu araştırma, hekimlerin hastaların cinsel sağlığını sorgulama sıklığını, niteliğini ve bunu etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Elinizdeki bilgi formunun yanıtlanması yaklaşık 10 dakika sürmektedir.

Yanıtlayacağınız bu bilgi formu aracılığı ile elde edilecek bilgiler, konuya özgü sorunların saptanması ve çözümüne katkıda bulunacaktır.

Soruları, tümüyle kendi düşünce ve deneyiminizi ifade edecek şekilde yanıtlamanız istenmektedir. Katılımcılardan ad soyad istenmediğinden hangi bilginin kim tarafından doldurulduğu bilinmeyecektir. **Bu nedenle doğru ya da yanlış olmasına çalışmadan en samimi yanıtı vermekten çekinmeyiniz.**

İçtenliğiniz ve araştırmaya gösterdiğiniz dayanışma için teşekkür ederim.

Dr.Asya B. Topuzoğlu
İÜ İstanbul Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı AD

Tarih:

Anket no:

Ankette kullanılan kısaltmalar:

- **CYBİ= Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon**
- **AÇSAP= Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi**

1) Cinsiyetiniz : 1.Kadın () 2.Erkek ()

2) Yaşınız :

3) Doğum yeriniz :

4) Şu andaki görevinizde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

5) Çalıştığınız kurum aşağıdakilerden hangisi?

- | | |
|---------------------|-------------------------------------|
| 1. Sağlık Ocağı () | 4. Özel Hastane veya Poliklinik () |
| 2. AÇSAP () | 5. Diğer (lütfen açıklayınız) |
| 3. İş yeri () | |

5.1) Kurumunuzun bağlı bulunduğu il:

5.2) Kurumunuzun bağlı bulunduğu ilçe:

5.3) Çalışma bölgeniz:

1. Şehir merkezi ()
2. Belde ()
3. Köy ()

6) Daha önce başka bir yerde hekimlik yaptıysanız lütfen kurumun türünü belirtiniz.

- | | |
|---------------------|-------------------------------------|
| a. Sağlık Ocağı () | d. Özel Hastane veya Poliklinik () |
| b. AÇSAP () | e. Diğer (lütfen açıklayınız) |
| c. İş yeri () | |

7) Mezun olduğunuz tıp fakültesi:

8) Tıp fakültesinden mezun olduğunuz yıl:

9) Medeni durumunuz : 1.Evli () 2.Bekar () 3.Dul veya boşanmış ()

10) Bir günde ortalama kaç hasta muayene ediyorsunuz?

11) Bir hasta için ayırdığınız süre yaklaşık ne kadar? dakika.

12) Bu sürenin ne kadarını cinsel yaşam öyküsüne ayırıyorsunuz? (**Cinsel yaşam öyküsü almyorsanız lütfen "0" olarak belirtiniz**)

a) Hastanın cinsel sağlık ile ilgili sorunu **var** ise dakika.

b) Hastanın cinsel sağlık ile ilgili sorunu **yok** isedakika.

13) Mesleki uygulamalarınız sırasında CYBİ tanısı koyuyor musunuz?

1.evet () 2.hayır ()

14) Hastalarınıza CYBİ tanısı koyarken genellikle hangi yöntem(ler)i kullanıyorsunuz? Lütfen size en yakın şıkları işaretleyiniz (CYBİ tanısı koymuyorsanız lütfen bu soruyu atlayınız).

	1.Her zaman	2.Sıklıkla	3.Bazen	4.Nadiren	5.Hiçbir zaman
1.Fizik muayene					
2.Öykü					
3.Tanı testi					

15) Mesleki uygulamalarınız sırasında cinsel işlev bozukluğu (ereksiyon bozukluğu, vaginismus vb.) tanısı koyuyor musunuz?

1.evet () 2.hayır ()

16) Hastalarınıza cinsel işlev bozukluğu tanısı koyarken genellikle hangi yöntem(ler)i kullanıyorsunuz? Lütfen size en yakın şıkları işaretleyiniz (cinsel işlev bozukluğu tanısı koymuyorsanız lütfen bu soruyu atlayınız).

