



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADINLARDA ÜREME SAĞLIĞI DAVRANIŞLARININ VE
GELİŞTİRİLEN VAJİNAL AKINTI TANILAMA FORMU (VATF) İLE
KONULAN TANI SONUCUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ASLIHAN AYTAÇ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yard.Doç.Dr.Hatice YILDIZ ERYILMAZ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

İSTANBUL - 2007



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum.ve.Kadın.Hast.Hem **Anabilim Dalı** çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans tezi** olarak kabul edilmiştir.

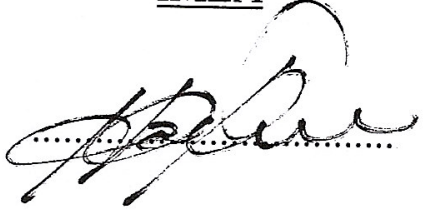
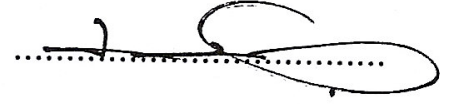
Tez Savunma Tarihi : 31 / 10 / 2007

İMZA

Tez Danışmanı :Yard Doç Dr Hatice Yıldız Eryılmaz
Üniversitesi :Marmara

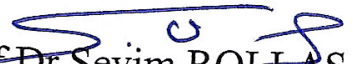
Üye : Doç Dr Dilşad SAVE
Üniversitesi : Marmara

Üye :Yard Doç Dr Ayşe ERGÜN
Üniversitesi :Marmara


ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 22 / 11 / 2007 tarih ve 21 sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof.Dr.Sevim ROLLAS
Müdür

TEŞEKKÜR

Tüm yüksek lisans eğitimim boyunca ve çalışmanın yürütülmesi sırasında, her aşamada verdiği destek, gösterdiği hoşgörü için, tezimde büyük emeği olan danışmanım Yard. Doç. Dr. Hatice YILDIZ ERYILMAZ'a,

Eğitimim süresince bilgi ve deneyimleriyle bizleri yönlendiren, desteklerini her zaman arkamda hissettiğim tüm bölüm hocalarıma,

Çalışmanın yapılması için onay ve destek veren Sakarya Sağlık Müdürlüğü'ne ve çalışmanın yürütüldüğü Sinanoğlu Sağlık Ocağındaki çalışma arkadaşlarıma,

Çalışmamın laboratuvar analizlerinde destek veren çalışma arkadaşım Gülsüm GÜLER'e,

Beni yetiştiren, büyüten, her zaman her konuda yanımda olan ve bu zorlu yolda da daima desteğini hissettiğim aileme,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
KISALTMALAR.....	IV
ŞEKİL ,RESİM , GRAFİK VE TABLOLARIN LİSTESİ	V
1.ÖZET.....	1
2.SUMMARY.....	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4.GENEL BİLGİLER.....	7
4.1.Normal Genital Flora ve Fizyolojisi.....	7
4.2.Vajinal Enfeksiyonlar.....	8
4.2.1.Vajinal Akıntı.....	8
4.2.2.Artmış Fizyolojik Akıntı.....	9
4.2.3.Patolojik Akıntılar.....	10
4.2.3.1.Vajinal Enfeksiyonun Tanımı.....	10
4.2.3.2.Vajinal Enfeksiyona Neden Olan Risk Faktörleri.....	11
4.2.3.3.Sık Görülen Vajinal Enfeksiyonlar.....	15
4.2.3.3.1.Bakteriyal Vajinozis.....	15
4.2.3.3.2.Candidiazis.....	20
4.2.3.3.3.Trichomonas Vajinalis.....	25
4.3. Sık Görülen Vajinal Enfeksiyonları Tanılamada Kullanılan Formlar.....	28
4.4. Ülkemizde Kadınların Vajinal Enfeksiyonlarda Sağlık Davranışları ve Hijyen Alışkanlıkları.....	33
4.5. Vajinal Enfeksiyonlarda Korunma Yolları, Tedavisi ve Hemşirelik Yaklaşımı....	36
4.5.1. Vajinal Enfeksiyonlarda Hemşirenin Koruyucu Rolü.....	38
4.5.2. Vajinal Enfeksiyonlarda Hemşirenin Tedavideki Rolü.....	40
5.MATERYAL METOD.....	42
5.1.Araştırmanın Tipi.....	42
5.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	42
5.3.Araştırmanın Evreni.....	43
5.4.Araştırmanın Örneklemi.....	43

5.5. Veri Toplama Araçları.....	44
5.6. Çalışmanın Uygulanması.....	46
5.7. Çalışmanın Analizi.....	47
5.8. Çalışmanın Uygulanmasında Yaşanılan Zorluklar.....	47
6. BULGULAR.....	48
6.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Veriler.....	49
6.2. Hijyenik Alışkanlıklara ve Üreme Sağlığı Belirleme Ölçeğine(ÜSBÖ) Ait Veriler	55
6.3. Geliştirilen Vajinal Akıntı Tanılama Formuna (VATF) Ait Veriler.....	67
7. TARTIŞMA.....	90
7.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Verilerin Tartışılması.....	90
7.2. Hijyenik Alışkanlıklara ve Üreme Sağlığı Belirleme Ölçeğine (ÜSBÖ) Ait Verilerin Tartışılması.....	94
7.3. Geliştirilen Vajinal Akıntı Tanılama Formuna (VATF) Ait Verilerin Tartışılması	102
8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	112
8.1. Sonuçlar.....	112
8.2. Öneriler.....	115
9. KAYNAKLAR.....	116
EKLER	
BİOGRAFİ	
ETİK KURUL ONAYI	

KISALTMALAR

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BV: Bakteriyel Vajinozis

C: Candidiazis

C+BV: Candidiazis+ Bakteriyel Vajinozis

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GYE: Genital Yol Enfeksiyonları

İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu

KOH: Potasyum Hidroksit

OYD+OY: Okur-yazar değil+Okur-yazar

PID: Pelvik İnflamatuvar Disease

RIA: Rahim İçi Araç

SF: Serum Fizyolojik

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TV: Trichomonas Vajinalis

ÜSBÖ: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği

VATF: Vajinal Akıntı Tanılama Formu

ŞEKİL ,RESİM , GRAFİK VE TABLOLARIN LİSTESİ

i.Şekillerin Listesi

Şekil 1:Vajinal Akıntı Nedenleri

ii.Resimlerin Listesi

Resim 1. Clue ve Normal Hücrenin Mikroskopik Görüntüsü

Resim 2. Vulvar Kandidiazis Enfeksiyonu

Resim 3. Candida Albicans

Resim 4. Mikroskopik Maya Görüntüleri

Resim 5. Tomurcuklanarak Bölünmekte Olan C. Albicans

Resim 6.Tomurcuklanarak Psödohif gibi Kümelenmiş C. Albicans

Resim 7.İnvazif Hale Geçmiş C. Albicans

Resim 8. Trichomonas Vajinalis

Resim 9. Hareketli Trichomonasların Mikroskopik Görüntüsü

Resim 10. Trichomonas Vajinalis Akıntı Görüntüsü

Resim 11. Trichomonas Vajinaliste Servikste Çilek Görüntüsü

iii.Grafiklerin Listesi

Grafik 1. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Grafik 2. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

Grafik 3. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımları

Grafik 4. Kadınların Cinsel İlişki Sıklığına Göre Dağılımları

Grafik 5. VATF ile Yapılan Değerlendirmede Kadınların Tanımladıkları Akıntının Özellikleri

Grafik 6. VATF'na Göre Konulan Ön Tanıların Dağılım Grafiği

Grafik 7. Laboratuvar Bulgularına Göre Konulan Son Tanıların Dağılım Grafiği

Grafik 8. Saptanan Ön Tanılar ile Son Tanıların Karşılaştırması

iv.Tabloların Listesini

Tablo 1-Normal Vajina Florasında Görülen Mikroorganizmalar

Tablo 2-Vajinal Akıntı Özellikleri

Tablo 3-Bakteriyel Vajinozis Tanısında Gram Preparat Değerlendirilmesi İçin Standartlaştırılmış Nugent Puanlama Sistemi

Tablo 4-Sendrom Yaklaşımı

Tablo 5-Vajinit Tanılanmasında Standart Kontrol Listesi

Tablo 6- Sosyo-Demografik Özelliklere Ait Veriler

Tablo 7- Kadınların Obstetrik Özelliklerine Ait Veriler

Tablo 8- Kadınların Sağlık Durumu ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımları

Tablo 9- Kadınların Hijyen Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Tablo 10- Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Hijyen Alışkanlığı ve Vajinal Akıntı Öyküsü

Tablo 11- Kadınların Yaş Gruplarına Göre Hijyen Alışkanlığı ve Vajinal Akıntı Öyküsü

Tablo 12- Kadınların Sık İYE Geçirme Durumlarının Hijyen Alışkanlıklarına ve Vajinal Akıntı Öyküsüne Göre Dağılımı

Tablo 13- ÜSBÖ Total ve 3 Alt Boyutu Puan Ortalaması ve Cronbach α Değerleri

Tablo 14- ÜSBÖ Puanlarının Kadınların Eğitim ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 15- ÜSBÖ Puanlarının Kadınların Hijyen Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Tablo 16- ÜSBÖ Puanlarının Kadınların Vajinal Akıntı Öyküsü ve Kronik/Metabolik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 17. VATF Değerlendirmesine Göre Kadınlarda Akıntı Şikayeti ile Seyreden Semptomların Dağılımı

Tablo 18. Kadınların Şikayetlerinin Başladığı Zaman ve Siklusa Göre Başvurma Zamanlarına Ait Veriler

Tablo 19. VATF ile Yapılan Değerlendirmede İnspeksiyon ve Spekulum Muayene Sonuçları

Tablo 20. Kadınların Tanımladıkları Akıntının Özelliklerine Göre Akıntı Şikayeti ile Birlikte Seyreden Semptomlar

Tablo 21. Kadınların Tanımladıkları Akıntının Özelliklerine Göre İnspeksiyon ve Spekulum Muayene Sonuçları

Tablo 22. Ön Tanı ile Son Tanı Sonuçlarının Çaprazlama Dağılımları

Tablo 23. 4 Vaka Çıkarıldıktan Sonra Ön Tanı ile Son Tanı Sonuçlarının Çaprazlama Dağılımları

Tablo 24. Tanıların Çaprazlama Değerlendirmelerine Göre Tanılar Arası Uyum Sonuçları

Tablo 25. Kadınlara Konulan Ön Tanılara Göre Vajinal Akıntı Şikayeti ile Birlikte Seyreden Semptomlar

Tablo 26. Kadınlara Konulan Ön Tanılara Göre İnspeksiyon ve Spekulum Muayene Bulguları

Tablo 27. Son Tanılara Göre Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı

Tablo 28. Son Tanılara Göre Kadınların Hijyen Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Tablo 29. Son Tanılara Göre Kadınların Metabolik/Kronik Hastalık Durumları, Antibiyotik ve Sürekli İlaç Kullanma Durumları ile Akıntı Şikayeti Öyküsüne Göre Dağılımı

1.ÖZET

Bu çalışma vajinal akıntı şikayeti ile sağlık ocağına başvuran kadınların sağlık davranışlarının belirlenmesi ve geliştirilen Vajinal Akıntı Tanılama Formuna (VATF) göre yapılan tanı ile; muayene, pH ve taze preparat inceleme sonucuna göre konulan tanının uyuşma durumunun değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve metodolojik olarak planlanıp uygulandı.

Araştırma Sakarya Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Sinanoğlu Sağlık Ocağında Şubat 2006-Mart 2007 tarihinde 50 vaka ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu, “Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği” (ÜSBÖ), araştırmacı tarafından geliştirilen “Vajinal akıntı tanılama formu (VATF)” kullanıldı. Formlar yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. VATF'na göre yapılan değerlendirme ile ön tanımlar saptandı. Kadından sürüntü alınarak, sürüntünün pH'ına bakıldı, whiff testi ve taze preparat inceleme yapıldı. Elde edilen laboratuvar sonuçlarına göre de son tanımlar konuldu. Elde edilen sonuçların değerlendirmesinde uygun istatistiksel analiz yöntemleri kullanıldı ve ön tanı ile son tanı arasındaki uyum da ağırlıklı kappa analizi ile değerlendirildi.

Çalışmamızdaki kadınların yaş ortalamalarının 32.58 ± 8.02 olduğu, çoğunluğunun ilkökul mezunu olup çalışmadığı belirlendi. Kadınların yaş, eğitim ve vajinal duş yapma durumu ile ÜSBÖ arasında anlamlılık bulunmazken, taharetlenme durumu, iç çamaşır değiştirme sıklığı, vajinal akıntı öyküsü ve kronik/metabolik hastalık durumu ile ÜSBÖ'nin bazı alt boyutları ve toplam puanları arasında anlamlılık bulundu. VATF ile konulan ön tanı ile, laboratuvar sonuçlarına göre konan son tanı uyumluluğunun iyi düzeyde olduğu saptandı.

Sonuç olarak; kadınların sağlık davranışları ve hijyen alışkanlıkları açısından bilgilerinin yetersiz olduğu ve eğitime gereksinim duydukları belirlendi. VATF'nun birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve kliniklerde vajinal akıntının tanılmasında hemşire tarafından güvenle kullanılabileceği saptandı.

Anahtar Kelimeler; Vajinal akıntılar, VATF, Üreme Sağlığı Davranışları

2. SUMMARY

TO EVALUATE OF REPRODUCTIVE HEALTH BEHAVIOUR AT THE WOMEN AND THE RESULTS OF DEVELOPED VAGINAL FLOW DIAGNOSIS FORM [VFDF (IN TURKISH VATF)]

This study is performed as a descriptive work and planned methodological for the purpose of to become definite of women's health behavior who apply to a premier health center about have a vaginal flow complaint and situation of equalization between diagnosis that is defined according to inspection, pH and search of fresh preparation and diagnosis that according to developed vaginal flow diagnosis form [VFDF (in Turkish VATF)].

The search had been performed in Sinanoğlu Premier Health Center which is related to Sakarya Health Directorship with 50 events. A questionnaire which is prepared by searcher, "A scale to define protective attitudes to propagate health of married women"(ÜSBÖ) and developed by searcher "Vaginal flow diagnosis form" (VATF) are used like data collection tools. These forms are filled via face to face discussions. First diagnosis is appointed with evaluations that are made according to VATF. A flow pattern is taken from women and then their pH is checked up and then Whiff test and fresh preparation observing are made. Also according to obtained laboratory results the last diagnosis is placed. In evaluation of obtained results suitable statistical analysis methods is used and then accordance which is between first and last diagnosis is evaluated with weighted Kappa analysis.

That is determined; the women who participate to our study have 32.58 ± 8.02 average ages and the most of them graduated from primary school and also most of them do not work. It is not found suggestiveness between ÜSBÖ and women's ages, educational situations, vaginal shower but it is found suggestiveness between lustration situation, frequency underclothes changing, story of vaginal flow and chronic/metabolic illness situation of women and some lower dimensions of ÜSBÖ and total score. It is appointed that accordance which is between the first diagnosis that placed via VATF and the last diagnosis that obtained laboratory results has good level.

As a result that is defined; the women have not enough information about health behaviors and they need to education about this subject. Also it is appointed that VFDF (VTAF) can be used on trust for definition of vaginal flow by the nurses in the first step health sectors and clinics.

Keywords: Vaginal flows, VFDF, Behaviors of Propagate Health

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Genital Yol Enfeksiyonları (GYE) içinde yer alan vajinal enfeksiyonlar kadınların doktora en sık başvurduğu hastalık şikayetidir. Doğurganlık dönemindeki kadınların çoğunun, hayatlarında en az bir kez vajinal enfeksiyon geçirdiği belirtilmektedir. Sık tekrarlayan ve tedavi edilmeyen vajinal enfeksiyonlar kronik rahatsızlıklara, infertiliteye hatta kansere neden olabilmekte ve kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (3,20,22,53,68,73,75,80).

Vajinanın normal olarak nemli kalması servikal sekresyon ile mümkündür. Bu sekresyon çok miktarda olmadığı sürece herhangi bir yakınmaya yol açmaz. Normal vajinal akıntı berraktır ve yumurta akını andırır. Normal akıntı ile anormal akıntıyı birbirinden ayırmak gerekir. Vajinal akıntı fizyolojik bir olay olabildiği gibi patolojik bir olayın göstergesi de olabilir. Patolojik vajinal akıntısı olan hastalar semptomatiktir ve akıntıda renk değişikliği, koku, kaşıntı, *dizüri* ve *disparoni* şikayetleri mevcuttur. Patolojik akıntı vajen duvarlarına yapışıkır. Laboratuvar değerlendirilmesinde pH'da artış, *lökosit* ve *clue* (ipucu) hücrelerinde artış ve anormal organizmalar gözlemlenir. Hastanın semptomları laboratuvar ile değerlendirilerek ayırıcı tanı yapılır (2,16,22,62,75,89)

Her kadın vajinal enfeksiyon yönünden risk altındadır. Ancak bu riskin artmasına neden olan risk faktörlerinin iyi bilinmesi ve ona göre önlem alınması gerekir. Bu faktörler; uzun süre antibiyotik ve steroid tedavisi, diyabet gibi sistemik hastalıklar, anemi gibi metabolik hastalıklar, uzun ve yoğun yaşanan stres, çok eşlilik, uygun olmayan koşullarda yapılan doğum ve küretajlar, aşırı doğurganlık, intravajinal yabancı cisimler, oral kontraseptif ve rahim içi araç (RİA) kullanımı, düşük sosyo-ekonomik statünün getirdiği kötü çevre koşulları, sıcaklık ve nemi artıran sentetik ve sıkı giysiler, lokal alerjiler (parfümlü tuvalet kağıdı,tampon vb.), beslenme bozukluğu ve yetersiz hijyen koşullarıdır (2,3,16,53,75).

Vajinal enfeksiyon ve risk gruplarına yönelik Dan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (30); candidiazis için başlıca risk faktörleri antibiyotik ve oral kontraseptif

kullanımı olarak bildirilmiştir. Watcharotone ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (88) ise; bakteriyel vajinozis prevelansı RİA kullananlarda ve ilk cinsel ilişki yaşı erken olan kadınlarda yüksek bulunmuş ve özellikle partner sayısı ve cinsel ilişki sıklığı fazla olanlar ile sigara içmeye eğilimli olanların bakteriyel vajinozise daha yatkın olduğu bildirilmiştir. Pasinlioğlu ve Bülbül'ün çalışmasında da (71) kadınların RİA'yı bırakma nedenlerinin başında genital yol enfeksiyonlarının geldiği bildirilmektedir. Yine Shu ve arkadaşlarının (76) yapmış olduğu çalışmada da; vajinitisin gebelik, antibiyotik, oral kontraseptif kullanımı ve seksüel yönden aktiflerle ilişkili bulunduğu bildirilmiştir. Hacıaloğlu ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada (51) ise vajinal duşun genital yol enfeksiyonu açısından risk oluşturduğu sonucuna varılmıştır.

En sık rastlanan vajinal enfeksiyonlar; Bakteriyel Vajinozis (BV), Candidiazis (C), Trichomonas Vajinalistir (TV) . **BV** de; ince homojen, sulu, gri-beyaz renkte ve balıksı kokulu akıntı mevcuttur. pH 4.5'in üzerindedir. Akıntıya %10'luk KOH (potasyum hidroksit) damlatıldığında amin kokusu verir, yani whiff testi pozitifdir. Islak preparatta ipucu hücreleri ve bol lökosit görülür. **C** ; süt kesiğine benzer akıntı ile karakterizedir. Kaşıntı ve irritasyon mevcuttur. Vajen duvarlarına yapışık beyaz plaklar görülür. pH 4.5'in altında normal değerlerdedir. Taze preparatta hifler ve tomurcuklar görülür. **TV**; yeşil-sarı köpüklü ve kötü kokulu akıntı ile karakterizedir. Kaşıntı ve *dizüri* görülebilir. Vulva ödemli, kızarık ve hassastır. pH 5.0'ın üzerindedir. Muayenede serviks çilek görünümündedir. Taze preparatta hareketli *trichomonaslar* görülür (3,4,16,29,53,75, 89).

Bolatlı ve arkadaşlarının 280 kadınla yaptıkları çalışmada (24); 32'sinde BV, 74'ünde C, 45'inde TV saptandığı bildirilmiştir. Zeteroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (94) 116 hastanın 48'inde patolojik bulgu saptanırken, 30'una BV, 23'üne C ve 2'sine TV tanısı konmuştur. Zhang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (95) ise; BV, C ve TV prevelans oranı sırasıyla; %22.2, %4.9, ve %2.1 bulunmuştur.