	1.Her zaman	2.Sıklıkla	3.Bazen	4.Nadiren	5.Hiçbir zaman
1.Fizik muayene					
2.Öykü					
3.Tanı testi (idrar,tam kan tahlili,hormon düzeyleri,USG vb)					

17) Cinsel yaşam öyküsü alırken aşağıdaki durumlardan hangisiyle ne sıklıkta karşılaşıyorsunuz? Lütfen size en yakın şıkkı işaretleyiniz (Cinsel yaşam öyküsü almiyorsanız bu soruyu atlayınız).

	1.Her Zaman	2.Sıklıkla	3.Bazen	4.Nadiren	5.Hiçbir zaman
1.Erkek hastam utanıyor					
2.Kadın hastam utanıyor					
3.Ben utanıyorum					

18) Mesleki uygulamanızda aşağıdaki hizmetlere ne ölçüde yer veriyorsunuz?
Lütfen size en yakın şıkkı işaretleyiniz.

	a. Hiçbir zaman	b. Ayda 1 veya daha az	c. Ayda 2-4 kez	d. Haftada 1-2 kez	e. Neredeyse her gün
1. CYBİ tanı - tedavisi					
2. Cinsel öykü alma					
3. Doğum kontrolü danışmanlığı					
4. Servikal yayma					
5. Mutlu ve güvenli cinsellik danışmanlığı					
6. CYBİ danışmanlığı					
7. Kondom kullanma danışmanlığı					
8. Genital bölge fizik muayenesi					

19) CYBİ tanı ve tedavisinde kullandığınız belli bir rehber veya akış şeması var mı?

a) Evet (Lütfen kaynağı belirtiniz:)

b) Hayır

c) Elimde bir akış şeması var ancak uygulamak her zaman mümkün olmuyor çünkü; **(Birden çok şık işaretleyebilirsiniz)**

1. Karmaşık ve zor ()
2. Uygulaması uzun ()
3. Güncel değil ()
4. İhtiyaç duymuyorum ()
5. Diğer:

20) Size başvuran hastalar için aşağıdaki yaklaşımlara mesleki uygulamalarınızda ne ölçüde yer veriyorsunuz? Lütfen size en yakın şıkkı işaretleyiniz.

	1.Her zaman	2.Sıklıkla	3.Bazen	4.Nadiren	5.Hiçbir zaman
1.Muayene odasına girdiğinde onu sıcak bir biçimde karşılarım.					
2.Görüşmenin gizlilik içinde yapılmasını sağlarım.					
3.Yanında yakını var ise muayene odasının dışında beklemesini rica ederim.					
4.Tüm konuşulacakların hasta ile hekim arasında kalacağı konusunda güvence veririm.					
5.Dinlerken yüzüne bakarım, ilgili olduğumu anlamasını sağlarım.					
6.Rahatça konuşması için teşvik ederim.					
7.Gerekmedikçe sözünü kesmem, kendisini ifade etmesini beklerim.					
8.Anlayacağı kelimeler kullanır, tıbbi terimlerden kaçınırım.					
9.CYBİ riskini oluşturabilecek davranışları da kapsayacak şekilde alışkanlıklarını/ davranışlarını öğrenmeye çalışırım.					
10.Başvuru hangi nedenle yapılmış olursa olsun cinsel sağlığına ilişkin sorular sorarım.					
11.CYBİ açısından risk etmenlerini sayar ve sorgularım.					
12.CYBİ açısından risk etmeni mevcut ise CYBİ semptomlarını sorgularım.					
13.Söz ve mimiklerimle yargılamadan ve yorum yapmadan dinlerim.					
14.CYBİ yakınması olan veya risk etmeni mevcut olan hastanın genital muayenesini yaparım.					
15.Fizik muayene sırasında mahremiyetin sağlanmasına önem veririm.					
16.Özellikle genital bölge fizik muayenesi sırasında rahat hissetmesi için yanımda hastanın kendi cinsiyetinden bir sağlık çalışanı bulundururum.					
17.CYBİ tanısı koymuşsam partnerini de muayene ve danışmanlık için çağırırım.					

21) Aşağıdaki önermelere ne ölçüde katılıyorsunuz? Lütfen size en yakın şıkkı işaretleyiniz.

	1.tamamen katılıyorum	2.katılıyorum	3.kararsızım	4.katılmıyorum	5.kesinlikle katılmıyorum
1.Cinsel sağlık ve CYBİ danışmanlığı için mezuniyet <u>öncesi</u> eğitimde (tıp fakültesi) yeterli olarak eğitildim.					
2.Cinsel sağlık ve CYBİ danışmanlığı için mezuniyet <u>sonrası</u> eğitimde (uzmanlık veya kurs) yeterli olarak eğitildim.					
3.Cinsel sağlık, CYBİ <u>tanısı</u> konusunda bilgim yeterli düzeyde.					
4.Cinsel sağlık, CYBİ <u>tedavisi</u> konusunda bilgim yeterli düzeyde.					
5.Bazı özel durumlar için danışmanlık bilgimin yeterli olmadığını düşünüyorum (ör. Eşcinsel hastalar, ergen sağlığı, engellilerin cinsel sağlığı vb gibi.).					
6.Cinsel öykü alırken hastalarımın utanacağını düşünerek kaygılanıyorum.					
7.Hastalarımın cinsel öykü alma, tanı, tedavi süreçlerindeki utanma ve kaygılarını giderebilecek iletişim becerilerine sahibim.					
8.Sadece oral kontraseptif yazdırmak için gelen bir hastadan cinsel öykü almak uygun olur.					
9.Hastamla tanışıklığımın olması cinsel konuları konuşmayı kolaylaştırmaktadır.					
10.Başvuru hangi nedenle yapılmış olursa olsun hastanın cinsel yaşamına ilişkin soru sormak hekiminin görevleri arasındadır.					
11.Özellikle genital muayene sırasında odada hastanın cinsiyetinden bir başka sağlık görevlisinin bulunması uygundur.					
12.İleri yaştaki bir kişinin genellikle cinsel olarak aktif olmadığını düşünürüm ve cinsel sağlığına ilişkin sorular sormam.					
13.Gerekli durumlarda tanı testi yapılmadan hastalığın sendromik/ semptomatik yaklaşımla tanısının konması uygundur.					

22) Hastadan cinsel öykü alırken engel oluşturduğunu düşündüğünüz özellikleri lütfen 1 ile 10 arası bir puan vererek engel derecesine göre değerlendiriniz.

(1= kesinlikle engel değildir, 10= her zaman engeldir)

1.Akıcı Türkçe konuşmaması / anlamaması (dil sorunu)	
2.Karşı cinsten olması	
3.Çok genç olması	
4.Yaşlı olması	
5.Eşinin / partnerinin yanında bulunması	
6.Annesinin / yakınının yanında bulunması	
7.İlk ziyaretinin olması	
8.Yakınlığının (arkadaş, komşu vb.) bulunması	
9.Eğitim düzeyinin düşük olması	
10.Bekar olması	
11.Boşanmış veya dul olması	
12.Evli olması	
13.CYBİ veya cinsellik ile ilgili yakınması yok ise bu konuyu benim açmamın yanlış anlaşılabilir olması	
14.Vakit yetersizliği	
15.Güçlü dini inançlarının olması	
16.Eşcinsel bir kadın olması	
17.Eşcinsel bir erkek olması	
18.Cinsellik ile ilgili konuları konuşurken utanıyor/ sıkılıyor olmam	
19.Cinsellik ile ilgili konuları konuşurken hastamın utanacağını düşünmem	

23) Lütfen aşağıdaki konularla ilgili eğitim alma durumunuz hakkında bilgiyi ilgili sayıyı boşluklara yazarak belirtiniz.