Akıntı şikayeti ile başvuran bir hastaya yaklaşımda en önemli basamak kuşkusuz anamnezdır. Vajinal enfeksiyon tanısı öncelikle iyi bir anamnezle başlar. Anamnezde; akıntının miktarı, rengi, kıvamı, kokusu ile birlikte yanma, kaşıntı, ağrı, menstruasyonla

ilişkisi, vajinal lavaj kullanımı, yaşam tarzı, aldığı ilaçlar, giyim özellikleri ve daha önce aldığı ilaçlar sorgulanmalıdır. Bu özellikle tekrarlayan vajinitlerde önemlidir. Kadınların büyük çoğunluğu tanı ve tedavi için birinci basamak sağlık kuruluşuna başvururlar ve bu kuruluşlarda etiyolojik ajan tespit etmek için olanaklar yeterli değildir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) uzmanlar grubu etiyolojik ve klinik tanının yarattığı sorunlara alternatif olarak sendrom yaklaşımı önermektedir. Sendrom “hastanın yakınmalarına dayalı belirtiler ve muayene sırasında gözlenen bulgular grubu” olarak tanımlanmaktadır. Sendrom yaklaşımı ile tek bir hastalık tanısı yerine, hastanın semptomları temel alınarak tanı ve tedavi kararı verilmektedir. Böylece yanlış tanı olasılığı azalırken, eksiksiz tedavi olasılığı da artmaktadır. Bu yaklaşım hekim dışı sağlık personeli tarafından da öğrenilebilir. Örneğin Hollanda’da cinsel yolla bulaşan hastalıkları (CYBH) olanların tanı ve tedavisi, sendrom yaklaşımı kullanılarak yıllarca hemşireler tarafından izlenmiştir. Ayrıca ayırıcı tanı için taze preparatta direkt mikroskopik inceleme, pH ölçümü ve %10'luk KOH (potasyum hidroksit) ile Whiff (koku) testi yapılabilir (3,16,22,75,89)

Nemut ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (65); vajinal akıntıya neden olan mikroorganizmalar ve bunların tanısında hızlı, ekonomik, kolay uygulanabilir ve güvenilir tanı yöntemleri araştırılmış, 306 vajinal akıntı örneği değerlendirilmiştir. Akıntı örneklerinin incelenmesinde, taze preparat, gram boyaması ve kültür yöntemleri kullanılmasının uygun olduğu sonucuna varıldığını bildirilmiştir. Özkan ve Demir (70) ise vajinit tanısında hemşirenin etkinliğini belirlemek amacı ile standart kontrol listesi geliştirmiş ve ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. Geliştirdikleri “standart kontrol listesi” ni kullanarak konulan vajinit tanısında, yüksek oranda başarı sağlamışlardır. Vajinal hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile hem enfeksiyonun olası komplikasyonları, hem de başkalarının enfekte olması engellenecektir (75).

Vajinal sorunu olan kadınların kendi bakımlarını sürdürebilmeleri ve olası problemleri önleyebilmeleri için sağlık bakım bilgisine gereksinimleri vardır. Bir çok kadın problemlerini tartışmaktan veya soru sormaktan çekinir. Hemşire kadını soru sormaya ve düşüncelerini tartışmaya teşvik etmeli, ona bakımı ile ilgili gereksinimi olan bilgileri vermelidir (75).

Tüm bu veriler; GYE'larının tanılanması, tedavisi ve özellikle korunması konularında hemşirenin etkinliğini ortaya koymaktadır. Bu çalışmada da akıntı şikayeti ile gelen kadınların üreme sağlığı davranışlarının belirlenmesi ve laboratuvar tetkiklerinin uygulanamadığı özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, semptomlara yönelik hazırlanmış vajinal akıntı tanılama formu (VATF) ve spekulum muayenesine göre yapılan tanı ile; pH, whiff testi ve taze preparat inceleme sonucuna göre konulan tanı arasında fark olup olmadığının, ne düzeyde uyduğu belirlenmesi amaçlanmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Normal Genital Flora ve Fizyolojisi

Normal genital *traktus transisyonel, kolumnar ve skuamöz* hücrelerden oluşmuş bir mukozal tabakadır. Çeşitli kommensal mikroorganizmalar tarafından kolonize edilmiştir. Bu mikroorganizmalar konağa olağan dışı durumlar dışında zarar vermezler ve patojen mikroorganizmaların yapışmasını engellerler (48).

Vajinanın normal olarak nemli kalması servikal sekresyon ile mümkündür. Bu sekresyon çok miktarda olmadığı sürece herhangi bir yakınmaya yol açmaz. Normal vajinal akıntı berraktır ve yumurta akını andırır. Mikroskopik incelemede bu akıntı içerisinde az miktarda lökositler, epitel hücreleri ve normal vajina florasını oluşturan *Doderlein* ve *Smegma basilleri, stafilokok, streptokok, E.koli* (Tablo 1) görülebilir. Normal akıntı pH'ı 3.8 – 4.5 arasındır. Akıntı; menstruasyon periyodu içinde ovulasyon zamanında (östrojen düzeylerine bağlı olarak) artma eğilimindedir, bunun yanında , cinsel ilişki, gebelik, emosyonel stres, bariyer yöntem (spermisitler,köpükler,kremler) kullanıldığı durumlarda da fizyolojik vajinal akıntı görülebilir. Bazı durumlarda bu akıntı çamaşırı kirletecek derecede olabilir. Her ne kadar aşırı miktarda olabilse de, fizyolojik akıntı renksiz, kokusuzdur ve kaşıntı, irritasyon yapmaz. Bu tür fizyolojik akıntılarda kadın bilgilendirilerek rahatlatılmalıdır (2,6,16,48,49,62,75,89).

Tablo 1. Normal Vajina Florasında Görülen Mikroorganizmalar

Mikroorganizma	İnsidans	Ortalama İnsidans (%)
Aerobik		
Staphylococcus aerous	0-32	10.9
Staphylococcus epidermidis	41-92	66
Streptococcus türleri	22-53	37
Grup B Streptokok	5-25	15
Grup D Streptokok	36-38	37
Non-hemolitik streptococ (Non-A,Non-B)	22-58	38
Enterokok	6-51	25
Laktobasiller	50-88	68
Escherichia coli	5-29	20.8
Gardnerella	2-58	25
Anerobik		
P. asaccharolyticus	29-79	42
P. magnus	23-54	34
P. prevati	25-64	38
P. anerobius	14-64	36
Clostridium türleri	4-18	11.6
Fuzobacterium	12-23	18
Veillonella	9-27	15.2
Bacteroides türleri	50-57	52
B. bivius	34	34
B. frogilis	5-16	11.3
B. melaninogenicus	18-36	25
Diğer		
Candida albicans	7-16	11.5
Trichomonas vajinalis	5-15	10

(Kaynak;Güneç T.; Vajinal Akıntılarda En Sık Rastlanan Etkenlerin Klinik Tanı ve Laboratuvar Bulgularının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Samsun, 1999)

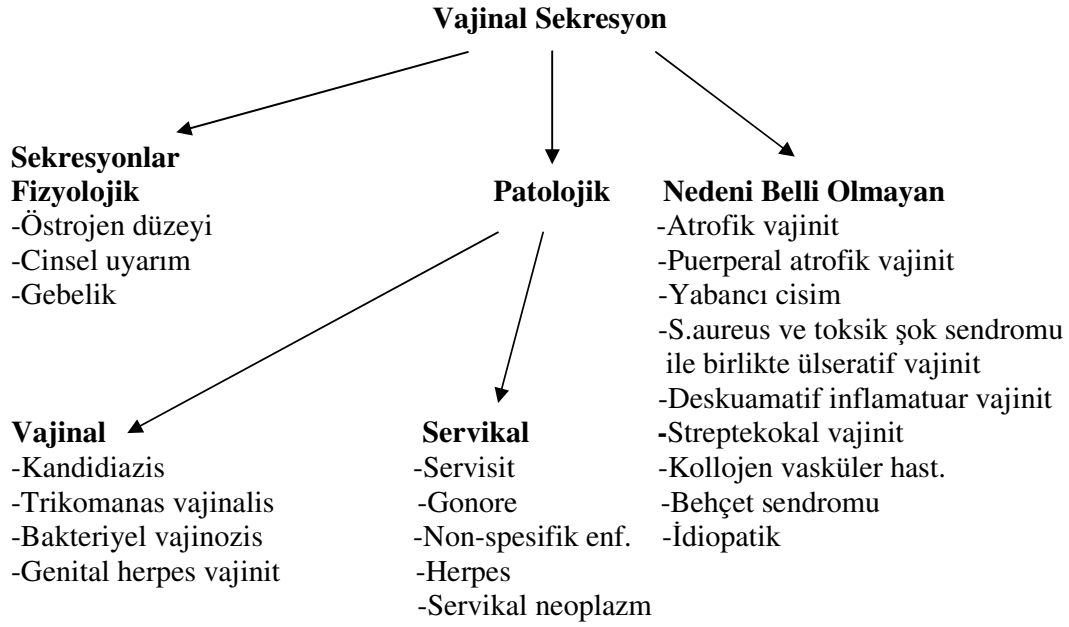
4.2. Vajinal Enfeksiyonlar

4.2.1. Vajinal akıntı

Vajinal sekresyonun miktarı ve özelliği kadının fizyolojik, psikolojik ve patolojik durumuna göre değişiklikler gösterir (Şekil 1). Kadınlarda akıntının fizyolojik olan artma nedenleri arasında; anksiyete, seksüel yönden sık uyarılma, gebelik, premenstrual

dönem, ovulasyon öncesi dönem (östrojen düzeyine bağlı olarak) sayılabilir. Patolojik nedenler, vajinal veya servikal kaynaklı olabilir. Bunun yanında belirlenmeyen nedenler ile de vajinal sekresyonun miktar ve özelliği değişebilir (2,6,48,75).

Şekil 1: Vajinal Akıntı Nedenleri



(Kaynak; Sevil Ü.,Özkan S.; Kadınlarda sık görülen vulvovajinal enfeksiyonlar ,İzmir,2004)

4.2.2.Artmış Fizyolojik Akıntı

Fizyolojik akıntıda kişiden kişiye değişen semptomlar görülmekle birlikte, kaşıntı, yanma ve ağrı yoktur. Akıntının beraberinde vulvada anormallik bulunmaz, ayrıca akıntı introitusta görülmez. Beyaz nonhemojen ve visközdür. Vajina yüzeyi ve serviks normaldir. pH 4.5 ten düşüktür ve amin kokusu yoktur. Mikroskopik olarak *ipucu* hücreleri, *trichomanaslar*, *miçeller* bulunmaz ve lökositlere de az rastlanır. Buna karşılık çok sayıda laktobasil görülür. Üreyecek olan mikroorganizmalar normal vajina florasına ait oldukları için kültüre gerek yoktur (48) .

4.2.3.Patolojik Akıntılar

Patolojik akıntının en sık nedeni vajinal enfeksiyonlardır. Vajinal enfeksiyonlar artmış vajinal akıntı, vulvada irritasyon, pruritis, eksternal dizüri ve kötü kokuya yol açabilir (48). Patolojik akıntı vajen duvarlarına yapışıktır. Laboratuvar değerlendirilmesinde pH'da artış, lökosit ve *ipucu* hücrelerinde artış veya anormal organizmalar gözlemlenir (2,16,22,48,62,75,89).

Vajinal enfeksiyonlarda genellikle dört etken karşımıza çıkar. Bunlar sıklık sırasına göre; BV, C, TV ve çocuklarda gonokoklardır. Bunun dışında servisit, servikal ektropiyon, vajinada yabancı cisim, allerjik reaksiyonlar, atrofik vajinit, paraziter enfeksiyonlar, renksiz lökoreden amibik enfeksiyonlara kadar değişen antiteler, vajinit nedenleri arasındadır. Ayrıca *streptokoklar*, *Herpes virüs*, *Human papilloma virüs*, *Mycoplazmalar* primer olarak serviksi tuttukları halde seconder olarak vajinal akıntıya neden olabilirler (48) .

4.2.3.1.Vajinal Enfeksiyonun Tanımı

Vajinal Enfeksiyon, vajinanın kötü kokulu akıntı, irritasyon ve kaşıntı ile karakterize inflamasyon durumudur. Serviks ve vajina anatomik yerleri ve özellikleri nedeniyle enfeksiyon açısından iç üreme organları için bir giriş kapısıdır. Bu nedenle enfeksiyona maruziyeti daha açık organlardır (60).

Vajinal enfeksiyonların en önemli bulgusu, vajinal akıntının artmasıdır. Klasik olarak bir çok enfeksiyona özgü akıntı özellikleri bellidir (Tablo 2) (48).

Tablo 2. Vajinal Akıntı Özellikleri

	NORMAL	KANDİDA	BAKTERİYEL VAJİNOZİS	TRİCHOMONAS VAJİNALİS
ETKEN	-	Candida Albicans	Gardnerella Vajinalis	Trichomonas Vajinalis
pH	3.8-4.5	4.5'in altında	5.0'ın üstünde	5.0'ın üstünde
GÖRÜNÜM	Visköz, non-homojen beyaz vajinal akıntı	Peynirimsi, beyaz, yapışkan, parçalı vajinal akıntı	Grimsi, yapışkan, homojen akıntı	Bol pürülan, köpüklü, kötü kokulu yeşilimsi (yeşil-sarı) akıntı
SEMPATOM	-	Kaşıntı, yanma, disparoni, dizüri	Balıksı koku	Kaşıntı , disparoni
AMİN KOKUSU (KOH)	-	-	+	OLABİLİR
MİKROSKOBİ	Laktobasillus	Hif , laktobasillus , bazen lökosit	İpucu hücresi (clue cell), bakteri, lökosit	Trichomonas vajinalis, bazen lökosit, laktobasillus, bakteride görülebilir

(Kaynak; T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Hizmet Rehberi, Ankara,2000;T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı, İstanbul, 1995)

4.2.3.2. Vajinal Enfeksiyona Neden Olan Risk Faktörleri

Her kadın vajinal enfeksiyon yönünden risk altındadır. Ancak bu riskin artmasına neden olan faktörlerin iyi bilinmesi ve ona göre önlem alınması gerekir (60,75). Bu faktörler;

- **Vajinal Duş :** Hazne içinin yıkanması vajinanın doğal florasını bozar. Vajen florasının bozulması mikroorganizmaların çoğalmasına ve zararlı mikroorganizmaların daha üst genital organlara ilerlemesine yol açar. Haftada birden fazla yapıldığında vajinadaki laktobasillerin sayısının azalmasına ve

doku direncinin düşmesine bağlı enfeksiyona yatkınlığı artırır (60). Hacıaloğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (51) vajinal duşun genital yol enfeksiyonuna neden olduğu belirtilmektedir. Buna benzer bir çok çalışmada vajinal duşun enfeksiyonlara yatkınlığı artırdığı belirtilmektedir (1,28, 51,56,60,73).

- **Yetersiz Hijyen :** Genital enfeksiyonların, kadının hijyenik alışkanlıklarıyla ilişkili olduğu, genital hijyen uygulamaları yanlış olanlarda genellikle enfeksiyonların arttığı bilinmektedir. Özellikle perine hijyeninin yanlış yapılması (arkadan öne doğru), anüsteki mikroorganizmaların vajinaya geçerek enfeksiyon oluşturmaya yol açar (60,73,80). Karatay ve Özvarış'ın yapmış olduğu çalışmada (56); kadınlardan bazılarının uygunsuz iç çamaşırı kullandığı ve önemli bir kısmının iç çamaşırlarını yeterli sıklıkta değiştirmedeği; çoğunluğunun genital bölge temizliğine ve menstruasyon hijyenine yeterince dikkat etmediği ve bu konuda yanlış uygulamalarının olduğu; vajinal duş gibi sakıncalı bir uygulamanın kadınlar arasında yaygın bir biçimde kullanıldığı; akıntısı olan kadınların çoğunluğunun bu sorunlarını kendi kendilerine çözmeye çalıştıkları ve tıbbi tedaviye başvurmadıkları saptanmıştır. Serbest'in yapmış olduğu çalışmada da (73) GYE geçiren kadınların çoğunluğunun hijyenik alışkanlıklarının yetersiz olduğu belirlenmiştir. Yine Yağmur ve arkadaşlarının çalışmasında da (90) kadınların genital hijyen davranışları yetersiz bulunmuştur. Yapılan bir çok araştırmada bunu desteklemektedir (38,46,50,56,83).
- **Uzun Süren Antibiyotik ve Steroid Tedavisi :** Uzun süren antibiyotik tedavisi vajen florasını bozarak mikroorganizmaların üreyebileceği bir ortam yaratır. Steroid tedavisi ise bağışıklık sisteminin baskılanmasına bağlı vücut direncini düşürür (16,60,75,80). Don ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (30); antibiyotik tedavisinin C için başlıca risk faktörü olduğu belirtilmiştir . Shu ve arkadaşları da (76) özellikle antibiyotik tedavisinin vajinite yatkınlığı artırdığını bildirmiştir .

- **Diyabet gibi Sistemik Hastalıklar :** Vajinal sekresyondaki glukoz artışı vajendeki mikroorganizmaların sayısını artırmaktadır. Özellikle C için risk faktörüdür (16,32,60,72,75,80). Kısa'nın yapmış olduğu çalışmada (60) diyabetin vajinal enfeksiyon riskini artırdığı belirtilmiştir .
- **Sigara ve Alkol Kullanma :** Sigara ve alkol kullanma vücut direncini düşürür (60). Watcharotone ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışma da (88) sigara içenlerin BV'e daha yatkın oldukları bildirilmiştir .
- **Kontraseptifler :** Oral kontraseptifler, vajinanın mukozasındaki glikojen depolarının sayısını artırır. Aynı zamanda karbonhidrat metabolizmasında meydana getirdiği değişikliğe bağlı olarak vajinal enfeksiyon oluşmasına yol açar (16,60,75,80). Ancak son yıllarda düşük doz östrojen içermesinden ötürü, oral kontraseptifin C neden olmadığı da savunulmaktadır (95). Günay'ın çalışmasında (48) oral kontraseptif kullananlarda vajinal enfeksiyon arasında bir anlamlılık bulunmamıştır. RİA kullanımı BV'in majör risk faktörlerindedir (48). Watcharotone ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada (88) BV prevelansının RİA kullananlarda artmış olduğu bildirilmiştir . Yapılan bir çok çalışmada RİA kullanmanın vajinal enfeksiyonları artırdığı bildirilmektedir (13,16,22,41,48,59,66,77). Bariyer yöntemlerin CYBH'lara karşı koruyucu olduğu bilinmektedir (22,30,48).
- **Vajinal Tamponlar:** Vajene yerleştirme sırasında irritasyon ve kontaminasyona neden olur. Uzun zaman vajende kalması mikroorganizmaların çoğalması için zemin hazırlar (60) .
- **Vajinal Spreyler:** Vajen florasının bozulmasına bağlı olarak enfeksiyon gelişimine neden olur (60).
- **Dar Kıyafetlerin Giyilmesi:** Sıkı kıyafetler perineal ventilasyonu önleyerek nemli bir ortam yaratır. Nemli ortamda mikroorganizmalar daha çok ürer ve

enfeksiyona zemin hazırlar (60,73,80). Serbest'in yaptığı çalışmada (73) dar pantolon giymenin vajen enfeksiyonunu artırdığı belirlenmiştir .

- **Uzun ve Yoğun Yaşanan Stres:** Bağışıklık sistemini baskılayarak vücut direncini düşürür ve enfeksiyonlara yatkınlığı artırır (73) .
- **Çok Eşlilik:** Değişik seminal mayiye bağlı olarak vajen florası bozulur. Aynı zamanda çok eşlilik, vajen pH'sında değişiklik ve değişik mikroorganizmaların vajene girmesine bağlı olarak doku direncini düşürür (60). Watcharotone ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada (88) partner sayısının fazla olmasının BV prevelansını artırdığı bildirilmiştir .
- **Uygun Olmayan Şartlarda Yapılan Doğum ve Küretajlar:** Doğum ve küretajın yetersiz hijyenik koşullarda yapıldığı durumlar kontaminasyona neden olur (60) . Ergin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (40), sağlıklı koşullarda yapılan doğumlardan sonra komplikasyon görülme olasılığının üç kat arttığı ve bu komplikasyonlardan kötü kokulu akıntının %25.4 oranıyla ikinci sırayı aldığı saptanmıştır. Akdolun Balkaya (9) postpartum dönemde kadınların bakım gereksinimlerini ve ebe-hemşirelerin görevlerini belirlerken, vajinal enfeksiyonların belirti ve bulguları açısından da kadınların izlenmesi gerektiğini belirtmiştir.
- **Aşırı Doğurganlık:** Doku direncini düşürür. Çok ve sık doğumlar kadınlarda beslenme bozukluğuna yol açar (20,60,80). Baybağ yaptığı çalışmada (20), enfeksiyon tanısı alanların gebelik sayısını 4 ve üzeri olarak saptamıştır .
- **Düşük Sosyo-Ekonomik Statü:** Düşük sosyo-ekonomik statünün getirdiği kötü çevre koşulları, beslenme bozukluğu ve yetersiz hijyendir. Bunların yanı sıra çok ve sık doğum, stres gibi faktörleri de beraberinde getirir ve enfeksiyon riskini artırır (60,80).