1= Mezuniyet öncesi eğitim aldım
2= Mezuniyet sonrası eğitim aldım

3= Kendi çabalarım ile öğrendim
4= Eğitim almadım

1.Cinsel yaşam öyküsü almak	
2.Mutlu cinsel yaşam danışmanlığı	
3.Cinsel fonksiyon bozuklukları (ereksiyon bozukluğu, vaginismus vb.)	
4.CYBİ'lerin tanı- tedavisi	
5.CYBİ'lerden korunma, güvenli cinsellik	
6.CYBİ danışmanlığı (başvurana yaklaşım, iletişim vb gibi.)	
7.HIV/AIDS için gönüllü test ve danışmanlık	

24) Aşağıdaki konularla ilgili uygulama yapıyor musunuz?

	1.EVET	2. HAYIR
1.Cinsel yaşam öyküsü almak		
2.Mutlu ve doyumlu cinsel yaşam danışmanlığı		
3.Cinsel işlev bozuklukları (ereksiyon bozukluğu, vaginismus vb.)		
4.CYBİ'lerin tanı- tedavisi		
5.CYBİ'lerden korunma, güvenli cinsellik		
6.CYBİ danışmanlığı		
7.HIV/AIDS için gönüllü test ve danışmanlık		

25) CYBİ veya Cinsel İşlev Bozukluğu için daha fazla bilgi isteyen, tanı olanağı ve tedavi gerektiren hastaları nereye yönlendiriyorsunuz? Lütfen belirtiniz.

1).....

2).....

3).....

26) CYBİ'ler ve cinsel işlev bozukluğunun erken tanı ve tedavisinin hangi nedenle ve ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz? Lütfen aşağıdaki olası nedenleri oranlarına göre 1 ile 10 arası bir puan vererek değerlendiriniz.

(1= önemli bir neden değildir 10= çok önemli bir nedendir)

1.Kişilerin yaşam kalitesini bozabilirler	
2.Toplumda başka bireylere bulaşıp yayılabilirler	
3.İnfertilite oluşturabilirler	
4.Başka CYBİ'lerin varlığı HIV/AIDS'in bulaşma riskini artırabilirler	
5.Konjenital enfeksiyon, preterm doğum, düşük, dış gebelik gibi sorunlara yol açabilirler	
6.Pelvik inflamatuvar hastalık gibi komplikasyonlar geliştirebilirler	
7.Cinsel işlev bozuklukları depresyon, ateroskleroz, diyabet gibi diğer hastalıkların habercisi olabilirler	
8.Diğer (açıklayınız).....	

27) Konuyla ilgili, eklemek istediğiniz başka görüşler, veya karşılaştığınız sorunlar varsa belirtmenizden mutluluk duyarız.

.....

28) Merkezinizde CYBİ veya Cinsel İşlev Bozuklukları ile ilgili aşağıdaki eğitim araç-gereçlerinden hangileri var. Lütfen işaretleyiniz.

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. Poster () | 6. Kadın kondomu () |
| 2. Broşür () | 7. Diğer..... |
| 3. Video () | |
| 4. Penis maketi () | |
| 5. Erkek kondomu () | |

Anketimiz bitmiştir.

İçten cevaplarınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

EK2. YEREL ETİK KURUL KARARI


İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 11/10/2006
Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Pembe Salon
Toplantı Sayısı : 11

Sorumlu araştırmacıların Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Selma KARABEY'in, istendiği ve Tıpta Uzm.Öğr.Arya Barış TOPUZOĞLU'nun yürüteceği 2006/1826 protokol numaralı "Birinci basamakta çalışan hekimlerin cinsel sağlığı sorgulama sıklığı, niteliği ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi" başlıklı anketli tez çalışması kurumumuzda incelendi etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Prof.Dr. Zafer ARI Etik Kurul Başkanı (Dekan Yardımcısı)		Prof.Dr. Sevinç EMRE Çocuk Sağ. Ve Hast. A.D	
Prof.Dr. A.Yağuz ÜRESİN Farmakoloji ve Kİ.F. A.D		Prof.Dr. Ümit TÜRKÖĞLÜ Biyokimya A.D	
Prof.Dr. Ahmet GÜL İç Hast. A.D, Romatoloji Bilim Dalı		Prof.Dr. Veli UYSAL Patoloji A.D.	
Prof.Dr. Berrin UMMAN Kardiyoloji A.D.		Prof.Dr. Yeşim ERBİL Genel Cerrahi A.D.	
Prof.Dr. Cahide GÖKKUŞU Biyokimya A.D			
Prof.Dr. Kamil PEMBEÇİ Anesteziyoloji A.D			
Prof.Dr. Nuran YILDIRIM Tıp Tarihi ve Deontoloji A.D.			
Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN Nöroloji A.D.			
Prof.Dr. Pınar SAİP İ.U. Onkoloji Enstitüsü			

EK 3. KATILIMCILARA GÖNDERİLEN AÇIKLAMA

12.01.2007

Sayın Dr.,

Öncelikle ilginize teşekkür ederim. Telefonda kısaca bahsetmiş olduğum çalışma hakkında sizi bilgilendirmek isterim. Bu uzmanlık tezi çalışması, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Selma Karabey ve Tıpta Uzmanlık Öğrencisi olarak çalışan Dr. Asya Banu Topuzoğlu tarafından yürütülmektedir. Çalışma İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Birinci Basamak, Cinsel Sağlığın geliştirilmesi, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların önlenmesinde temel bir role sahiptir. Ancak birçok hekim, Cinsel Sağlık, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar konularında hastalarından uygun öykü alma konusunda sorunlar yaşamaktadır.

Bizim çalışmamızın amacı, hekimlerin hastalarından cinsel öykü alma sıklığını ve niteliğini, ve bunu etkileyen faktörleri saptayarak, ortaya çıkacak sonuçları mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimine yansıtarak toplumun cinsel sağlığını geliştirecek biçimde kullanabilmektir.

İstanbul İli'nde Birinci Basamak Sağlık Merkezleri olan Sağlık Ocağı ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri'nde çalışan hekimleri temsil edebilecek bir örneklem büyüklüğü hesaplanarak rasgele örnekleme yöntemiyle örneklem grubu seçilmiştir. Görev yapmakta olduğunuz Sağlık Ocağı'ndaki hekimler de bu örneklem grubuna dahil olmuştur. Araştırmaya katılım hekimin bireysel kararına bağlıdır. Katılım konusunda desteğinizi ve yardımınızı bekliyorum.

Bahsetmiş olduğum çalışmanın anketleri zarftadır. Zarfta ayrıca kargo şirketine verilmek üzere, üzerine adresimizin yazılmış olduğu hazır naylon zarf vardır. Anketlerin doldurulması tamamlandığında bana telefon veya e-posta ile ulaştığınız takdirde, zarfın kargo şirketi tarafından teslim alınmasını sağlayacağım. **Lütfen zarfı teslim almaya gelen görevliye “ücretin alıcı tarafından ödeneceğini” söyleyiniz.**

Araştırmamıza verdiğiniz destek ve katkılarınız için şimdiden teşekkür eder, çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Saygılarımla,
Dr. Asya B. Topuzoğlu

İletişim bilgileri:

İstanbul Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı AD, Çapa
İstanbul

Tel: 0 (212) 414 20 00–32173

0 (212) 414 20 00–33231

0 (532) 526 38 14

E-posta: asyabanu@istanbul.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL

Adı Soyadı : Asya Banu (BABAOĞLU) TOPUZOĞLU
Doğum yeri : Aachen, Almanya
Doğum tarihi : 04 Mart 1975
Medeni durumu : Evli, bir çocuk annesi
Ev adresi : Salıpazarı Yokuşu, Ferah Apt. 4/1
Cihangir/ İstanbul
Tel: 0212 249 21 71
0532 526 38 14
İş adresi : İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Çapa-İstanbul
Tel: 0212 414 20 00/ 32173
E-posta : asyabanu@istanbul.edu.tr
asyabanu@yahoo.com