- **Beslenme Bozukluğu:** Beslenme bozukluğu protein-kalori yetmezliğine ve anemiye neden olarak vücut direncini düşürür (60).

4.2.3.3. Sık Görülen Vajinal Enfeksiyonlar

4.2.3.3.1. Bakteriyel Vajinozis

Gardnerella vajiniti ilk olarak 1955 Gardner ve Dukes tarafından tanımlanmıştır. Önceleri “ Non-spesifik Vajinitis” olarak bilinen durumdan sorumlu mikroorganizmaları tanımlayıp, bunu Hemophilus vaginalis olarak adlandırmışlardır. Fakat bakterinin genusu ile ilgili ciddi soru işaretleri olduğu için Greenwood ve Picket yeni bir genus tanımlamışlar ve bu yeni genusa Dr. Gardner onuruna “Gardnerella Vajinalis” adını vermişlerdir (20,48,49,80).

BV üreme çağındaki kadınlarda görülen şikayetlerin oldukça büyük bir bölümünü oluşturur. BV vajinal asiditenin ve Laktobasil konsantrasyonunun azaldığı ve diğer organizma konsantrasyonlarının %100 veya daha fazla arttığı bir polimikrobiyal durum olup en sık olan vajinal enfeksiyondur (49,75). Keçeli ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (59) en sık vajinit nedeni BV bulunmuştur . Yapılan bir çok çalışmada bunu desteklemektedir (17,20,22,35,48,66,88,94,95).

Etken

BV yol açan etkenler; *Mobilunkus*, *Bakterioides*, *Peptekokus*, *Mikroplazma*, *Gardnerella* ve diğer anaeroblardır (73,75,80).

Hazırlayıcı Faktörler

BV için risk faktörleri; RİA kullanımı, partner sayısının birden fazla olması, yaşın 25’den fazla oluşu, birlikte klamidya, gonore enfeksiyonlarının varlığı, beyaz ırtan olmamaktır. Spermisidli kondom kullanımı BV için hazırlayıcı faktör olabilir, çünkü nonoksinol 9’un laktobasiller üzerindeki bakterisidol etkisi gösterilmiştir (32,75).

Watcharotone ve arkadaşlarının (88) yaptığı çalışmada; RİA kullanımının ve partner sayısının fazla olmasının BV'e yatkınlığı artırdığı belirlenmiştir .

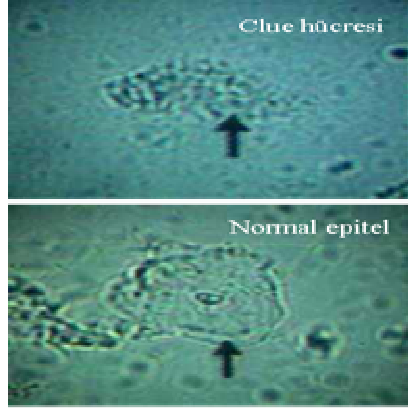
BV'in seksüel aktiviteyle ilişkisi açık değildir. BV her zaman seksüel açıdan açık kadınlarda bulunsa da ve multipl seks partneriyle ilişkili olsa da seksüel geçişli bir hastalık olarak düşünülmemiştir. Tedavi gören kadınların erkek partnerlerinin de üretralarında BV ile ilgili bakteriler bulunmuşsa da bunlar endojen faktörlere bağlı görülmemektedir. Partnerlerin tedavisi nüksü önlemede yararlı bulunmamıştır. Laktobasiller dominant floranın yeniden oluşmasını sağlayabileceğinden tedavi süresince cinsel aktiviteye ara verilmelidir (75). Shu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (76) vajinitisin seksüel yönden aktif kişilerde bulunduğu bildirilmiştir. Atmaca ve arkadaşlarının genelevde çalışan kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada (17), kadınlarda en fazla BV saptanmıştır.

Genelde BV üretken yaştaki kadınları etkiler (75). Mendoza-Gonzalez ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (63) üretken çağıdaki kadınlarda BV prevalansı yüksek bulunmuştur. Hastalık nadiren ergenlik öncesindeki ve postmenopoz dönemdeki kadınlarda da çıkabilir, bu da hastalığın patogenezinde cinsiyet hormonlarının olası rolüne işaret eder (49,75).

Klinik Bulgular

BV'li kadınların %50'den fazlası asemptomatik seyreder. Hastaların en önemli yakınması kötü kokulu anormal vajinal akıntıdır (20,75).

Gardner ve Dukes, vajinitin klinik özelliklerini bugünde kullanılan, gri, homojen, pH:5.5-6.0 arasında, kokulu bir akıntı, laktobasillus yokluğu, ipucu hücreleri varlığı kriteriyle tanımlamışlardır (48).



Resim 1. Clue ve Normal Hücrenin Mikroskopik Görüntüsü

Hastaların sulandırılmış süt ve balık kokusundaki vajinal salgılarında bu bakteriler, az sayıda lökosit ve gardnerella vaginalis bakterilerinin kümeler şeklinde yapıştıkları epitel hücreleri görülür. Bu hücrelere clue cells = ipucu hücreleri adı verilir (48). Hastaların %50’sinden fazlasında balık kokusu ile karakterize kötü bir koku vardır. Koku cinsel ilişkiden sonra daha fazla belirginleşebilir, bunun nedeni ejak lasyonla atılan sıvının bazik olup (pH : 7) vajinal salgının pH’ını değiştirmesindendir (49,75). Kaşıntı, *dizüri*, abdominal ağrı, *disparoni* hastalığın bulguları arasında değildir. Spekulum muayenesinde vajen duvarları enflame değildir. Sıklıkla intraoitus’da bulunan, vajen anterior ve lateral duvarlarına yapışkan, homojen, ince, su gibi, p rt ks z, non-inflamatuvar bir akıntı mevcuttur. Vajen duvarı normal görünümdedir (20,48,49,75).

Tanı

BV’de teşhis genellikle 1983 yılında Washigton  niversitesinde Richard Amsel tarafından açıklanan kriterlere göre yapılır (3,4,5,20,48,49,64,66,75). (Amsel kriterleri sayfa 29 da verilmiştir)

▪ Akıntının özelliği

 nce – homjen, süt gibi, gri, kötü kokulu, vajinal duvarlara yapışan ancak silinebilen bir akıntı.

- **Vajinal pH**

pH BV’de spesifik bir olgu değildir. Servisitisi ya da trikomoniyazisinde de yüksek olabilir. Vajinal pH, kanama, duş, yeni oluşmuş ilişkiden de etkilenir (49). Gutman ve arkadaşları (45) BV’li hastaların %89’nda pH’ı 4.5’ten yüksek bulmuşlardır.

- **Koku**

Subjektif komponent olan koku, BV’in belirleyici işaretidir. Koku sıklıkla hastalar tarafından balıgımsı olarak tanımlanır. Koku spekulum muayenesi yapılırken de tespit edilebilir. Ancak %10’luk KOH eklenmesiyle şiddeti artar. Artan pH aminlerin serbestleşmesini sağlar. Hakim olan *putrescine* ve *kadaverin* aminleridir ki bunlar arginin metabolizmasının, dekarboksilasyon ürünleridir. Bu komponentler uçucu olmayan tuzlardır. Ancak pH alkali olduğunda uçucu olurlar ve balık kokusu ortaya çıkar (49). Gutman ve arkadaşlarının çalışmasında (45) pozitif amin kokusu en yüksek tek kriter (%93) olarak belirlenmiştir.

- **Clue cell (İpucu hücreleri)**

Gardner ve Duker ilk olarak vajinal epitel hücrelerinde granüler görünümü gözlemleyerek bir taslak çizmişlerdir. Çünkü *gardnerella vaginalis* basili, vajen epitel hücresinin yüzeyini kaplamıştır, ancak daha sonra diğer bakterilerinde vajen epitel hücresini çevrelediğini görmüşlerdir (49).

İpucu hücreleri, mikroskop altında serum fizyolojik ile hazırlanan taze preparatta, bakterilerin vajen epiteline yapışarak hücre duvar bütünlüğünü bozmasıyla, sınırları belirsiz hale gelen vajen epitel hücrelerine denir (49,64,75).

Bakteriyel Vajinozis İçin Diğer Tanı Yöntemleri

- **Papanicolaou Smear (Pap smear)**

Pap smear, rutin olarak kullanılan bir tanı yöntemi olduğu için, taramalarda kullanılabilirse, büyük faydalar sağlayacağı düşünülür. Pap test, servikal hücreleri normal sınırlarda olup olmadığını ortaya çıkaran ve kanserin erken tanısında kullanılan

bir testtir (49,80). Haznedaroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (52) 3013 pap smear sonucu incelenmiş, infeksiyon tespit edilen 1525 olgunun 149'unda gardnerella vajinalis tespit edilmiştir.

➤ Vajinal Kültürler

BV ile ilişkili mikroorganizmalar arasında sık rastlanan Gardnerella vajinalis için yapılan vajen kültürleri sıklıkla yapılan ilk laboratuvar testidir. Ancak bu kültürlerin yararı tartışmalıdır (2,49,75). Sağlıklı kadınlarda da sıklıkla bulunduğundan vajinal sekresyondan Gardnerella Vajinalisin izole edilmesinin tanısal değeri çok azdır. Gardnerella Vajinalis, BV'in klinik bulgularından hastaların % 83-94'ünde kültürde üretilmiştir. Normal kadınların yarıya yakınında kültür pozitifliği olabildiğinden klinik bulgular olmaksızın kültür pozitifliği tanı için kullanılmamalıdır. Aynı nedenle tedavinin etkinliği de kültürle kontrol edilmemelidir (5,48,49). Akıntı şikayeti ile 442 kadın hastadan alınan akıntı incelenmiş. Gram boyama ve diğer kriterler (pH, koku ve ipucu hücrelerinin varlığı) doğrultusunda 442 örneğin 73'üne (%16.5) BV tanısı koyulurken kültür edilen 442 örneğin 34'ünde Gardnerella vajinalis üretilmiştir (50).

Sonuç olarak; vajen kültürlerinin bakteriyel vajinozis için herhangi bir değeri yoktur.

➤ Gram Boyama

Gram boyama erken tanı için en etkili ve ucuz olan yöntemdir. Gram boyama, 1965'ten beri BV'in tanımlanmasında kullanılmaktadır. Dunkelberg'ten sonra 1983'te Spigel ve arkadaşları BV için gram boyama kriterlerini saptamışlardır. Son zamanlarda Spigel ve arkadaşlarının kriterleri ile gram boyamayı yorumlayan çalışmalarda, gram boyamayla konan tanının klinik bulgularını taşıyan kadınların %62-97'sinde tutarlı olduğunu ve BV'in klinik bulgusunu taşımayan kadınların % 79-95'inde ise vajinal smearın normal olduğunu rapor etmişlerdir (2,48,49).

Mazzuli ve arkadaşları ile Nugent ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda en sık rastlanan bakteri olarak Laktobasillus (büyük gram pozitif çomaklar), Gardnerella ve

Bakterioides (küçük gram negatif ve gram değişken çomaklar) ve Mobilincusu (kıvrık gram negatif yada gram değişken çomaklar) bildirmişlerdir. Bu üç mortatif kullanılarak 0-10 arasında BV tanısında kullanılabilecek bir skarlama sistemi (nugent puanlama sistemi) oluşturulmuştur (5,48,49,66). Zarakolu ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada (93) nugent puanlama sistemi güvenilir bulunmuştur. (Nugent puanlama sistemi sayfa 30 de verilmiştir.)

➤ Diğer Yöntemler

Deoksiribonükleik asit problemleri ve bakteriyel metabolik ürünlerin belirlenmesine dayalı bazı testlerden de bakteriyel vajinozis tanısında faydalanılır (49).

Tedavi:

Önerilen Tedavi: Metranidazol 2 x 500 mg p.o./ gün / 7 gün. Tedavi başarıları %90 üzeri olarak bildirilmektedir (2,16,20,29,49,76).

Alternatif Tedavi : Metranidazol 2 gr p.o. / tek doz ; ampisilin 4 x 500 mg p.o. / gün / 7 gün ; %2'lik klindamisin krem gece yatariken 5 gr intravajinal / gün / 7 gün ; % 0.75 metranidazol jel 2 x 5 gr / intravajinal / gün / 5 gün ; klindamisin 2 x 300 mg p.o. / gün / 7 gün (49).

Seksüel partnerin tedavisi konusu yapılan tüm çalışmalara karşın çelişkili kalmıştır. Ancak bu konuda sık rekkürensler olduğu taktirde partnerinde tedavisini öneren yayınlar çoğunluktadır (16,20).

4.2.3.3.2.Candidiazis

C ilk defa 1849 yılında Wilkinson tarafından tanımlanmıştır (16,48). C kadınlarda sık görülen ve tekrarlayan bir enfeksiyondur (2,16,20,48,49,53,60,73,80).

Etken ; vajinadan izole edilen mantarların % 80-90'ı *C albicans* suşlarıdır. Geriye kalanlar *albicans* olmayan *C* türlerine bağlıdır ki, bunların en yaygınları; *Torulopsis glabrata* ve *C Tropicalistir* (2,20,48,49,53). Aydın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (18); alınan sürüntü örneklerinin % 11.7'sinde maya varlığı izlenmiştir. İzole edilen mayaların tiplendirilmeleri ise sırasıyla; *C Albicans* % 34, *C Tropicalis* %21.2, *trulopsis glabrata* % 14.8, *C Pseudotropicalis* % 10.6, *S Cerevisiae* % 10.6, *C Krusei* %4.2, *C Guilliermandii* %2.1 ve *C Stellotoidea* % 2.1 bulunmuştur.

Vajinal Candidiazisde Predispozan Faktörler

- ❖ Antibiyotikler
- ❖ Gebelik
- ❖ Kontrolsüz diabet
- ❖ Premenstrual dönem
- ❖ Oral kontraseptifler
- ❖ RİA
- ❖ İmmunosupresyon
- ❖ Eksojen hormonlar (östrojen, kortikosteroid)
- ❖ Sentetik ve sıkı giysiler, sıcaklık, nem
- ❖ Lokal allerjenler (tamponlar, klor, parfümlü tuvalet kağıdı)
- ❖ Metabolik hastalıklar (hipotroidi, hipoparatroidi, demir eksikliği anemisi)
- ❖ Radyasyon
- ❖ Kronik servisit
- ❖ Obesite
- ❖ Birden fazla cinsel partnerin olması
- ❖ Sık cinsel ilişkide bulunma
- ❖ Perine temizliğinin makattan vulvaya doğru yapılması (yanlış hijyen alışkanlığı)
- ❖ Stres
- ❖ Yüksek karbonhidrat içeren diyet
- ❖ Neoplazma,lösemi gibi malign hastalıklar
- ❖ AIDS gibi immün sistemin baskılandığı durumlar
- ❖ Cinsel ilişkiye başlama yaşının erken oluşu

- ❖ Fazla miktarda rafine şeker alımı olarak sıralanabilir (2,16,19,20,32,48,49,53, 60,73,75,80,84) .

Dan ve arkadaşları yaptığı çalışmada (30) C için risk faktörlerini antibiyotik ve oral kontraseptif kullanımı olduğunu bildirmişlerdir.

Klinik Bulgular

Şiddetli vulvar kaşıntı C'nın en önemli semptomudur ve normal yaşamı etkileyebilir. Özellikle kaşıntı sıcak etkisiyle artmaktadır (2,16,20,53)

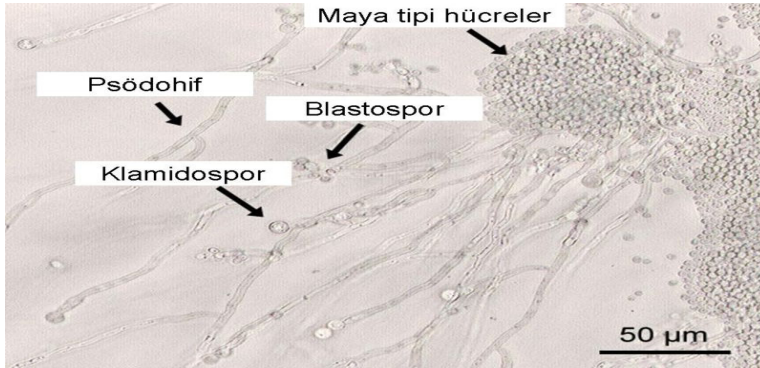


Resim 2. Vulvar Candidiazis Enfeksiyonu

Sulu akıntıdan pürülan akıntıya kadar değişen çeşitlikte akıntı mevcuttur. Genellikle peynirimsi, süt kesiğine benzer akıntıyla karakterizedir. Vajinada ve servikte yapışkan beyaz plaklara rastlanır. *Dizüri* nadiren görülür ve daha çok üriner yerleşimi düşündürür. Vulvada kaşıntıya bağlı ödem, *eritem*, *fissürler* oluşur. Vajina kuru ve parlak kırmızı görünümündedir. Vajinal ağrı, irritasyon, vulvar yanma hissi, *disparoni* ve *eksternal dizüri* sıklıkla vardır. Şayet koku varsa minimal ve kötü değildir. Yakınmalar hızla gelişir ve kadın gebe değilse menstruasyondan önceki hafta başlar. Bazı kadınlar her menstruasyon öncesinde tekrarlayan ve artan semptomlardan yakınırırlar (2,16,20,48,49,53,60,73,75,80).

Tanı

Vajinal pH : Vajen pH'sı normaldir (3.8-4.5). pH 4.5'in üzerinde bulunursa BV, TV veya miks enfeksiyon tespit edilir (20,49,60,75).



Resim 3. Candida Albicans

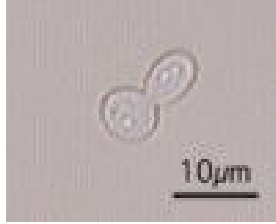


Resim 4. Mikroskopik Maya Görüntüleri

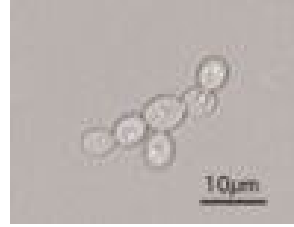
Tanı mikroskopik olarak konur. Gram boyalı preparatların bakısında hiflerin görülmesi *C Albicansı* düşündürür. Daha yaygın kullanılan yöntem, bir miktar akıntıya % 10'luk KOH damlatılarak mikroskop altında incelenmesi teşhisi güçlendirir. Potasyum hidroksit, epitel, lökosit ve eritrositleri tahrip ettiği için mantar kümeleri daha rahat görülür (48,49,75).

Kültür : Kültür pozitif semptomatik C olan hastalarda, mikroskopi ile % 50 gibi düşük sensitivite elde edilmiştir. Bu bulguya rağmen rutin kültür gerekli değildir. Eğer işaret ve semptomlar C düşündürüyor, ancak mikroskopik bulgular patojen için negatif ise

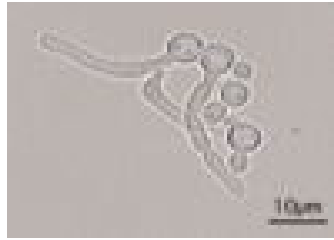
kültür yapılmalıdır. Tanıyı doğrulamak için Sabaroud veya nickerson besiyerleri kullanılır (48,49,75).



Resim 5.Tomurcuklanarak bölünmekte olan C. albicans



Resim 6.Tomurcuklanarak psödohif gibi kümelenmiş C. albicans



Resim 7.İnvazif hale geçmiş C. albicans

Pap Smear : Diagnostik test için gerekli değildir. Yaklaşık % 25 vakada bu test pozitifdir (49).

Ayrıca lateks aglutinasyon gibi serolojik bazı testlerin mikroskopik incelemeye bir üstünlüğü yoktur (48,49).

Tedavi

C'nın en etkin tedavisi topikal ajanlardan oluşur. *Butanacozole*, *clotrimazole*, *mikonazole*, *tercanazole* ve *itracanazole* gibi azoller topik uygulamalı araçların 7 gün süreyle her gece lokal olarak uygulanması şeklindedir. Tedavi süresi 1 gün, 3 gün veya en fazla 10 gün olabilir. Ürünlerin çoğu krem veya tablet formunda mevcuttur. Oral antimikotik ajanlar lokal tedaviye üstün olmasa da kür oranları açısından başarılı oldukları söylenebilir (20,49,75) .

Polien grubu ilaçlardan *nistatin amphotericine B, pimaricine* 1953'den beri başarıyla kullanılmaktadır. C olgularında en önemli sorunu oluşturan tekrarlayan enfeksiyonlarda *ketokonazole* 200 mg günde 2 kez 5 gün süreyle önerilebilir (20). Ayrıca 6 ay günde 100 mg oral *ketokonazole*'nin kullanımı C varlığını azalttığı söylenmiştir (75).