EĞİTİM

- FMV Özel Ayazağa Işık Lisesi (1991-1994)
- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi (1994-2001)
- İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi (2002-2007)

BİLDİĞİ YABANCI DİLLER:

- İngilizce: çok iyi (ÜDS: 95)
- Almanca: iyi

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

- Ofis uygulamaları: MS-Word, Excel, PowerPoint
- Uygulamalar : SPSS

ÇALIŞMA YERLERİ VE GÖREVLERİ

- İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı (2002- 2007)
Eğitim ve araştırma faaliyetlerine katılım

ÜYESİ OLDUĞU KURULUŞLAR

- İstanbul Tabip Odası
- FMV Işıklılar Derneği

KATILDIĞI KONGRELER

- “8. Halk Sağlığı Günleri”, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği & Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sivas, 23–25 Haziran 2003.
- “TechNet 21”, Dünya Sağlık Örgütü & Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Antalya, 23–25 Mart 2004.
- “IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi”, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı & Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Ankara, 3–6 Kasım 2004.
- “IV. Ulusal Maternal- Fetal Tıp & Perinatoloji Kongresi”, Maternal- Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, İstanbul, Kasım 2004.
- “XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi”, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Denizli, Ekim 2007.

KATILDIĞI KURS VE EĞİTİMLER

- “Turizm Sağlığı ve Hekimliği Sertifika Kursu”, Türk Tabipler Birliği, Tekirdağ, Aralık 2001.
- “Üreme Sağlığı ve AIDS Eğitim Programı” , TurkMISC-SCORA & İstanbul AIDS Savaşım Derneği, Edirne, 16–17 Kasım 2002.
- “Psikodrama Temel Eğitim Aşaması” , Moreno Enstitüsü (Überlingen, Almanya) süpervizörlüğü ile A. Özbek Enstitüsü, İstanbul, Ocak 2003- 2005.
- “İş Hekimliği Sertifika Kursu”, Türk Tabipler Birliği, İstanbul, 29 Mart–6 Nisan 2003.
- “Community Oriented Primary Care- COPC” Workshop, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı & Hebrew University Hadassah Braun School of Public Health & Community Medicine, İstanbul, 25–29 Ağustos 2003.
- “Halk Sağlığı Gezici Eğitim Semineri”, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, İstanbul&Trakya, 27 Eylül–4 Ekim 2003.
- “İstatistik Kursu”, Türk Tabipler Birliği, İstanbul, Mart 2004.
- “Hamile Eğitim Programı”, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Araştırma Birimi, İstanbul, 13.09.2004 – 18.10.2004

- “Sağlık Personelinin HIV/AIDS ve CYBE (Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar) Eğitimi”, AIDS Savaşım Derneği Avrupa Birliği- Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu ve Sağlık Bakanlığı – İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, Ocak 2007.
- “Cinsel Sağlık Hizmetleri Atölye Çalışması” , CETAD Ve TAP Vakfı, Şile, Şubat 2007.
- “Cinsellik ve Cinsel Tedaviler Eğitimi, 1. Modül: “Cinsellik Kavramı”, Cinsel Eğitim ve Araştırma Derneği, İstanbul, Eylül 2007.
- “Cinsellik ve Cinsel Tedaviler Eğitimi, 2. Modül: “Cinsel İşlev Bozuklukları”, Cinsel Eğitim ve Araştırma Derneği, İstanbul, Kasım- Aralık 2007.
- “Anne Sütü ile Beslenmede Danışmanlık Eğitimi Kursu”, İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi, 21–23 Kasım 2007.