Seksüel partnerin tedavisi konusu henüz tam açıklığa kavuşmamış olmasına karşın peniste C dermatit varsa topikal tedavi önerilebilir (20).

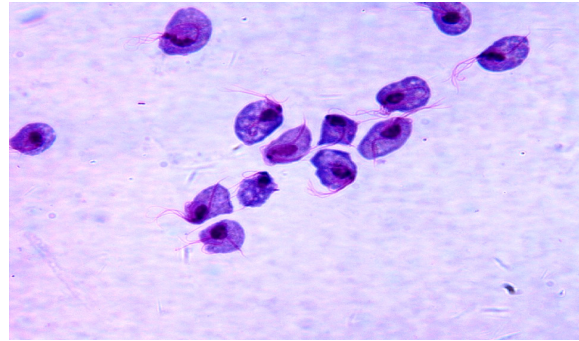
Tedavide predispozan faktörlerden kaldırılacaklar hususunda önlem alınmalı ve hijyen kurallarına uyulması hatırlatılmalıdır (20,75).

4.2.3.3. Trichomonas Vajinalis

İlk kez 1836'da Donne tarafından tanımlanan TV anaerob, hareketli, ortalama 15-20µm boyunda ovoid şekilli bir protozondur. Ön kısmında 4 hareketli kamçı, büyük bir nükleus ve arkada da dalgalanan zarı vardır (16,20,48,49,75).



Resim 8. Trichomonas Vajinalis



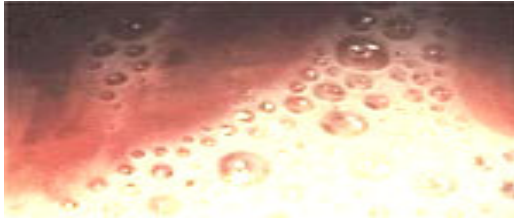
Resim 9. Hareketli Trichomonasların Mikroskopik Görüntüsü

Cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklar arasında incelenen TV asemptomatik kadınlarda % 5-15 oranında görülür. Bu oran cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklarla ilgilenen kliniklerde % 50-75'lere ulaşmaktadır (16,49). Van Belkum ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da (87) riskli seksüel yaşamı olanlarda TV'in sık görüldüğü saptanmıştır.

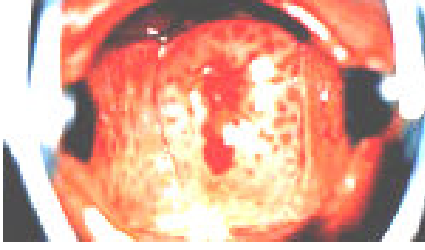
ABD’de TV enfeksiyonu görülen kadınların % 37’sinin de *Niesseria Gonore* taşıdığı saptanmıştır (16). Hasta kadınların eşlerinde de etken % 13-85 arasında bulunmaktadır. TV tuvalet oturaklarında 45, idrarda ve ıslak çamaşırdaki 24, semende de 6 saate kadar canlı kalabilmektedir (16,49,76). TV intrauterin araçlar gibi nonbarier kontrasepsiyon yöntemleriyle prevelansının arttığı ve oral kontraseptiflerin bu prevelansı azalttığı saptanmıştır (20). Baybağ’ın yapmış olduğu çalışmada da (20) RİA kullananların % 50’sinde TV saptanmıştır. Yine aynı çalışmada bariyer yöntem kullananlarda TV hiç saptanmamıştır.

Klinik Bulgular :

TV enfeksiyonu kadında en sık vajina ve serviksi tutar. Bunun yanı sıra üretra ve mesanede tutulabilir. Tüm vajinitler arasında oran % 25’tir. Ancak TV enfeksiyonunun sadece % 15-20’si kadında semptom vermektedir. Bu durum kronik enfeksiyonlara ve tedavi edilmediği içinde bulaşıcılığın artmasına neden olmaktadır (2,74). Semptom veren vakaların çoğunda bol miktarda sarı-yeşil renkte, köpüklü, kötü kokulu, homojen düşük vizkositeli bir akıntı, vulvavajinal irritasyon ve yanma duygusu, kaşıntı, bazen *disparoni*, *pollaküri* ve *dizüri* ile karakterizedir. Vulva, labia ve vajina da *eritem* ve ödem görülür. Çilek görüntüsünde serviks dikkati çeker. Ancak bu çıplak gözle % 1-2 oranında görülür, kolposkopiyle % 90 oranında tespit edilebilir. Çilek görüntüsünün nedeni serviks dokusundaki subepitelyal hemorojilerdir (2,16,20,29,48,49,75).



Resim 10. Trichomonas Vajinalis Akıntı Görüntüsü



Resim 11. Trichomonas Vajinaliste Servikste Çilek Görüntüsü

TV maruz kalmış kadınların çoğunda semptomlar belirgin görülürken, erkeklerin sadece küçük bir bölümü semptomatik olmaktadır. Enfeksiyon erkekte kendi kendine ortadan kalkıyormuş gibi görünmektedir. Erkeklerin bariz olarak asemptomatik kalma özellikleri, prostat salgılarındaki yüksek çinko oranına bağlanmaktadır (75).

Gebelik sırasında TV'in tekrarlanma oranı artar ve belirtiler çoğunlukla menstruasyon sonrasında şiddetlenir. Ayrıca TV erken doğuma ve erken membran rüptürüne neden olmaktadır (75).

Perinatal geçiş enfekte annelerden doğmuş kız bebeklerin yaklaşık % 5'inde bildirilmiştir. Ancak anneden geçen östrojenlerin ortadan kalkmasıyla vajina mukozasının atrofiye uğramasıyla bu etkende ortadan kalkar. Doğumdan sonra 8 hafta geçmesine rağmen semptomlar sürüyorsa yenidoğan tedavi edilmelidir (16,49,75).

Tanı :

Vajinal pH: Vajinal pH yükselmiştir, genellikle pH>5 üzerindedir (2,20,75).

Koku : % 10'luk KOH ile yapılan whiff testi hemen hepsinde pozitifdir, ancak bu test TV için spesifik değildir (2,20,75).

Ayırıcı Tanı : Bir miktar vajen salgısının mikroskop altında bir kaç damla serum fizyolojikle incelenmesiyle teşhise gidilir. Kesin tanı örnekte hareketli, kamçılı protozoonlar görülerek konur. Çok sayıda lökositte görülebilir. Bu yaklaşım olguların %

60-80'inin saptanmasında yardımcı olur ve belirtilerin varlığında daha da duyarlıdır (15,48,74).

Trichomonas kültürde üreyebilir. Ancak pratikte kullanımı yoktur. Şüpheli semptomlar olmasına rağmen mikroskopik muayenesi negatif çıkan hastalarda özel merkezlerde immünofloresan boyama yapılabilir (2,75).

Tedavi :

Tercih edilen tedavi şekli tek doz *metronidazolün* eşlerin her ikisine birden verilmesidir. Bu tedaviyle % 90 başarı sağlandığı ve hasta uyumunun yükseldiği bildirilmiştir. Metranidazol hamileliğin ilk 3 ayında kontraendikedir. *Metranidazol* plesentadan kolaylıkla geçer. Bu dönemde topikal *klotrimazol* kullanımı veya sirke ile vajinal lavaj önerilir. Ancak ikinci ve üçüncü trimestirda *metranidazole* kullanılabilir. Dirençli gibi gözüken veya tekrarlayan enfeksiyonlarda *metranidazolün* bir hafta boyunca günde 3 kez 250 mg veya 2 kez 500 mg uygulanması daha yararlı olacaktır (2,4,16,20,49,75).

Metranidazolün sık rastlanan yan etkileri bulantı, kusma, diare ve ağızda metalik tattır. Ayrıca geçici *nötropeni* ve *pseudomembranöz kolit* de bildirilmiştir. *Metranidazolün* majör yan etkisi alkolle beraber alınınca ortaya çıkan *disülfiram* benzeri etkidir. İlaç alınmasından 48-72 saat sonrasına kadar alkol alınmaktan kaçınılmalıdır (20,75).

4.3. Sık Görülen Vajinal Enfeksiyonları Tanılamada Kullanılan Formlar

BV'de teşhis genellikle 1983 yılında Washigton Üniversitesinde Richard Amsel tarafından açıklanan kriterlere göre yapılır (3,4,5,20,48,49,64,66,75).

➔ Amsel Kriterleri:

1. İnce – homjen, süt gibi, gri, kötü kokulu, vajinal duvarlara yapışan ancak silinebilen bir akıntı.
2. Vajinal pH'ın 4.5'in üstünde olması. Normalde vajen pH 4.5 üstüne çıkar, pH belirlenirken servikal sekresyonun karışmamasına dikkat etmek gerekir. Servikal sekresyon pH'ı 7.0 civarındadır.
3. Pozitif whiff testi. (Vajinal akıntı %10 KOH ile karıştırıldığında bayat balık kokusuna benzer bir koku yayılır. Özel amin kokusu duyulur.)
4. İpucu hücreleri görülmesi. (Vajinal akıntı SF ile karıştırılıp hazırlanan taze preparatta görülen ipucu hücreleri-dökülmüş vajinal epitel hücrelerini gram labil laktobasillerle çevrelenmiş halinin görüntüsüdür.)

Amsel kriterleri, BV'i bu dört kriterden üçünün bulunmasıyla tanımlar. Bazı araştırmacılar tanı için var olan epitel hücrelerinin %20'sinin ipucu hücreleri olması gerektiğini belirtmektedir (3,5,20,48,49,64,66,75).

Ancak ipucu hücreleri ve amin koku testi gibi iki kriter daha spesifiktir, çünkü homojen vajinal akıntı non-spesifiktir. Bu nedenle ipucu hücreleri ve amin koku testi diagnostik teşhis kriteri olarak kullanımda tavsiye edilir (20,49).

Klinik bakıda vajina ve servikte enflamasyon saptanması, gram preparatında laktobasillerin görülmemesi ya da çok seyrek görünmesi, PNL gibi yangısal hücrelerin bulunması BV tanısını tamamlar (49).

➔ Nugent Puanlama Sistemi

Mazzuli ve arkadaşları ile Nugent ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda en sık rastlanan bakteri olarak *Laktobasillus* (büyük gram pozitif çomaklar), *Gardnerella* ve *Bakterioides* (küçük gram negatif ve gram değişken çomaklar) ve *Mobilincusu* (kıvrık gram negatif yada gram değişken çomaklar) bildirmişlerdir. Bu üç mortatif kullanılarak 0-10 arasında BV tanısında kullanılabilecek bir skrolama sistemi (nugent puanlama

sistemi) (Tablo 3) oluşturulmuştur (5,48,49,66). Zarakolu ve arkadaşlarının (93) yapmış oldukları çalışmada nugent puanlama sistemi güvenilir bulunmuştur.

Tablo 3. Bakteriyel Vajinozis Tanısında Gram Preparat Değerlendirilmesi İçin Standartlaştırılmış Nugent Puanlama Sistemi

Bakteri Morfotipleri	Skorlar *				
	Yok	1+	2+	3+	4+
Büyük gram pozitif çomak (Laktobasiller)	4	3	2	1	0
Küçük gram negatif/değişken çomak (Gardnerella, Bacterioides)	0	1	2	3	4
Kıvrık negatif/değişken çomak (Mobilincus)	0	1	1	2	2

(Kaynak; CCQLM, Microbiology Working Group Guideline for Laboratory Processing and Interpretation of Vajinal Specimens in the Diagnosis of Bakteriyel Vajinozis, November 2004)

* 0-3 puan = normal, 4-6 puan = intermediate, 7-10 puan = bakteriyel vajinozis

Mikroskopik incelemede her sahada bakteri sayısı : 1'den az 1+, 1-5 arası 2+, 6-30 arası 3+, 30'un üzerinde 4+.

➡ **DSÖ Tarafından CYBH ve GYE Tanılamak için Kullanılan Sendrom Yaklaşımı**

DSÖ uzmanlar grubu etiyolojik ve klinik tanının yarattığı sorunlara alternatif olarak sendrom yaklaşımı önermektedir. Sendrom “hastanın yakınmalarına dayalı belirtiler ve muayene sırasında gözlenen bulgular grubu” olarak tanımlanmaktadır. Sendrom yaklaşımı ile tek bir hastalık tanısı yerine, hastanın semptomları temel alınarak tanı ve tedavi kararı verilmektedir. Böylece yanlış tanı olasılığı azalırken, eksiksiz tedavi olasılığı da artmaktadır. Bu yaklaşım hekim dışı sağlık personeli tarafından da öğrenilebilir. Örneğin Hollanda’da CYBH’ları olanların tanı ve tedavisi , sendrom

yaklaşımı kullanılarak yıllarca hemşireler tarafından izlenmiştir (75). Taşkın ve Kısa (81) tarafından sendrom yaklaşımının geçerliliği bakılmış ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler tarafından vajinal enfeksiyonları tanılamada kullanılması önerilmiştir.

Tablo 4. Sendrom Yaklaşımı

SENDROM	BELİRTİLER	BULGULAR	OLASI ETYOLOJİ
Vajinal akıntı	Vajinal akıntı Vajinal kaşıntı Dizüri Ağrılı cinsel ilişki	Artmış vajinal akıntı	Vaginit: · Trikomoniyazis · Kandidiyazis · Bakteriyel vajinozis Servisit: · Gonore · Klamidya
Üretral akıntı	Üretral akıntı Dizüri Sık idrar yapma	Üretral akıntı	· Gonore · Klamidya
Genital ülser	Genital yaralar	Genital ülser Büyümüş inguinal lenf nodülleri	· Sifiliz · Şankroid · Genital Herpes
Kasık ağrısı(pelvik ağrı, alt karın ağrısı)	Kasık ağrısı Ağrılı cinsel ilişki	Vajinal akıntı >38 ° C ateş Palpasyonla kasıklarda hassasiyet	· Gonore · Klamidya · Anaerob etkenler
Skrotal şişme	Skrotal ağrı ve şişme	Skrotal şişlik	· Gonore · Klamidya

(World Health Organization, Training Modules for the Syndromic Management of Sexually Transmitted Infections, 2005)

➤ **Türkiye’de Vajinal Enfeksiyonları Tanılamak için Geliştirilmiş Standart Kontrol Listesi**

Sağlam ve hasta bireye ulaşmada etkin sağlık personeli olan ebe ve hemşirelerin, uygun tanı ve tedavi yaklaşımları konusunda bilgi seviyeleri yükseltilerek vulva-vajinal enfeksiyonlarda daha etkin hale gelmesi önemlidir. Özkan ve Demir’in (70) araştırması hemşirenin vajinal enfeksiyonlarda standart kontrol listesi kullanılarak vajinit tanısı koymada yüksek oranda başarılı olduğunu, eğitim almış ebe ve hemşirelerin ev ziyaretleri sırasında standart kontrol listesi kullanarak kadınları yönlendirebileceklerini ve jinekolojik muayene yaptıkları takdirde vajinit tanısı koyabileceklerini göstermiştir (Tablo 5) (75).

Tablo 5. Vajinit Tanılanmasında Standart Kontrol Listesi

Normal (1)	Kandidiazis (2)	Bakteriyel Vajinozis (3)	Trichomonas Vajinalis (4)	Miks enf. (5)
	Var Yok	Var Yok	Var Yok	
Semptomlar Yok veya Fizyolojik Lökore	Vulvar kaşıntı, artmış akıntı, dizüri, disparoni	Kötü koku, Orta derecede akıntı	Bol pürülan akıntı, kötü koku, kaşıntı, disparoni	
Akıntı miktarı Değişken Çok az veya orta derece	Az veya orta derece	Orta derece	Bol	
Kıvam Foliküler Nonhomojen	Parçalı fakat değişken	Homojen Kenarları uniform	Homojen	
Köpük		Var	Var	
Koku	Yok veya mayamsı	Balık gibi	Pis kokulu	
Vulva ve vajenin normal görünümü	İntroitus ve vulvada eritem, Ödem, ara sıra fissüller	İnflamasyon yok	Eritem ve epitelyum şişmesi (çilek görünümünde)	

(Kaynak; Sevil Ü.,Özkan S.; Kadınlarda sık görülen vulvovajinal enfeksiyonlar ,İzmir,2004)

4.4. Ülkemizde Kadınların Vajinal Enfeksiyonlarda Sağlık Davranışları ve Hijyen Alışkanlıkları

Üreme sağlığı kavramı, ilk kez 1990'lı yılların başında DSÖ tarafından geliştirilmiştir. Bu kavram 1994'te Kahire'de politikacılarında katılımıyla gerçekleştirilen Dünya nüfus ve kalkınma konferansında temel bir çerçeveye oturtulmuştur. Buna göre üreme sağlığı, doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşam, üreme sistemi ve onun fonksiyonlarıyla ilgili fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan bütünüyle sağlıklı ve iyi olma anlamına gelir (34).

Kadın üreme sağlığı sorunları çok çeşitlidir ve yaşamın her döneminde genel sağlık düzeyini etkileyebilecek niteliktedir. Ancak kadının doğurganlığını gerçekleştirdiği cinsel olgunluk döneminde bu sorunlar, kadının yaşamını tehdit edici boyutlara ulaşabilmektedir. Özellikle gelişmekte olan ve geri kalmış ölkelerde sağlık hizmetlerinin yetersizliği, aslında önlenebilen nitelik taşıyan bu sorunların çözümünü olanaksız kılmaktadır (34).

Kadınların genel sağlık düzeyi, üreme sağlığı sorunlarından önemli derecede etkilenmektedir. 1993 yılında dünya bankası ve DSÖ gelişmekte olan ölkelerde yaptığı bir araştırmaya göre, 15-44 yaşlarındaki kadınların sağlık sorunlarının üçte ikisine yakın bölümünü gebelik, doğum, CYBH, üreme organ enfeksiyonları gibi üreme sağlığı sorunları oluşturmaktadır. Erkeklerde ise bu oran %12 civarındadır (34).

Ölkemizde kadın sağlığı sorunlarının önemli bir bölümünü genital yol enfeksiyonları oluşturmaktadır. Kadınların jinekoloji polikliniğine başvurma nedenleri ve onlara yönelik sağlık taramaları incelendiğinde GYE'lerinin en sık rastlanan şikayet olduğu belirlenmiştir (73,75). Öner ve arkadaşları (68) yapmış oldukları çalışmada 15-49 yaş arası kadınlarda GYE prevalansını %65.6 olarak bulmuş ve kadınlarda GYE'nun çok yaygın olduğunu, ancak büyük oranda kadınların bunun farkında olmadığını tespit etmiştir.

Jinekolojik yakınmaların erken tanı ve tedavisinde periyodik jinekolojik kontrollerin önemi büyüktür. Ancak, koruyucu amaçla hastalanmadan sağlık kontrollerine gitme alışkanlığının henüz tam yerleşmediği toplulumumuzda, kadının kendi sağlığına verdiği önemde yetersizdir. Ayrıca jinekolojik kontroller özel, mahremiyetle ilgili bir muayene biçimi gerektirdiğinden, ölkemizde kadınların bu konuda çekingen ve tutucu davrandıkları da düşünülmektedir (34). Daşikan ve arkadaşlarının (31) ve Şenveli ve arkadaşlarının (79) yaptıkları çalışmalarda kadınların jinekolojik muayene sıklıklarının az olduğu ve ancak sıkıntılarıyla baş edemeyecek duruma geldiklerinde hekime başvurdukları bildirilmiştir. Kaleli ve arkadaşları (54) bu anlamda hasta tarafından alınan örnekler ile klinisyen tarafından alınmış örnekleri karşılaştırmış ve hastaların aldığı örneklerin kullanılabileceğini bildirmiştir.

Kadın sağlığında hijyen ayrı bir önem taşıtmaktadır. Özellikle perine hijyeninin uygun yapılmaması (anal bölgeden vulvaya doğru) anüsteki mikroorganizmaların vajinaya geçerek enfeksiyon oluşturmasına yol açar (60,75).

Serbest yapmış olduğu çalışmada (73), akıntı şikayeti ile başvuran kadınların hijyenik alışkanlıklarının yetersiz olduğu sonucuna varmıştır.

Yanlış ve yetersiz genital hijyen uygulamalarının vajinal florayı bozduğu ve pek çok sağlık sorununa neden olduğu bilinmektedir. Yağmur ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da (90) kadınların genital hijyen davranışları yetersiz olarak bulunmuştur. Bir çok çalışmada bunu desteklemektedir.

Kadın sağlığını bozan nedenler arasında, önemli bir yer tutan GYE'nu görülmesinde; sağlıksız koşullarda gerçekleştirilen doğum ve kürtajlar, genital hijyen konusunda bilgisizlik, genital sağlıkla ilgili yanlış inanç ve uygulamalar, sağlık hizmetlerine ulaşmada yetersizlik, sağlık güvencesinin olmaması ve yetersiz ekonomik koşullar, genital organlarla ilgili konularda çekingen davranma ve zorunlu olmadıkça hekime başvurmama gibi etmenler rol oynamaktadır (34).