KATILDIĞI DİĞER FAALİYETLER

- “İstanbul Tıp Fakültesi Hastane Enfeksiyonu Prevalans Çalışması” (veri toplama ekibi), Hastane Enfeksiyonu Kontrol Komitesi, Ocak 2003, Haziran 2004, Kasım 2007.
- “İstanbul’da Modern Teknoloji ile Üretim Yapan Fırınlarda Çalışan İşçilerde Nazal Floranın ve Solunum Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi ve Astım Prevalans Çalışması”, 2004.
- “İstanbul Üniversitesi Akran Eğitimi Projesi, Akran Eğitici Eğitimi Programı” (eğitici olarak), İstanbul Tıp Fakültesi, 2007.
- “Mezuniyet Öncesi Eğitimde Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı Müfredatının Geliştirilmesi” projesi kapsamında “Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı Atölye Çalışmaları” (eğitici olarak), İstanbul Tıp Fakültesi, 2006- 2007.
- “XIII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı”, Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 30 Kasım – 2 Aralık 2007.

ULUSLAR ARASI YAYIN VE BİLDİRİLER

1. Yolsal N, Karabey S, Bulut A, Topuzoglu A, Agkoc S, Onoglu N, et al. Courses for medical residents and trainers in Turkey for promotion of quality of reproductive health services: a pilot study. *Reprod Health Matters*. 2004 Nov;12(24):189–99.
2. Issever H, Hapcioglu B, Ozdilli K, Kocyigit E, Yegenoglu Y, Onoglu N, et al. Assessment of Nasal Flora and Respiratory Function Tests of Bakery Workers Working Under Modern Conditions. *American Academy of Allergy, Asthma & Immunology 61st Annual Meeting*; 2005; San Antonio, Texas. 2005.
3. Bebek N, Onal E, Gurses C, Gurtekin B, Erbil S, Babaoglu A, et al. Surveillance study of hot water epilepsy in Istanbul, turkey. *EPILEPSIA*. 2005 2005;46:287-.

4. Issever H, Hapcioglu B, Ozdilli K, Kocyigit E, Kaymakcalan H, Yegenoglu Y, et al. Assessment of nasal swab samples, environmental microbiological analyses and respiratory function tests of bakery workers working under modern conditions: A brief report. INDOOR AND BUILT ENVIRONMENT. 2006 APR 2006;15(2):197–202.

ULUSAL YAYIN VE BİLDİRİLER

1. Önal A, Babaoğlu A, Ağkoç S, Lüleburgaz E, Tümerdem Y. Doğurgan Yaş Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgileri - Davranışları ve Genital Yol Enfeksiyon Taraması. 8 Halk Sağlığı Bildiri Özetleri. Sivas; 2003. p. 115.
2. Önal E, Bebek N, Gürses C, Gökyiğit A, Erbil S, AB Bl. İstanbul'da Sıcak Su Epilepsisi Tarama Çalışması. IX Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Ankara; 2004. p. 273.
3. İşsever H, Hapçıoğlu B, Özdiilli K, Koçyiğit E, Yeğenoğlu Y, Öztürk Ö, et al. Modern Teknoloji ile Ekmek Üretimi Yapan Fırınlarda Çalışan İşçilerde Nazal Floranın ve Solunum Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi. IX Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Ankara; 2004. p. 197.
4. Önal A, Erbil S, Özel S, Topuzoğlu A, Özden Y. İstanbul Tıp Fakültesi Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Hepatit B Konusunda Eğitimi. IX Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Ankara; 2004. p. 448.
5. Önal A, Topuzoğlu A. İstanbul Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Etiği, Hasta - Hekim Hakları Konusunda Bilgi Düzeyleri. IX Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Ankara; 2004. p. 448.
6. Önal A, Erbil S, Topuzoğlu A, Badur S. İstanbul'da Bir İlköğretim Okulunda Hepatit B'den Korunma Çalışması. IX Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Ankara; 2004. p. 352.
7. Önal A, Erbil S, Topuzoğlu A, Özden Y. İstanbul Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Hepatit B Konusunda Eğitimi. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;68:102–4.
8. Önal A, Önoğlu N, Babaoğlu A. İstanbul'da Bir Gecekondu Bölgesinde Kadınların Genital ve Kişisel Hijyen Davranışlarının Sorgulanması. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. Denizli; 2007. p. 42