Ergin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (40), sağlıksız koşullarda yapılan doğumlardan sonra komplikasyon görülme olasılığının üç kat arttığı ve bu komplikasyonlardan kötü kokulu akıntının %25.4 oranıyla ikinci sırayı aldığı saptanmıştır.

Hacıalıoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (51) vajinal duşun GYE riskini artırdığı saptanmıştır.

4.5. Vajinal Enfeksiyonlarda Korunma Yolları, Tedavisi ve Hemşirelik Yaklaşımı

GYE'ları kadın sağlığını, dolayısıyla aile ve toplum sağlığını büyük ölçüde etkilemektedir. Yapılan çalışmalara göre halk bu konuda yeterince bilgiye sahip değildir. GYE'larından korunmak için uyulması gereken kurallar yeterince bilinmemekte, özellikle kırsal kökenli aileler hangi durumlarda sağlık merkezine başvuracağını bilmemekte, ya da çekingenlik göstermektedirler. Çoğu GYE'ları, infertilite, aile planlaması uygulamaları gibi kontroller sırasında ortaya çıkarılmaktadır. GYE olanların kesin tanılarının konularak tedavi edilmesi, bu konuda bireysel ya da kitlesel, planlı ve etkin bir sağlık eğitiminin verilmesi gerekmektedir (73).

Birinci basamak sağlık kuruluşları ve çalışanları, genellikle kendilerini CYBH konusunda yetkin görmemekte, bunun bir uzmanlık konusu olduğunu düşünmektedirler. Bu nedenle hastalar, birinci basamak sağlık kuruluşlarından herhangi bir ön değerlendirme yapılmaksızın bir üst merkeze sevk edilmektedir. Bu nedenle CYBH'lar içerisinde de yer alan GYE'ları, genel olarak ikinci basamak sağlık hizmetlerinde ele alınması gereken bir konu olarak değerlendirilmektedir. Oysa birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan ebe hemşirelere, uygun tanı ve tedavi yaklaşımları konusunda hizmet içi eğitim programları düzenlenerek bilgi düzeyleri yükseltilebilir. DSÖ bu hastalıkların aile, kadın ve çocuk sağlığını tehdit ettiğini, özellikle hemşire ve ebelerin bu hastalıktan korunma, tanı ve tedavisinde etkin rol alabileceklerini belirtmektedir (73).

Hekimler CYBH'lara tanı koymada değişik yöntemler kullanmaktadır. Bunlar etyolojik tanı (neden olan mikroorganizmayı bulmak için laboratuvar testleri yapmak) ve klinik tanı (bir CYBH için belirtileri belirlemede klinik deneyimden yararlanmak) dır. Etiyolojik tanı, ideal yaklaşımdır. Ancak yetişmiş personel ve karmaşık araç gereci gerektirdiği için pahalıdır ve sonuçların çıkması zaman alır. Ayrıca hastaların büyük çoğunluğu tanı ve tedavi için birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurdukları için bu kurumda etyolojik tanı için gerekli materyal mevcut değildir. Bu nedenle, DSÖ uzmanlar grubu etiyolojik ve klinik tanının yarattığı sorunlara alternatif olarak sendrom

yaklaşımı önermektedir. Sendrom “hastanın yakınmalarına dayalı belirtiler ve muayene sırasında gözlenen bulgular grubu” olarak tanımlanmaktadır. Sendrom yaklaşımı ile tek bir hastalık tanısı yerine, hastanın semptomları temel alınarak tanı ve tedavi kararı verilmektedir. Böylece yanlış tanı olasılığı azalırken, eksiksiz tedavi olasılığı da artmaktadır. Bu yaklaşım hekim dışı sağlık personeli tarafından da öğrenilebilir. Örneğin Hollanda’da CYBH’ı olanların tanı ve tedavisi , sendrom yaklaşımı kullanılarak yıllarca hemşireler tarafından izlenmiştir. Bu şekilde hastaların ilk başvuruda tedaviye başlaması sağlanır. Böylece tedavi başlayana kadar tekrar gelişler azaldığı için hasta kayıpları azalır. Ayrıca eğitim ve danışmanlığa daha fazla zaman ayrılmış olur (3,75). Türkiye’de de Taşkın ve Kısa (80) tarafından sendrom yaklaşımının geçerliliğine bakılmış ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler tarafından vajinal enfeksiyonları tanılamada kullanılabileceği bildirilmiştir.

Vajinal enfeksiyonlarda ebe ve hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Sağlam kişilerin enfeksiyondan korunması için vajinite neden olan risk faktörleri konusunda eğitilmeleri, kadınların jinekolojik kontrole gitmeleri konusunda cesaretlendirilmeleri, kişisel hijyene önem gösterilmesi, erken tanı tedavi ve kontrollerin öneminin belirtilmesinde planlı ve etkin bir sağlık eğitiminin verilmesi oldukça önem taşımaktadır (74). Beydağ’ın çalışmasında da (21) özellikle birinci basamakta çalışan ebe ve hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının genital enfeksiyonları önlemek için bir eğitim planı geliştirmeleri ve çalıştıkları bölgelerdeki kadınlara uygulamaları önerilmektedir. Arslan ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada (15) düzenli eğitimin kadınların GYE ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmede etkili olduğunu bildirmiştir. Zincir ve Bayık Temel’in çalışmalarında (96) RİA takılan kadınlara GYE’ları hakkında eğitim verilmesiyle enfeksiyonların azaldığı belirlenmiştir.

Sağlam ve hasta bireye ulaşmada etkin sağlık personeli olan ebe ve hemşirelerin, uygun tanı ve tedavi yaklaşımları konusunda bilgi seviyeleri yükseltilerek vajinal enfeksiyonlarda daha etkin hale gelmesi önemlidir. Özkan ve Demir’in (70) araştırması hemşirenin vajinal enfeksiyonlarda standart kontrol listesi kullanılarak vajinit tanısı koymada yüksek oranda başarılı olduğunu, eğitim almış ebe ve hemşirelerin ev

ziyaretleri sırasında standart kontrol listesi kullanarak kadınları yönlendirebileceklerini ve jinekolojik muayene yaptıkları takdirde vajinit tanısı koyabileceklerini göstermiştir.

4.5.1. Vajinal Enfeksiyonlarda Hemşirenin Koruyucu Rolü

Hasta eğitimi, bozukluğun patogenezi, seksüel aktivite ile ilişkisi ve ilaçların doğru kullanımını kapsamalıdır. Genital enfeksiyonlardan korunmak için dikkat edilmesi gereken kuralları vardır. Hemşireler, bireysel ya da toplu olarak halka yapacakları sağlık eğitimi ile bu kuralların önemini insanlara anlatmalı ve uygulamaya geçirmelerini sağlamalıdır (73,75).

Genital Enfeksiyonlardan Korunmak İçin Dikkat Edilmesi Gereken Kurallar

- Her eliminasyondan önce ve sonra eller su ve sabunla yıkanmalıdır.
- Vulva kuru ve temiz tutulmalıdır. Her eliminasyondan sonra vulva önden arkaya doğru temizlenmelidir. Temizlik anüsten vajen ağzına doğru yapıldığında, dışkıdaki kalın bağırsak bakterileri vajinaya, vulvaya ve buradanda üretra yoluyla mesaneye ulaşabilmektedir. Kurulama amaçlı mutlaka beyaz ve parfümsüz tuvalet kağıdı kullanılmalıdır.
- İyi yıkanmış, iyi durulanmış, hafif ve sıkmayan pamuklu iç çamaşırı kullanılmalı ve her gün değiştirilmelidir. Naylon ve sıkı çamaşır nemi artırarak mantar ve diğer bakterilerin üremesini sağlayacaktır. İç çamaşırı kişiye özel olmalıdır.
- İç çamaşırının yıkanmasında deterjan, fazla beyazlatıcı ve yumuşatıcı kullanılmamalıdır. İç çamaşırları ütülenmelidir.
- Vajinal deodoranttan ve sık yapılan antiseptikli vajinal duşdan kaçınılmalıdır.
- Beyaz ve parfümsüz tuvalet kağıdı ve hijyenik bağlar tercih edilmelidir.

- Menstruasyon döneminde ve lohusalık döneminde hijyenik bağlar 2 saatte bir değiştirilmelidir.
- Menstruasyon döneminde vajinal tampon kullanımından kaçınılmalıdır. Eğer kullanılıyorsa sık aralarla değiştirilmelidir.
- Menstruasyon döneminde cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır.
- Cinsel ilişki sırasında ve diğer tüm zamanlarda idrar yapma gereksinimi ortaya çıktığında ertelenmemelidir. İdrar yapma ertelendiğinde, mesanedeki bakteriler enfeksiyon oluşumu için zaman bulurlar. Oysa idrarın yapılması bakterilerin idrarla birlikte vücuttan atılmasını sağlar.
- Tam hazır olunmadan (yeterli kayganlık oluşmadan) ilişkiye başlanmamalıdır. Bu önlem mekanik tahrişe meydan vermemek açısından çok önemlidir. Gerekirse doktor önerisine göre kayganlaştırıcı ilaçlar kullanılabilir.
- Banyo sırasında vulva dikkatlice yıkanmalıdır. Çünkü yağlı ifrazat vulva katları arasında birikmeye eğilimlidir.
- Seksüel eş temiz olmalı , eğer şüphe varsa mutlaka kondom kullanılmalıdır.
- Klorlu suda, havuzda ve denizde yüzdükten sonra mutlaka duş alınmalıdır.
- Mayo ve bornozlar kuru tutulmalı ve kuru giyilmelidir. Ayrıca mayolar ortak kullanılmamalıdır.
- Halka açık yerlerde klozet tipi tuvalet tercih edilmemelidir.
- Her kadın düzenli olarak jinekolojik muayeneden geçmeli, hastalıkların belirti ve bulgularına karşı duyarlı olmalıdır. Kadınlar hiçbir sorunları olmasa dahi yıllık jinekolojik muayene için sağlık merkezlerine başvurmalıdırlar. Bu

kontroller belirti vermeyen veya geç belirti veren hastalıkların tanı ve tedavisi açısından çok önemlidir.

- Dengeli beslenmeye dikkat edilmeli ve özellikle antibiyotik kullanımı sırasında yoğurttan zengin bir diyet uygulanmalıdır.
- Vajinal enfeksiyondan şüphe edilen durumlarda mutlaka doktora gidilmeli ve doktorun verdiği tedavi dikkatlice uygulanmalıdır (20,34,73,75,80) .

Hemşireler bireylere erken tanı ve tedavinin önemini belirtmelidir. Vajinal enfeksiyonlar konusunda kadınlara danışmanlık yapmalıdırlar. Danışmanlık çerçevesinde vajinal enfeksiyonlardan korunma yollarını anlatmalıdırlar.

Ebe ve hemşireler; hastaların cinsellik ve CYBH gibi konularda konuşamama, yeterince iletişim kuramama yönündeki dirençlerinin üstesinden gelebilmek kişilerin riskli davranışlarının farkına varabilmelerine, bunları azaltmanın yollarını bulabilmelerine ve sunulan hizmetlerden daha etkin biçimde yararlanabilmelerine yardım edebilmek için iletişim becerilerini geliştirmelidir. Cinsel sağlık alanında verilecek eğitimde iletişim becerileri ve hastaya doğru bir tutumla yaklaşmak konusunda özellikle bilinçlendirilmelidirler (75).

Sağlık ekibinin tüm çalışanları, kadınları; yaşlarına, eğitim durumlarına, eşlerinin mesleğine, doğumlarını yaptıkları yere, kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre ayırmadan tüm jinekolojik sorunlarında sürekli ve etkin olarak eğitmelidirler (75).

4.5.2. Vajinal enfeksiyonlarda hemşirenin tedavideki rolü

GYE olan hastaların çoğu, hastaneye yatmadan tedavi görürler. Kendi tedavi ve bakımlarına aktif katılmaları söz konusu olduğundan eğitilmeleri gerekir. Ciddi yanma ve kaşıntı şikayeti olan kadınlar için bazı öneriler vardır. Günde birkaç kez oturma banyosu dış irritasyonun azaltılmasını sağlayabilir. Eğer sorun dizüri ise, idrar yapma esnasında vulvaya ılık su dökülmesi, idrarın asit etkisini azaltacaktır. Eğer vulvada

irritasyon, ödem ve rahatsızlık fazla ise anti-enflamatuar kremler hastayı rahatlatmak açısından önerilebilir. Enfeksiyonların tedavi ve bakım yöntemleri çeşitlilik göstermesine rağmen esas amaç; enfeksiyonun giderilmesi, çevreye ve partnere bulaşmasının engellenmesi, tekrarlama ve ürogenital sisteme ilişkin komplikasyon riskinin önlenmesidir. Bütün vajinal enfeksiyonlarda tedavi süresince cinsel ilişki yasaklanmalı veya kondom kullanımı önerilmelidir. Hastalık açısından tek eşliliğin önemi vurgulanmalıdır. Tampon kullanılmaması konusunda hasta uyarılmalıdır (73,75).

Hemşireler GYE konusunda kadınlara danışmanlık yapmalıdırlar. Danışmanlık çerçevesinde GYE korunma yollarını anlatmalı, enfeksiyon tedavisinde kadınların aktif katılımları için gerekli eğitimi vermeli, enfeksiyon tedavisinden sonra kontrolün önemini anlatmalıdırlar. Sorun oluştuğunda hangi sağlık kuruluşuna başvurabilecekleri konusunda kadınları bilgilendirmelidirler. Hemşire hastaya, zamanında ilaç almayı, önerilen dozda ve sürede ilaç tedavisinin sürdürmesinin önemini, vajinal ilaçların vajinaya doğru şekilde nasıl yerleştirileceğini ve ilaçların yan etkilerini anlatmalıdırlar. Tedaviye eşlerde dahil edildiyse, önerilen ilaçların doğru kullanımı konusunda hastanın eşi de eğitilmelidir. Bazı vajinal akıntılar yukarı vajinal bölge enfeksiyonlarıyla ilişkili olduğu için pelvik enflamatuar hastalık (PID) belirti ve işaretleri öğretilmeli ve anlatılmalıdır. Tedaviye menstruasyon sırasında da devam edilmelidir. Çünkü menstruasyon sırasında vajen alkali olduğu için semptomlar daha fazla alevlenir. Ayrıca hasta tedavi için ilaç alınmasından 48-72 saat sonrasına dek alkol alınmaması konusunda uyarılmalıdır (73,75)

5.MATERYAL VE METOD

5.1.Araştırmanın Tipi

Vajinal akıntı şikayeti ile sağlık ocağına başvuran kadınların üreme sağlığı davranışlarının belirlenmesi ve geliştirilen vajinal akıntı tanılama formuna göre yapılan tanı ile; muayene, pH ve taze preparat inceleme sonucuna göre konulan tanı arasında fark olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve metodolojik olarak planlanmıştır.

5.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Sakarya Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Sinanoğlu Sağlık Ocağında Şubat 2006 – Mart 2007 tarihleri arasında, Sakarya Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin ve onay (EK I) alındıktan sonra yapılmıştır. Çalışmaya başlanılmadan önce etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya Kasım 2005 tarihinde başlanması ve 3 ay içerisinde bitirilmesi planlanmış, ancak Şubat 2006 tarihinde başlanılabilmektedir. Çalışmaya başladıktan sonra sağlık ocağı hekiminin tayiniyle, sağlık ocağı 9 ay süreyle hekimsiz kalmıştır. Bu süre içerisinde vaka toplanmaya devam edilmiş, ancak vaka sayısı çok az olması dolayısıyla hedeflenen süre içerisinde istenilen örneklem büyüklüğüne ulaşamamıştır. Bu nedenle çalışma istenilen örneklem büyüklüğüne ulaşınca kadar sürdürülmüştür.

Araştırmanın yapıldığı Sinanoğlu Kasabası, Sakarya'nın Ferizli İlçesine bağlı olup, 2006 yılı Ev Halkı Tespit Fişi (ETF) çalışmalarıyla saptanan yıl ortası nüfus 3145, 15-49 yaş kadın nüfusu ise 792 tir ve bu kadınların 513 ü (%64.77) evlidir.

2006 yılı verilerine göre; bölgede kaba doğum hızı binde 11.44, genel doğurganlık hızı binde 45.39, doğal nüfus artış hızı binde 6.04, kaba ölüm hızı binde 6.04, ana ölüm hızı yüz binde, bebek ölüm hızı da binde 0 olarak bildirilmiştir.

2006 yılı verilerine göre; bölgedeki doğumların % 94.73'ü hastanede, % 2.63'ü evde sağlık personeli yardımı ile, %2.63'ü sağlık personeli yardımı olmaksızın gerçekleşmiştir.

Bölgede yaşayan 15-49 yaş kadın nüfusunun öğrenim durumlarına bakıldığında; % 5.17'si okur-yazar değil, %2.77'si okur-yazar, %66.83'ü ilkokul mezunu, % 18.78'i ortaokul mezunu, %5.17'si lise ve %1.26'sı yüksek okul mezunudur.

Sağlık ocağında 1 hekim, 1 hemşire, 2 ebe ve 1 sağlık memuru görev yapmaktadır. Sağlık ocağında; birer poliklinik, pansuman-enjeksiyon odası, laboratuvar, ebe-hemşire odası, memur odası, doktor odası, aile planlaması odası, eğitim ve bekleme salonu bulunmaktadır. Bölgeye yakın sağlık kurumları bulunmakta ve halk onlardan da yararlanabilmektedir.

5.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Sakarya Sağlık Müdürlüğüne bağlı Sinanoğlu Sağlık Ocağına muayene olmak için başvuran 15-49 yaş arası kadınların tümü oluşturmuştur.

5.4.Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemine; araştırmanın yapıldığı süre içerisinde Sinanoğlu Sağlık Ocağına vajinal akıntı şikayeti ile başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğünün bulunmasında; $n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$ formülünden yararlanılmış ve evrendeki birey sayısını belirlemek için bir önceki yılda başvuran kadınların sayısı elde edilmiştir. (çalışmanın yapıldığı Sinanoğlu Sağlık Ocağına Haziran 2004-2005 tarihleri arasında akıntı şikayeti ile başvuran kadın sayısı 97 di).

n= Evrendeki birey sayısı (97)

N= Örneklemden alınacak birey sayısı (?)

p= İncelenen olayın görülme sıklığı (olasılığı) (%90)

q= İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (%10)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanana yanılma düzeyinde t tablosunda bulunana teorik değer (1.96)

d= Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0.1)

$$n = 97 \times (1.96) \times (0.90 \times 0.10) / (0.1)^2 \times (97 - 1) + (1.96)^2 \times (0.90 \times 0.10)$$

$$n = 35$$

Sonuç olarak en az 35 kadının örnekleme alınması gerektiği belirlenmiştir. Araştırmanın metodolojik bölümü için ön tanı ile son tanı arasında en az kappa değerinin 0.60 olacağı düşünüldükçe, $\alpha=0.05$ uyum için ve testin gücü %90 alınarak, gerekli örneklem büyüklüğü 20 olarak saptanmıştır. Ancak uygulamada kayıplarında olabileceği düşünüldükçe 50 kadının örnekleme alınmasına karar verilmiştir. Sonuçta araştırmanın örnekleme;

- Araştırmayı kabul eden,
- Bakire ve gebe olmayan ve
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan **toplam 50 kadın** alınmıştır.

5.5. Veri Toplama Araçları

1. Araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür incelenerek; vakaların sosyo-demografik, obstetrik ve jinekolojik özellikleri ile hijyen alışkanlıklarını belirlemek amacıyla 30 sorudan oluşan **anket formu** düzenlenmiştir. (EK II)

2. “**Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ)**” Hülya Demirci tarafından 2004 yılında geliştirilen ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olan 5’li likert (hiçbir zaman, nadiren, bazen, çoğu zaman, her zaman) tipinde geliştirilen ölçek, toplam 39 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. **1. Alt Boyut** “Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme

Davranışı” 13,14,15,16,24,25,33,39. soruları, **2. Alt Boyut** “Üreme Organ ve Meme Kanserinden Korunma” 20,21,22,23. soruları, **3. Alt Boyut** “Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları” 1,29,30,31,32,34,35,36,37,38. soruları, **4. Alt Boyut** “Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma” 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,17,18,19,20. soruları ve **5. Alt Boyut** “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” 26,27,28. soruları içermektedir. Ölçekte 5,10,16 ve 28. maddeler ters puanlanmıştır. Diğer bir ifadeyle; yanıt 1 ise 5, 5 ise 1, 2 ise 4, 4 ise 2 olacak şekilde yeniden puanlanmış ve 3 aynı kabul edilmiştir. Ölçekten alınan total ve alt boyut puanları arttıkça, kadınların üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarının pozitif yönde olduğunu göstermektedir (EK III).

3. “Vajinal akıntı tanılama formu (VATF)” ,, konuya ilişkin literatür doğrultusunda vajinal enfeksiyonları tanılamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (3,4,5,20,48,49,64,66,70,75). Geliştirme aşamasında;

- BV’i tanılamak için kullanılan Amsel Kriterleri,
- BV’i tanılama da kullanılan Nugent Puanlama Sistemi,
- Vajinitisi semptomlarına göre tanılamak amacıyla Özkan ve Demir tarafından geliştirilmiş olan standart kontrol listesi ve
- DSÖ tarafından kabul edilen Sendrom yaklaşımından yararlanılmıştır.

Bir sayfadan oluşan bu form başvuranın şikayetlerini, semptomlarını, muayene ve tetkik sonuçlarını kapsamaktadır. Tüm faktörler algoritmik yapıda düzenlenmiş olup , çek atılarak kolaylıkla doldurulabilecek şekildedir. Algoritmik düzenleme, değerlendirmeyi yapan doktor, ebe/ hemşireyi tanıya götürecek şekilde sıralama izlemektedir. Sonunda anamnez ve spekulum muayenesi sonucunda konulan ön tanı ile, bimanuel muayene, pH, whiff testi ve taze preparat incelemesi sonucunda konulan son tanı arasındaki uyuşma durumu değerlendirilmektedir. (EK IV)

5.6.Çalışmanın Uygulaması

Ön Çalışma: 5 kadın üzerinde yapıldı. Veri toplama araçlarının kullanılabilirliği sınılandı. Sonucunda veri toplama araçlarında herhangi bir değişikliğe gidilmedi. Yalnızca VATF'nun içeriğinde değil, şeklinde düzenleme yapıldı.

I. Aşama: Öncelikle araştırma örneklemine alınan katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak sözel izin alınmıştır. Araştırmacının hazırlamış olduğu 30 sorudan oluşan anket formu ve daha önce geçerlilik güvenilirliği ölçülmüş olan 39 sorudan oluşan “Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği „ yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı ve katılımcı dışında kimse bulunmayan, rahat bir odada doldurulmuştur. Her bir form ve ölçeğin doldurulması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Daha sonra kadın “Vajinal akıntı tanılama formu,, doğrultusunda sorgulanarak, jinekolojik muayene odasına alınmıştır. Muayene odasında ilk işlem olarak spekulum muayenesi yapılmıştır. Spekulum muayenesinde akıntının özellikleri, vajina ve serviksın yapısı gözlenmiş, anamnez ve spekulum muayenesi sonuçlarına göre ön tanı konularak VATF'na kaydedilmiştir.

II. Aşama: Spekulum muayenesinde posterior fornixten pH indikatör kağıdı ile pH ölçümü yapılmıştır, steril pamuk uçlu çubukla da taze preparat alınmıştır. Ardından bimanuel muayene yapılarak bulgular kaydedilmiştir. Steril pamuk uçlu çubukla alınan akıntı 1.5 cc %0.9'luk serum fizyolojik içine konmuştur. Sonrasında lamın her iki ucuna bu sürüntüden 1-2 damla yayılmıştır. Birine lamel kapatılmış, diğerine % 10'luk KOH damlatılarak koku testi yapılmıştır. Balıksı kötü koku tespit edilene pozitif denmiştir. Koku testinden sonra, % 10'luk KOH damlatılan sürüntü de lamel ile kapatılarak mikroskopik inceleme yapılmıştır. Mikroskopik inceleme araştırmacı ve laboratuvar teknisyeni ile birlikte yapılarak sonuçlarına göre de son tanıya gidilmiştir. Konulan son tanı da VATF'na kaydedilmiştir.

III. Aşama: VATF'na anamnez ve spekulum muayenesi ile konulan ön tanı ile, muayene ve laboratuvar incelemeleri sonucunda konulan son tanının örtüşüp örtüşmediği değerlendirilerek kaydedilmiştir. Ardından hasta konulan tanı

doğrultusunda hekime yönlendirilmiştir ve ayrıca VATF sonucu konulan ön tanı ile laboratuvar bulgularıyla saptanan son tanı hekimle paylaşılmıştır.

IV. Aşama: Her hastaya hekim muayenesinden sonra verilen tedavinin uygulanması, kontrolleri ve enfeksiyonun tekrarlamasından korunması hakkında bilgi verilmiştir.

5.7.Çalışmanın Analizi

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri NCSS-PASS 2007 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra gruplar arası karşılaştırmalarda Tek yönlü varyans analizi, ölçeğin değerlendirilmesinde Cronbach's Alpha, alt grup karşılaştırmalarında Tukey's çoklu karşılaştırma testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi uygulanmış ve 2x2 tablolarda Yates düzeltmesi yapılmıştır. Ön tanı– Son Tanı uyumluluğu ağırlıklı kappa testi ile belirlenmiştir. Sonuçlar, anlamlılık $p<0.05$ ve $p<0.001$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

5.8.Çalışmanın Uygulanmasında Yaşanılan Zorluklar

Çalışma da vaka toplama sırasında bir takım zorluklar yaşanmıştır. Sağlık ocağında hekim olmadığında başvuran hasta sayısı azalır. Dolayısıyla bu çalışmada sağlık ocağı hekiminin tayini ve 9 ay süreyle hekim olmamasından dolayı vaka sayısı istenilen sürede toplanılamamıştır. Bu 9 aylık süre içerisinde çok az vaka toplanabilmiştir. Gelen vakanın ön tanı ve son tanıları tespit edilerek, hastaya sonuç kağıdı yazılmış ve ilçeye yakın sağlık ocağı hekimlerine yönlendirilmiştir. Bu arada hekimle de telefonla iletişime geçilerek yapılan değerlendirmeler ve konulan tanıları hakkında bilgi verilmiştir. Hekim tarafından değerlendirilen ve tedavisi verilen hastanın tekrar çalışmanın yapıldığı kuruma gelmesi sağlanmış ve bu vakalara da verilen tedavinin uygulanması, kontrolleri ve enfeksiyonun tekrarlamasından korunması hakkında bilgi verilmiştir.

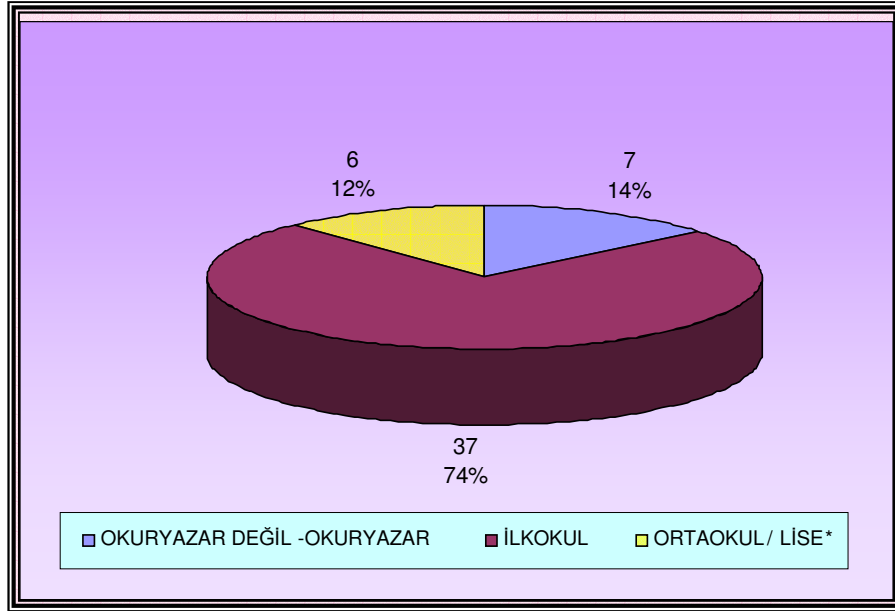
6.BULGULAR

Çalışma sonucu elde edilen veriler;

1. **Tanımlayıcı özelliklere** (*sosyo-demografik, obstetrik, jinekolojik özellikler,cinsel ilişki sıklığı,kullandıkları aile planlaması yöntemi ve genel sağlık durumunu içermektedir*),
2. **Hijyenik alışkanlıkları ve Üreme Sağlığı Belirleme Ölçeğine (ÜSBÖ),**
3. **Geliştirilen Vajinal Akıntı Tanılama Formuna (VATF)** (*burada VATF göre kadının akıntı özellikleri değerlendirilerek konulan ön tanı ile muayene ve laboratuvar sonuçlarına göre konulan son tanının uyuşma durumu değerlendirilmiştir*) ait veriler olmak üzere **3 ana bölümde** sunulmuştur.

6.1. Tanımlayıcı özelliklere ait veriler

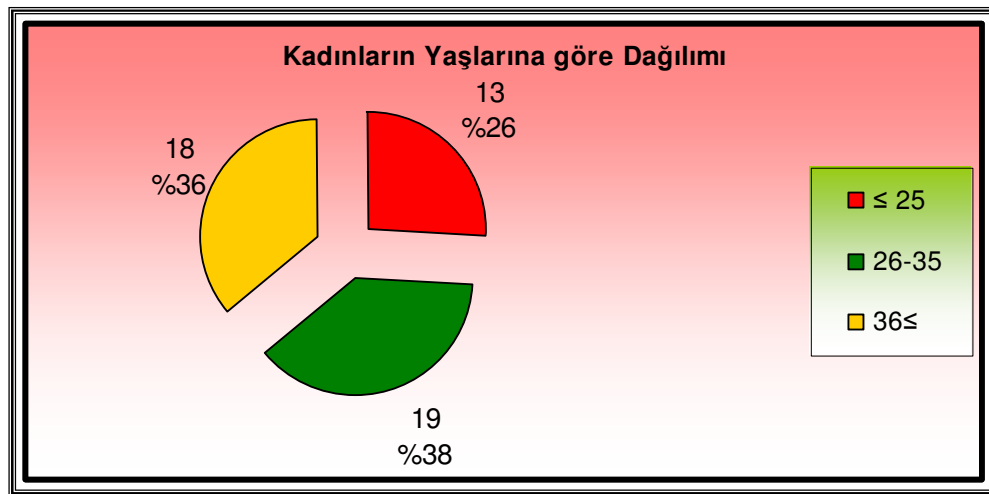
Grafik 1. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları



* Yüksekokul mezunu 1 kişi olduğundan, ortaokul-lise grubunun içine alınmıştır.

Çalışma kapsamına alınan kadınların çoğunluğunun (%74.0) ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (Grafik 1).

Grafik 2. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları



Çalışma kapsamına alınan kadınların yaşlarına göre dağılımına bakıldığında; %26.0'sının 25 yaş altında, %38.0'inin 26-35 yaş arasında ve %36.0'sının 36 yaş üstünde olduğu saptanmıştır (Grafik 2).

Tablo 6. Sosyo-Demografik Özelliklere Ait Veriler

Sosyo-Demografik Özellikler	N : 50		
	n		%
Yaş Ortalaması	MİN. 18	MAX. 48	X 32.58±8.02
BKİ			
Zayıf / Normal	12		24.0
Kilolu	25		50.0
Şişman	13		26.0
Evlilik Durumu			
Evli	49		98
Dul	1		2
Çalışma Durumu			
Çalışan	6		12.0
Çalışmayan	44		88.0

Çalışma kapsamına alınan kadınların yaşlarının minimum 18 ve maximum 48 yaş arasında değiştiği ve ortalamalarının 32.58±8.02 olduğu, çoğunluğunun çalışmadığı (%88.0), BKİ göre de çoğunluğunun kilolu ve şişman grubunda bulunduğu ve yaklaşık tamamının (%98.0) evli olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

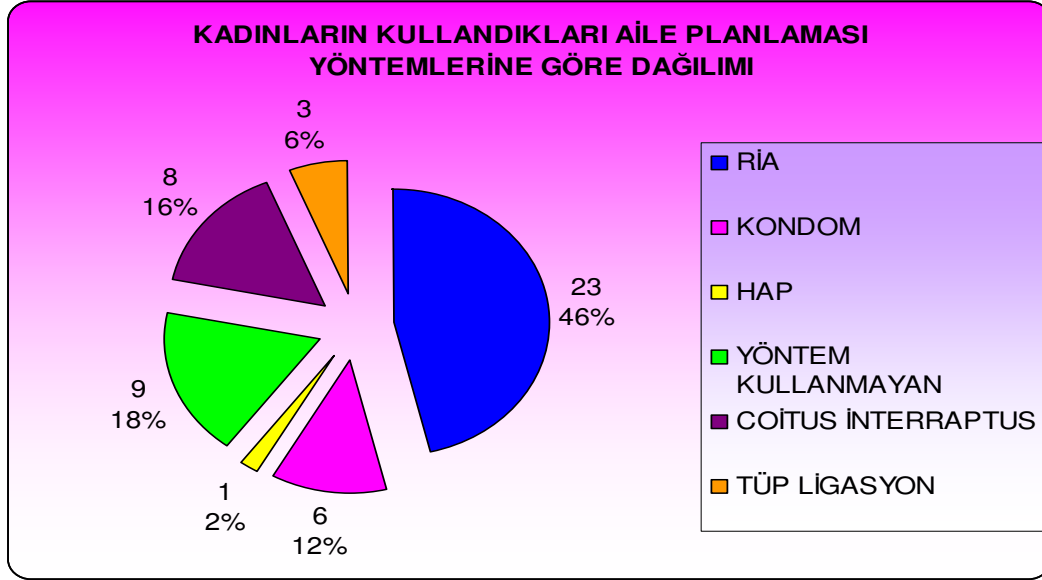
Tablo 7. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Ait Veriler

Obstetrik Özellikler	N : 50	
	n	%
Gravida		
1	8	16.0
2	14	28.0
3	8	16.0
4 ve ↑	20	40.0
Parite		
1	8	16.0
2	21	42.0
3	9	18.0
4 ve ↑	12	24.0
Küretaj Deneyimleme Durumu		
Deneyimleyen	9	18.0
Deneyimlemeyen	41	82.0
Abortus Deneyimleme Durumu		
Deneyimleyen	11	22.0
Deneyimlemeyen	39	78.0
Son Gebeliğin Sonuçlanma Şekli		
Abortus/Küretaj	4	8.0
Normal Doğum	34	68.0
Sezaryen	12	24.0
Son Gebeliğin Sonuçlanma Zamanı:		
Son 1 yıl	10	20.0
1 Yıl ve üzeri	40	80.0

Kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde; gravida sayısı 4 ve ↑, parite sayısı 2 olanların oranının daha yüksek olduğu (sırasıyla; %40.0, %42.0), kadınların çoğunluğunun (%40.0) 2 çocuk sahibi olduğu, küretajı %82.0, abortusu %78.0 oranlarında deneyimlemedikleri, son gebeliklerini %68.0 oranında normal doğum ile gerçekleştirdikleri ve %80.0'inin son gebeliğinin üzerinden 1 yıldan fazla süre geçtiği belirlenmiştir (Tablo 7).

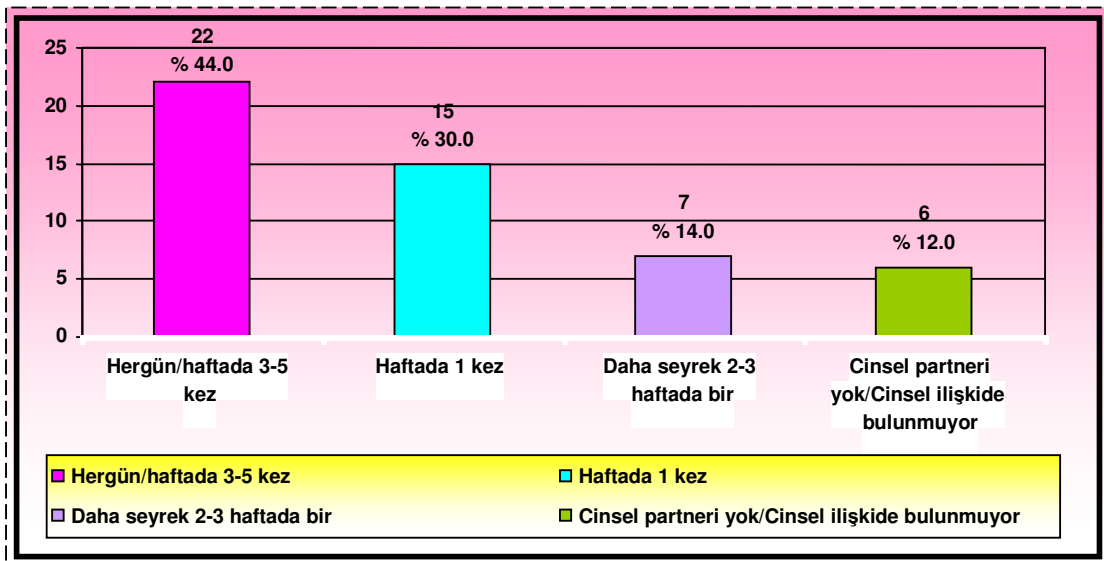
Çalışma grubumuzdaki kadınların tamamına yakınının (%98) tek eşi bulunmaktadır.

Grafik 3. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımları



Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerine bakıldığında; çoğunluğunun (%46) RİA kullandığı, GYE'na karşı koruyucu etkisi olan kondomu ise sadece %12 oranında kullandıkları saptanmıştır (Grafik 3).

Grafik 4. Kadınların Cinsel İlişki Sıklığına Göre Dağılımları



Çalışma kapsamına alınan kadınların cinsel ilişki sıklığına bakıldığında; çoğunluğunun (%44.0) “her gün yada haftada 3-5 kez” cinsel ilişkide bulundukları belirlenmiştir (Grafik 4).

Tablo 8. Kadınların Sağlık Durumu ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımları

Sağlık Durumu ve Jinekolojik Özellikleri	N:50	
	n	%
Kronik/Metabolik Hastalık Varlığı		
Var	14	28.0
Yok	36	72.0
Sürekli İlaç Kullanma Durumu		
Evet	8	16.0
Hayır	42	84.0
Son Üç Aydır Ara Kanama Varlığı		
Var	7	14.0
Yok	43	86.0
Sık İYE Geçirme Durumu		
Evet	12	24.0
Hayır	38	76.0
Akıntı Şikayeti Öncesi Antibiyotik Kullanma Durumu		
Kullanan	7	14.0
Kullanmayan	43	86.0
Vajinal Akıntı Şikayeti Yaşama Durumu		
Yaşayan	21	42.0
Yaşamayan	29	58.0
Vajinal Akıntı Şikayeti Yaşama Zamanı (N:21)		
Son 1 yıl	9	42.9
1 yıl ↑	12	57.1
Vajinal Akıntı Şikayeti Yaşama Sıklığı (N:21)		
Sık	16	76.2
Seyrek	5	23.8
Vajinal Akıntı Şikayeti Olanlara Konulan Tanılar (N:21)		
Candida	12	57.1
Bakteriyel Vajinozis	1	4.8
Tanısını bilmiyor	8	38.1
Menopoza Girme Durumu		
Giren	3	6.0
Girmeyen	47	94.0

Kadınların sağlık durumuna ve jinekolojik özelliklerine bakıldığında; %28.0'inin kronik/metabolik hastalığının olduğu, %16.0'sının sürekli ilaç kullandığı, %14.0'ünün son üç aydır ara kanama yaşadığı, sık İYE geçirenlerin oranının %24.0 olduğu ve %14.0'ünün akıntı şikayeti öncesinde antibiyotik kullandığı belirlenmiştir. Kadınların %42.0'sinin daha önce vajinal akıntı şikayeti yaşadığı, yaşayanların yarıdan fazlasının (%57.1) 1 yıldan uzun süre önce, çoğunlukla (%76.2) sık aralıklarla yaşadığı ve yarıdan fazlasının (57.1) C tanısı aldığı tespit edilmiştir. Kadınların %6.0'sı menopoza girdiğini ifade etmiştir (Tablo 8).

6.2.Hijyenik alışkanlıkları ve Üreme Sağlığı Belirleme Ölçeğine (ÜSBÖ) Ait Veriler

Tablo 9. Kadınların Hijyen Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

HİJYENİK ALIŞKANLIKLAR	N : 50	
	n	%
Vajinal duş yapma durumu		
Yapan	33	66.0
Yapmayan	17	34.0
Vajinal duş yapma zamanı(N:33)		
Her gün/ Günde bir kaç kez	7	21.2
Her cinsel ilişki sonrası	20	60.6
Diğer	6	18.2
Tampon kullanma alışkanlığı		
Kullanan	2	4.0
Kullanmayan	48	96.0
Tuvalette el yıkama alışkanlığı		
Önce ve sonra yıkayan	28	56.0
Sadece sonra yıkayan	22	44.0
Taharetlenme durumu		
Doğru uygulayan	16	32.0
Yanlış uygulayan	34	68.0
Taharetlenmeden sonra kurulama durumu		
Hiç kurulamayan	3	6.0
Tuvalet kağıdı kullanan	39	78.0
Taharetlenme bezi kullanan	8	16.0
İç çamaşır değiştirme sıklığı		
Her gün	26	52.0
Haftada bir kaç kez	16	32.0
Kirlendikçe	8	16.0
İç çamaşırların temizliği		
Çamaşır makinesinde yıkayan	41	82.0
Çamaşır suyunda bekleten+makinede yıkayan *	9	18.0

* 1 kişi ütilediğini de ifade etmiştir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların hijyen alışkanlığına bakıldığında; çoğunluğunun (%66.0) vajinal duş yaptığı ve bunu %60.6 oranında her cinsel ilişki sonrasında uyguladığı, çok düşük oranda (%4.0) tampon kullandığı görülmüştür. Tuvalet hijyeni,

açısından; %56.0'sının tuvalete girmeden önce ve sonra ellerini yıkadığı, %78.0'inin kurulanma amaçlı tuvalet kağıdı kullandığı belirlenirken, %68.0'inin taharetlenmeyi yanlış uyguladığı tespit edilmiştir. Kadınların yarısından fazlası (%52.0) iç çamaşırını her gün değiştirdiği, %18.0'inin çamaşır suyunda bekleterek çamaşırlarını makinede yıkadığı ve sadece bir kişinin ütülediği belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Hijyen Alışkanlığı ve Vajinal Akıntı Öyküsü

Hijyen Alışkanlığı ve Vajinal Akıntı Öyküsü	EĞİTİM DURUMU N:50						İstatistiksel Anlamlılık
	OYD + OY		İlkokul		Ortaokul -Lise**		
	n	%	n	%	n	%	
Vajinal duş yapma durumu							
Yapan	5	71.4	23	62.2	5	83.3	χ^2 :1.138 p=0.566
Yapmayan	2	28.6	14	37.8	1	16.7	
Vajinal duş yapma zamanı							
Hiç yapmayan	2	28.6	14	37.8	1	16.7	χ^2 :7,351 p=0.290
Her gün/ Günde bir kaç kez	1	14.3	6	16.2	0	0.0	
Her cinsel ilişki sonrası	2	28.6	13	35.1	5	83.3	
Diğer	2	28.6	4	10.8	0	0.0	
Ellerini yıkama alışkanlığı							
Tuvaletten önce ve sonra yıkayan	5	71.4	20	54.1	3	50.0	χ^2 :0.821 p=0.663
Sadece tuvaletten sonra yıkayan	2	28.6	17	45.9	3	50.0	
Taharetlenme Durumu							
Doğru uygulayan	0	0.0	13	35.1	3	50.0	χ^2 :4.355 p=0.113
Yanlış uygulayan	7	100.0	24	64.9	3	50.0	
Taharetlenmeden sonra kurulanma durumu							
Hiç kurulamayan	0	0.0	3	8.1	0	0.0	χ^2 :1.951 p=0.745
Tuvalet kağıdı	5	71.4	29	78.4	5	83.3	
Taretlenme bezi	2	28.6	5	13.5	1	16.7	
İç çamaşır değiştirme sıklığı							
Her gün	3	42.9	19	51.4	4	66.7	χ^2 :1.080 p=0.897
Haftada bir kaç kez	3	42.9	12	32.4	1	16.7	
Kirlendikçe	1	14.3	6	16.2	1	16.7	
İç çamaşırların temizliği							
Çamaşır makinesinde yıkayan	6	85.7	31	83.8	5	83.3	χ^2 :0.019 p=0.991
Çamaşır suyunda bekleten+makinede yıkayan*	1	14.3	6	16.2	1	16.7	
Vajinal akıntı şikayeti yaşama öyküsü							
Önceden yaşamış	4	57.1	16	43.2	1	16.7	χ^2 :2.26 p=0.323
Önceden yaşamamış	3	42.9	21	56.8	5	83.3	
Vajinal akıntı şikayeti yaşama zamanı							
Hiç yaşamayan	3	42.9	21	56.8	5	83.3	χ^2 :7.217 p=0.125
Son 1 yıl içerisinde	0	0.0	8	21.6	1	16.7	
1 yıldan uzun süre önce	4	57.1	8	21.6	0	0.0	
Vajinal akıntı şikayeti yaşama sıklığı							
Hiç yaşamayan	3	42.9	21	56.8	5	83.3	χ^2 :4.677 p=0.322
Sık yaşayanlar	2	28.6	13	35.1	1	16.7	
Seyrek yaşayanlar	2	28.6	3	8.1	0	0.0	

Ki-kare uygulandı.

* 1 kişi ütülediğini de ifade etmiştir.

** Yüksekokul mezunu 1 kişi olduğundan, ortaokul-lise grubunun içine alınmıştır.

Çalışmamızdaki kadınların eğitim durumlarına göre hijyen alışkanlıklarına bakıldığında; vajinal duş yapanların eğitim düzeylerine göre farklılık göstermediği, bütün eğitim düzeylerinde kadınların vajinal duşu daha çok her cinsel ilişki sonrası uyguladığı ve eğitim düzeyi en yüksek olan ortaokul-lise grubunda bu oranın daha yüksek (%83.3) olduğu görülmüştür. Tuvalet öncesinde el yıkamanın, taharetlenmeden sonra kurulanmanın, iç çamaşır değiştirme sıklığının ve temizliğinin eğitim düzeylerine göre farklılık göstermediği, OYD+OY olanların hepsinin, ilkokul mezunlarının yarısından fazlasının (%64.9) ve Ortaokul-Lise mezunlarının yarısının taharetlenmeyi yanlış uyguladığı belirlenmiştir. OYD+OY olanların yarıdan fazlasının (%57.1) daha önce akıntı şikayeti yaşadığı, eğitim düzeyleri yükseldikçe akıntı şikayeti yaşama öyküsünün azaldığı görülmüştür. OYD+OY olanların yarıdan fazlasının (%57.1) 1 yıldan uzun süre önce akıntı şikayeti yaşadığı ve akıntı şikayeti yaşama sıklığının eğitim düzeylerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Çalışma kapsamına alınan kadınların eğitim durumları ile hijyen alışkanlığı ve vajinal akıntı öyküsü arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark ($p>0.05$) bulunmamıştır (Tablo 10).

Tablo 11. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Hijyen Alışkanlığı ve Vajinal Akıntı Öyküsü

Hijyen Alışkanlığı ve Vajinal Akıntı Öyküsü	YAŞ N:50						İstatistiksel Anlamlılık
	≤25 Yaş		26-35		36 ≤		
	n	%	n	%	n	%	
Vajinal duş yapma durumu							
Yapan	8	61.5	13	68.4	12	66.7	χ^2 :0.169 p=0.919
Yapmayan	5	38.5	6	31.6	6	33.3	
Vajinal duş yapma zamanı							
Hiç yapmayan	5	38.5	6	31.6	6	33.3	χ^2 :3.430 p=0.753
Her gün/ Günde bir kaç kez	2	15.4	2	10.5	3	16.7	
Her cinsel ilişki sonrası	6	46.2	7	36.8	7	38.9	
Diğer	0	0.0	4	21.1	2	11.1	
Ellerini yıkama alışkanlığı							
Tuvaletten önce ve sonra yıkayan	7	53.8	12	63.2	9	50.0	χ^2 :0.683 p=0.711
Sadece tuvaletten sonra yıkayan	6	46.2	7	36.8	9	50.0	
Taharetlenme Durumu							
Doğru uygulayan	7	53.8	5	26.4	4	22.2	χ^2 :3.924 p=0.141
Yanlış uygulayan	6	46.2	14	73.6	14	77.8	
Taharetlenmeden sonra kurulanma durumu							
Hiç kurulamayan	2	15.4	1	5.3	0	0.0	χ^2 :4.384 p=0.356
Tuvalet kağıdı	8	61.6	16	84.2	15	83.3	
Taretlenme bezi	3	23.1	2	10.5	3	16.7	
İç çamaşır değiştirme sıklığı							
Her gün	6	46.2	11	57.9	9	50.0	χ^2 :3.215 p=0.523
Haftada bir kaç kez	3	23.1	6	31.6	7	38.9	
Kirlendikçe	4	30.7	2	10.5	2	11.1	
İç çamaşırların temizliği							
Çamaşır makinesinde yıkayan	12	92.4	15	78.9	15	83.3	χ^2 :1.034 p=0.596
Çamaşır suyunda bekleten+makinede yıkayan*	1	7.6	4	21.1	3	16.7	
Vajinal akıntı şikayeti yaşama zamanı							
Hiç yaşamayan	9	69.2	9	47.4	11	61.1	χ^2 :4.488 p=0.647
Son 1 yıl içerisinde	2	15.4	5	26.3	2	11.1	
1 yıldan uzun süre önce	2	15.4	5	26.3	5	27.8	
Vajinal akıntı şikayeti yaşama sıklığı							
Hiç yaşamayan	9	69.2	9	47.4	11	61.1	χ^2 :1.810 p=0.771
Sık yaşayanlar	3	23.1	8	42.1	5	27.8	
Seyrek yaşayanlar	1	7.6	2	10.5	2	11.1	

Ki-kare uygulandı.

* 1 kişi ütülediğini de ifade etmiştir.

Çalışmamızdaki kadınların yaş gruplarına göre, vajinal duş yapma durumunun ve zamanının, el yıkama alışkanlığının, taharetlenmenin ve taharetlenmeden sonra kurulanmanın, iç çamaşırı değiştirme sıklığının ve temizliğinin, vajinal akıntı yaşama

zamanı ve sıklığının farklılık göstermediği belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0.05$) bulunmamıştır (Tablo 11).

Tablo 12. Kadınların Sık İYE Geçirme Durumlarının Hijyen Alışkanlıklarına ve Vajinal Akıntı Öyküsüne Göre Dağılımı

Hijyen Alışkanlığı ve Vajinal Akıntı Öyküsü	Sık İYE Geçirme Durumu N:50				İstatistiksel Anlamlılık
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Vajinal duş yapma durumu					
Yapan	12	36.3	21	63.7	χ^2 :6.263 p=0.012
Yapmayan	0	0.0	17	100.0	
Vajinal duş yapma zamanı					
Hiç yapmayan	0	0.0	17	100.0	χ^2 :8.346 p=0.039
Her gün/Günde birkaç kez	3	42.9	4	57.1	
Her cinsel ilişki sonrası	7	20.0	13	80.0	
Diğer	2	33.3	4	66.7	
Taharetlenme Durumu					
Doğru uygulayan	5	31.25	11	68.75	χ^2 :0.219 p=0.639
Yanlış uygulayan	7	20.6	27	79.4	
Vajinal akıntı şikayeti yaşama durumu					
Önceden yaşamış	7	33.3	14	66.7	χ^2 :0.959 p=0.327
Önceden yaşamamış	5	17.2	24	82.8	
Vajinal akıntı şikayeti ile birlikte dizüri					
Var	9	75.0	8	21.1	χ^2 :9.546 p=0.002
Yok	3	25.0	30	78.9	
Vajinal akıntı şikayeti ile birlikte pollaküri					
Var	3	25.0	12	31.6	χ^2 :0.005 p=0.942
Yok	9	75.0	26	68.4	

Ki-kare uygulandı, 2x2 tablo düzeneğinde de Yates Düzeltmesi yapıldı.

Çalışmamızdaki kadınların hijyen alışkanlıklarına ve vajinal akıntı öyküsüne göre sık İYE geçirme durumlarına bakıldığında; vajinal duş yapan kadınların %36.3'ünün ve bunu hergün yada günde birkaç kez uygulayanların %42.9'unun İYE geçirdiği belirlenmiş, vajinal duş yapma durumu ve sıklığı ile sık İYE geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0.05$) bulunmuştur. Taharetlenmeyi yanlış uygulayanların ve daha önce vajinal akıntı şikayeti yaşayanların 1/3'ünün İYE geçirdiği

belirlenmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0.05$) bulunmamıştır. Sık İYE yaşayan kadınların %75.0’inde dizüri görülmüş, istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 13. ÜSBÖ Total ve 3 Alt Boyutu Puan Ortalaması ve Cronbach α Değerleri

ÜSBÖ	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma	Cronbach α
1. Alt Boyut*	11	40	29.30	6.09	0.78
3. Alt Boyut**	11	39	27.32	6.19	0.72
4. Alt Boyut***	37	61	49.62	5.41	0.73
Total Puan	94	156	124.12	14.25	0.79

Cronbach’s Alpha

* **1. Alt Boyut** : “Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı”

** **3. Alt Boyut** : “Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları”

*** **4. Alt Boyut** : “Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma”

Çalışmamızda ÜSBÖ’nin 3 alt boyutu ile totali kullanılmıştır. Bunlar; 8 sorudan oluşan **1. alt boyutu** “Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı”, 10 sorudan oluşan **3. alt boyutu** “Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları”, 14 sorudan oluşan **4. alt boyutu** olan “Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma” boyutları ve ÜSBÖ toplam puanlarıdır ve değerler orta düzeydedir.

1. alt boyutun Cronbach α değeri 0.78, 3. alt boyutun Cronbach α değeri 0.72, 4. alt boyutun Cronbach α değeri 0.73 ve ÜSBÖ total puanının Cronbach α değeri 0.79 bulunmuştur . ÜSBÖ alt boyutlarında ve toplam puanlarında tespit edilen Cronbach α değerleri iyi düzeyde bulunmuştur.

ÜSBÖ 1. alt boyutunda elde edilebilecek en yüksek ortalama 40'tır. Çalışmamızda 1.alt boyut ortalaması 29.30 ile iyi düzeydedir. 3. alt boyutunda elde edilebilecek en yüksek ortalama 50'dir. Çalışmamızda 3.alt boyut ortalaması 27.32 ile orta düzeydedir. 4. alt boyutunda elde edilebilecek en yüksek ortalama 70'tir. 4.alt boyut ortalaması 49.62 ile orta düzeydedir. ÜSBÖ'nin total puanında elde edilebilecek en yüksek ortalama 195'dir. Çalışmamızda ÜSBÖ total puan ortalaması 124.12 ile orta düzeydedir (Tablo13).

Tablo 14. ÜSBÖ Puanlarının Kadınların Eğitim ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Eğitim ve Yaş Dağılımı	ÜSBÖ Total ve Alt Grup Puanları											
	1. Alt Boyut **			3. Alt Boyut***			4. Alt Boyut****			ÜSBÖ Total		
	Min.	Max.	Ort.	Min.	Max.	Ort.	Min.	Max.	Ort.	Min.	Max.	Ort.
Eğitim Düzeyi												
OYD+OY	24	31	29.57	11	35	23.14	45	60	46.86	103	147	115.29
İlkokul	9	40	29.32	18	39	27.81	48	65	50.05	104	157	125.24
Ortaokul-Lise*	20	32	28.83	23	36	29.17	47	66	50.17	117	147	127.5
İstatistiksel Anlamlılık	F: 0.024 p=0.976			F: 2.061 p=0.139			F: 1.066 p=0.353			F: 1.673 p=0.199		
Yaş Göre Dağılım												
≤25 Yaş	23	34	29.00	21	36	30.23	47	66	55.76	114	157	135.38
26-35 Yaş	19	40	27.89	11	39	26.89	45	63	55.57	114	156	130.47
≥36 Yaş	9	36	27.22	18	36	25.66	48	64	56.88	103	156	127.83
İstatistiksel Anlamlılık	F: 0.402 p=0.671			F: 0.709 p=0.499			F: 0.326 p=0.724			F: 1.203 p=0.309		

Tukey HSD ileri analizi uygulandı.

* Yüksekokul mezunu 1 kişi olduğundan, ortaokul-lise grubunun içine alınmıştır.

** **1. Alt Boyut** : “Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı”

*** **3. Alt Boyut** : “Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları”

**** **4. Alt Boyut** : “Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma”

Çalışmamızdaki kadınların eğitim durumlarına ve yaş gruplarına göre ÜSBÖ alt grup ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 14).

Tablo 15. ÜSBÖ Puanlarının Kadınların Hijyen Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Hijyen Alışkanlıkları	ÜSBÖ Total ve Alt Grup Puanları			
	1. Alt Boyut*	3. Alt Boyut**	4. Alt Boyut***	ÜSBÖ Total
	Min. Max. Ort.	Min. Max. Ort.	Min. Max. Ort.	Min. Max. Ort.
Vajinal duş				
Yapan	15 40 28.21	11 39 27.54	45 66 57.12	103 157 132.09
Yapmayan	9 34 27.41	19 36 26.88	47 63 54.11	104 154 128.29
İstatistiksel Anlamlılık	t: 0.494 p=0.624	t: -0.640 p=0.525	t: 2.023 p=0.051	t: 0.942 p=0.351
Taharetlenme Durumu				
Doğru uygulayan	9 36 26.62	18 39 30.25	49 66 58.75	104 157 135.75
Yanlış uygulayan	15 40 28.55	11 36 25.94	45 64 54.85	103 154 128.47
İstatistiksel Anlamlılık	F: 1.018 p=0.320	F: -2.405 p=0.020	F: -2.643 p=0.011	F: -1.567 p=0.132
İç çamaşır değiştirme sıklığı				
Her gün	15 36 27.81	18 36 28.08	50 66 51.19	112 156 125.23
Haftada bir kaç kez	23 40 32.5	11 39 25.31	48 65 49	103 157 124.5
Kirlendikçe	9 34 27.75	23 36 28.88	45 61 45.75	104 154 119.75
İstatistiksel Anlamlılık	F: 3.594 p=0.035	F: 1.30 P=0.281	F: 3.59 p=0.035	F: 0.45 p=0.64

Tek yönlü varyans analizi ve Tukey HSD ileri analizi uygulandı.

* 1. Alt Boyut : “Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı”

** 3. Alt Boyut : “Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları”

*** 4. Alt Boyut : “Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma”

Çalışmamızda vajinal duş yapan kadınlarda ÜSBÖ alt grup ve toplam puan ortalamaları beklenenin aksine yapmayanlara göre daha yüksek olarak orta düzeyde bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0.05$) bulunmamıştır. Taharetlenmeyi doğru uygulayanlarda ÜSBÖ'nin 3. alt boyutu "üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları" ortalamaları iyi düzeyde bulunurken, yanlış uygulayanlarda orta düzeyde bulunmuş, anlamlılık saptanmıştır. Taharetlenmeyi doğru uygulayanlarda ÜSBÖ'nin 4. alt boyutu "genital enfeksiyonlardan korunma" ortalamaları iyi düzeyde bulunurken, yanlış uygulayanlarda daha düşük olarak yine iyi düzeyde bulunmuş ve anlamlılık saptanmıştır. Kadınların taharetlenme durumu ile ÜSBÖ'nin 1. alt boyutu "üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışları" ve ÜSBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0.05$) bulunmamıştır. Kadınların her gün iç çamaşırlarını değiştirmesinde ÜSBÖ'nin 1. alt boyutu "üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı" kirlendikçe değiştirenlere göre daha yüksek olarak orta düzeyde bulunmuş, haftada birkaç kez değiştirenlerin ise iyi düzeyde bulunmuş ve anlamlı fark saptanmıştır. Kadınların her gün iç çamaşırlarını değiştirmesinde ÜSBÖ'nin 4. alt boyutu "genital enfeksiyonlardan korunma" tutum ortalamaları iyi düzeyde bulunmuş, haftada bir kaç kez değiştirenler orta düzeyde ve kirlendikçe değiştirenler daha düşük olarak orta düzeyde bulunmuş, anlamlı fark saptanmıştır. ÜSBÖ'nin 3. alt boyutu "üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları" ve ÜSBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0.05$) bulunmamıştır (Tablo15).

Çalışma kapsamına alınan kadınların tuvalete girmeden önce ve sonra ellerini yıkama ve taharetlenmeden sonra kurulanma alışkanlıkları ÜSBÖ'nin alt grupları ve toplam puanları ile ayrı ayrı karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 16. ÜSBÖ Puanlarının Kadınların Vajinal Akıntı Öyküsü ve Kronik/ Metabolik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı

Vajinal Akıntı Öyküsü ve Kronik/ Metabolik Hastalık Durumu	ÜSBÖ Total ve Alt Grup Puanları			
	1. Alt Boyut*	3. Alt Boyut**	4. Alt Boyut***	ÜSBÖ Total
	Min. Max. Ort.	Min. Max. Ort.	Min. Max. Ort.	Min. Max. Ort.
Vajinal akıntı şikayeti yaşama durumu				
Önceden yaşamış	19 40 31.48	11 39 29.05	45 63 49.62	114 156 128.38
Önceden yaşamamış	9 36 27.72	18 36 26.07	47 66 49.62	103 157 121.03
İstatistiksel Anlamlılık	t: -2.23 p=0.03	t: -1.71 p=0.093	t: 0.00 p=0.999	t: -1.84 p=0.072
Vajinal akıntı şikayeti yaşama sıklığı				
Hiç yaşamayan	9 36 26.62	18 36 26.06	47 66 56.03	103 157 127.44
Sık yaşayanlar	19 40 30.25	19 39 30.12	50 63 57	116 156 138.62
Seyrek yaşayanlar	24 34 28.20	11 32 25.60	45 58 53.60	114 134 125.20
İstatistiksel Anlamlılık	F: -1.455 p=0.146	F: -1.242 p=0.214	F: -1.164 p=0.244	F: -2.359 p=0.018
Kronik/Metabolik Hastalık Varlığı				
Var	15 36 31.21	20 39 30.14	50 63 50.79	116 156 131.21
Yok	9 40 28.56	11 36 26.22	45 66 49.17	103 157 121.36
İstatistiksel Anlamlılık	t: -1.40 p=0.168	t: -2.08 p=0.043	t: -0.95 p=0.347	t: -2.29 p=0.027

Tek yönlü varyans analizi ve Tukey HSD ileri analizi uygulandı.

* 1. Alt Boyut : “Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı”

** 3. Alt Boyut : “Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları”

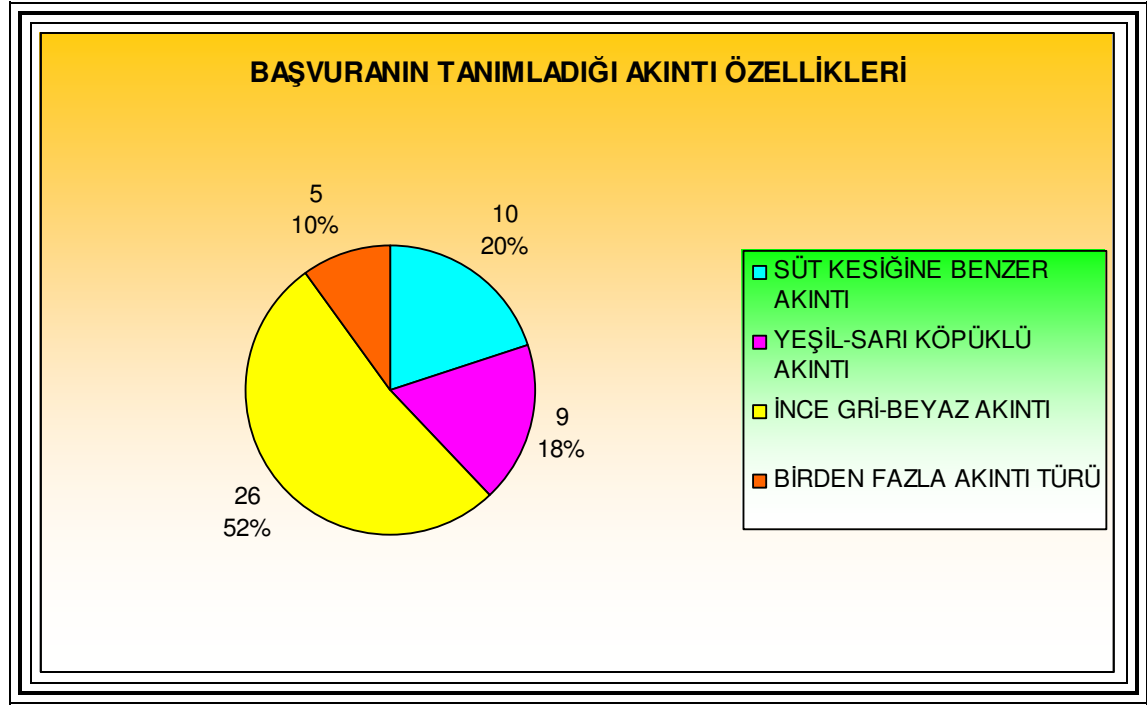
*** 4. Alt Boyut : “Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma”

Çalışmamızda daha önce vajinal akıntı şikayeti yaşayan kadınlarda ÜSBÖ'nin 1. alt boyutu "üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı" iyi düzeyde bulunmuş, daha önce yaşamayanlarda orta düzeyde bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0.05$) bulunmuştur. Ancak vajinal akıntı şikayeti yaşama durumu ile 3. alt boyutu "üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları", 4. alt boyutu "genital enfeksiyonlardan korunma" ve ÜSBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0.05$) bulunmamıştır. Kadınların vajinal akıntı şikayeti yaşama sıklığı ile ÜSBÖ'nin alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0.05$) bulunmazken, vajinal akıntı şikayetini sık yaşayanlarda ÜSBÖ toplam puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuş, seyrek yaşayanlarda da puanlar daha düşük olarak orta düzeyde bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0.05$) bulunmuştur. Kronik/ metabolik hastalık olan kadınlarda ÜSBÖ'nin 3. alt boyutu "üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları" iyi düzeyde, olmayanlarda orta düzeyde bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlılık fark ($p<0.05$) saptanmıştır. Kronik/ metabolik hastalık olan kadınlarda ÜSBÖ toplam puan ortalamaları hastalık olmayanlara göre daha yüksek, ancak her ikisi de orta düzeyde ve anlamlı bulunmuştur. Kronik/ metabolik hastalık durumu ile ÜSBÖ'nin 1. alt boyutu "üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı" ve 4. alt boyutu "genital enfeksiyonlardan korunma" arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0.05$) bulunmamıştır (Tablo 16).

Çalışmamızda kadınların vajinal akıntı şikayeti yaşama zamanı ile ÜSBÖ'nin alt grupları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0.05$), ancak ÜSBÖ'nin toplam puanı açısından anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir.

4.3. Geliştirilen Vajinal Akıntı Tanılama Formuna (VATF) ait veriler

Grafik 5. VATF ile Yapılan Değerlendirmede Kadınların Tanımladıkları Akıntının Özellikleri



VATF ile yapılan değerlendirmede kadınların yarısından fazlasının (%52) ince, gri-beyaz akıntıyı tanımladıkları görülmüştür (Grafik 5).

Tablo 17. VATF Değerlendirmesine Göre Kadınlarda Akıntı Şikayeti ile Seyreden Semptomların Dağılımı

Kadınlarda Akıntı Şikayeti ile Birlikte Seyreden Semptomlar	N:50	
	n	%
Koku		
Var	38	76.0
Yok	12	24.0
Kaşıntı		
Var	23	46.0
Yok	27	54.0
Yanma		
Var	22	44.0
Yok	28	56.0
Vulvada kızarıklık		
Var	17	34.0
Yok	33	66.0
Kasık ve karın ağrısı		
Var	34	68.0
Yok	16	32.0
Dizüri		
Var	17	34.0
Yok	33	66.0
Ateş, halsizlik		
Var	7	14.0
Yok	43	86.0
Disparoni		
Var	21	42.0
Yok	29	58.0
Pollaküri		
Var	15	30.0
Yok	35	70.0
Cinsel ilişki ile bağlantısı		
Var	4	8.0
Yok	46	92.0

Kadınlarda akıntı şikayeti ile birlikte seyreden semptomlarına bakıldığında; en fazla oranda koku (%76.0), kasık ve karın ağrısı (%68.0) yaşadıkları, yarısına yakınında kaşıntı (%46.0), yanma (%44.0), disparoninin (%42.0) görüldüğü, %34.0 oranlarında dizüri ve vulvada kızarıklık semptomlarının olduğu, daha az olarak pollaküri (%30.0),

ateş ve halsizlik (%14.0) yaşadıkları ve sadece %8.0'inin akıntısının cinsel ilişki ile bağlantısı olduğu belirlenmiştir (Tablo 17).

Kadınların %2'si ilişki sonrası kanama yaşadığını ve %18.0'i eşlerinin de şikayeti olduğunu ifade etmiştir. Kadınların hiç birinin CYBH geçirmediği belirlenmiştir.

Tablo 18. Kadınların Şikayetlerinin Başlama ve Siklusa Göre Başvurma Zamanlarına Ait Veriler

Akıntı Şikayetinin Var Olma Süresi ve Siklusa Göre Başvurma Zamanları	N:50	
	n	%
Akıntı şikayetinin ne kadar süredir var olduğu (başladığı zaman)		
Bir Haftadır	12	24.0
2-4 Haftadır	12	24.0
Son 1 yıldır	16	32.0
1 Yıldan fazla süredir	10	20.0
Siklusa göre Başvurma Zamanları		
Siklusun İlk Haftası	7	14.0
Siklusun 2. Haftası	19	38.0
Siklusun 3. Haftası	8	16.0
Siklusun 4. Haftası	10	20.0
Laktasyon Amenore/Menopoz	6	12.0

Kadınların şikayetlerinin başladığı zamana bakıldığında; yarısına yakınının son 1 aydır şikayetlerinin olduğu, bunların %24.0'ünün son 1 haftadır ve yine %24.0'ünün 2-4 haftadır akıntı şikayeti yaşadıkları belirlenmiştir. Siklusa göre başvuru zamanlarına bakıldığında; yarısından fazlasının (%52) siklusun ilk yarısında, özellikle adet bitiminden sonra oranın arttığı belirlenmiştir (Tablo 18).

Tablo 19. VATF ile Yapılan Değerlendirmede İnspeksiyon ve Spekulum Muayene Sonuçları

İnspeksiyon ve Spekulum Muayene Değerlendirmeleri	N:50	
	n	%
İNSPEKSİYON MUAYENESİNDE		
Kızarıklık		
Var	12	24.0
Yok	38	76.0
Erezyon,yara,ülser		
Var	4	8.0
Yok	46	92.0
SPEKULUM MUAYENESİNDE		
Süt keşiğine benzer akıntı		
Var	10	20.0
Yok	40	80.0
İnce,gri-beyaz akıntı		
Var	36	72.0
Yok	14	28.0
Yeşil-sarı,köpüklü akıntı		
Var	6	12.0
Yok	44	88.0
Servikste dokunma kanaması		
Var	4	8.0
Yok	46	92.0
Servikste erozyon		
Var	13	26.0
Yok	37	74.0

Kadınların inspeksiyon ve spekulum muayene sonuçlarına bakıldığında; inspeksiyon muayenesinde kadınların %24'ünde kızarıklık, spekulum muayenesinde en fazla oranda (%72) ince, gri-beyaz akıntı görülmüş ve %26'sında ise erezyon tespit edilmiştir (Tablo19) .

Tablo 20. Kadınların Tanımladıkları Akıntının Özelliklerine Göre Akıntı Şikayeti ile Birlikte Seyreden Semptomlar

Vajinal akıntı şikayeti ile birlikte seyreden semptomlar	AKINTININ ÖZELLİKLERİ N:50				İstatistiksel Anlamlılık
	Süt keşiğine benzer akıntı	Yeşil-Sarı, köpüklü akıntı	İnce, gri-beyaz akıntı	Birden fazla akıntı türü	
	n %	n %	n %	n %	
Koku Var Yok	6 60.0 4 40.0	6 66.7 3 33.3	21 80.8 5 19.2	5 100.0 0 0.0	$\chi^2:3,73$ $p=0,443$
Kaşıntı Var Yok	7 70.0 3 30.0	4 44.4 5 55.6	8 30.8 18 69.2	4 80.0 1 20.0	$\chi^2:10,3$ $p=0,036$
Yanma Var Yok	7 70.0 3 30.0	3 33.3 6 66.7	8 30.8 18 69.2	4 80.0 1 20.0	$\chi^2:10,8$ $p=0,028$
Kızarıklık Var Yok	6 60.0 4 40.0	2 22.2 7 77.8	6 23.1 20 76.9	3 60.0 2 40.0	$\chi^2:8,46$ $p=0,076$
Dizüri Var Yok	4 40.0 6 60.0	2 22.2 7 77.8	8 30.8 18 69.2	3 60.0 2 40.0	$\chi^2:4,34$ $p=0,361$
Disparoni Var Yok	4 40.0 6 60.0	6 66.7 3 33.3	9 34.6 17 65.4	2 40.0 3 60.0	$\chi^2:3,67$ $p=0,452$

Ki-kare uygulandı.

Çalışmamızdaki kadınların tanımladıkları akıntı özelliklerine göre vajinal akıntı şikayeti ile birlikte seyreden semptomlarına bakıldığında; bütün akıntı türlerinin çoğunluğunda kokunun var olduğu, kaşıntı, yanma ve kızarıklığın çoğunlukla süt keşiğine benzer akıntı ve birden fazla akıntı türünde görüldüğü, dizürinin %60.0 oranında birden fazla akıntı özelliği tanımlayanlarda görüldüğü ve yeşil-sarı köpüklü akıntısı olanların %66.7'sinde disparoninin bulunduğu tespit edilmiştir. Kadınların tanımladıkları akıntı

özellikleri ile yaşadıkları koku, kızarıklık, dizüri ve disparoni şikayetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmazken, tanımladıkları akıntı özellikleri ile yaşadıkları kaşıntı ve yanma şikayetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 21. Kadınların Tanımladıkları Akıntının Özelliklerine Göre İnceksiyon ve Spekulum Muayene Sonuçları

İnspeksiyon ve Spekulum Muayene Değerlendirmeleri	AKINTININ ÖZELLİKLERİ N:50								İstatistiksel Anlamlılık
	Süt keşiğine benzer akıntı		Yeşil-Sarı, köpüklü akıntı		İnce, gri-beyaz akıntı		Birden fazla akıntı türü		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
İNSPEKSİYON MUAYENESİ									χ^2 :12.8 p=0.012
Kızarıklık									
Var	6	60.0	0	0.0	4	15.4	2	40.0	
Yok	4	40.0	9	100.0	22	84.6	3	60.0	
Erezyon,yara,ülser									χ^2 :18.6 p=0.001
Var	0	0.0	2	22.2	0	0.0	2	40.0	
Yok	10	100.0	7	77.8	26	100.0	3	60.0	
SPEKULUM MUAYENESİ									χ^2 :29.7 p=0.0001
Süt keşiğine benzer akıntı*									
Var	8	80.0	1	11.1	0	0.0	1	20.0	
Yok	2	20.0	8	88.9	26	100.0	4	80.0	
İnce,gri-beyaz akıntı**									χ^2 :24.8 p=0.0001
Var	3	30.0	3	33.3	25	96.2	5	100.0	
Yok	7	70.0	6	66.7	1	3.8	0	0.0	
Yeşil-sarı,köpüklü akıntı***									χ^2 :19.8 p=0.001
Var	0	0.0	5	55.6	1	3.8	0	0.0	
Yok	10	100.0	4	44.4	25	96.2	5	100.0	
Servikste dokunma kanaması									χ^2 :3.78 p=0.436
Var	0	0.0	2	22.2	2	7.7	0	0.0	
Yok	10	100.0	7	77.8	24	92.3	5	100.0	
Servikste erozyon									χ^2 :4.44 p=0.349
Var	9	90.0	3	33.3	7	26.9	2	40.0	
Yok	1	10.0	6	66.7	19	73.1	3	60.0	

Ki-kare uygulandı.

* Mc Nemar ki-kare (Yates düzeltmesi ile) = 0.25 p=0.61

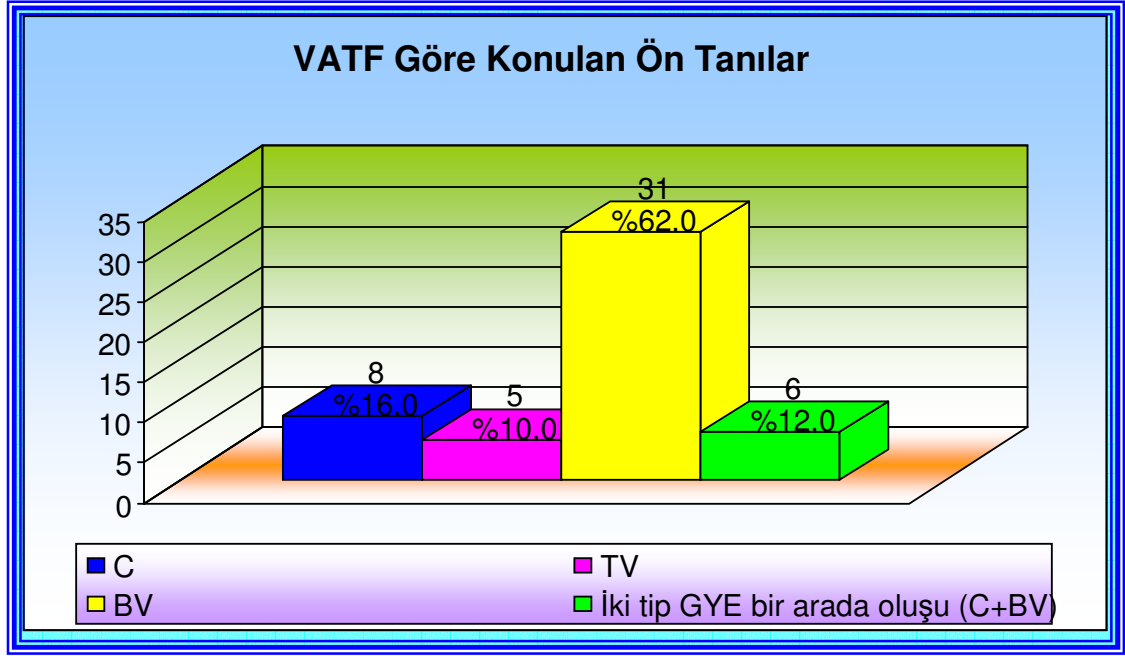
** Mc Nemar ki-kare =6.75 p=0.0094

*** Mc Nemar ki-kare= 0.80 p=0.37

Çalışmamızdaki kadınların tanımladıkları akıntı özelliklerine göre inspeksiyon ve spekulum muayene bulguları incelendiğinde; kızarıklığın çoğunlukla (%60.0) süt kesiğine benzer akıntı şikayeti olanlarda görüldüğü, erezyonun ise en fazla (%40.0) birden fazla akıntı şikayeti tanımlayanlarda görüldüğü belirlenmiş ve inspeksiyon muayenesinde görülen kızarıklık ve erezyon ile tanımladıkları akıntı özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur. Kadınların tanımladığı akıntı özellikleri ile spekulum muayenesinde tespit edilen akıntı türlerinin çoğunluğunun uyuşturduğu görülürken, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık ($p<0.001$) bulunmuştur. Servikte dokunma kanamasının en fazla oranda (%22.2) yeşil-sarı köpüklü akıntı tanımlayanlarda, erezyonun ise %90.0 oranında süt kesiğine benzer akıntısı olanlarda görüldüğü belirlenmiştir. Ancak servikte görülen dokunma kanaması ve erezyon ile kadınların tanımladıkları akıntı özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamıştır (Tablo 21).

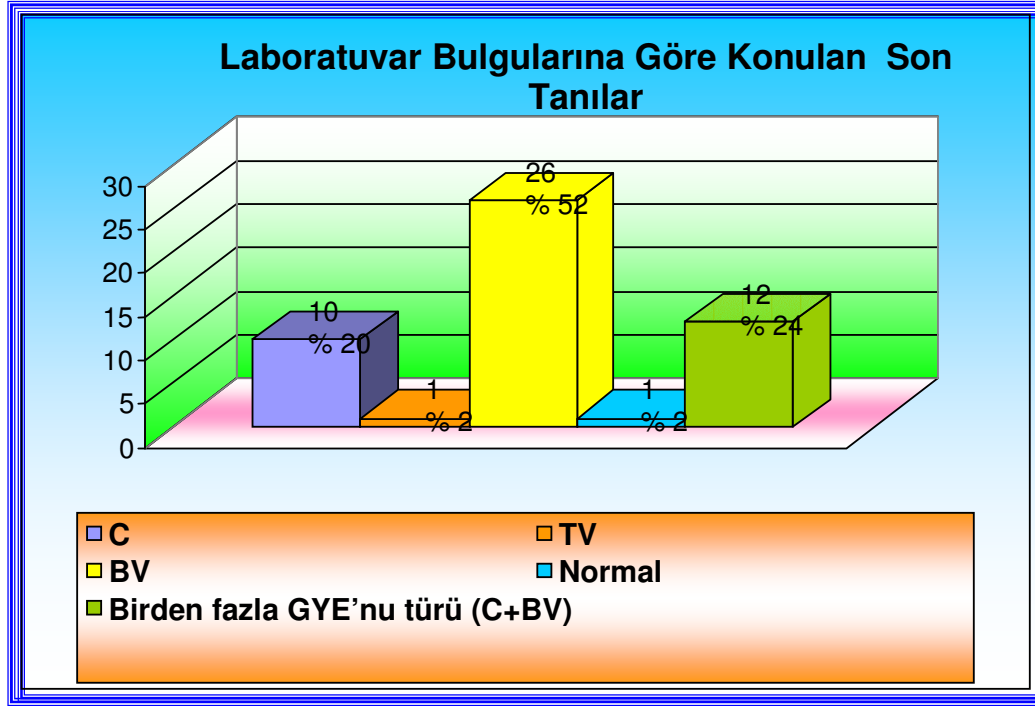
Kadınların tanımladığı akıntı özelliği ile inspeksiyon ve spekulum muayenesi sonuçlarının karşılaştırıldığı Tablo 21’de, spekulum muayenesinde tespit edilen akıntı özellikleri bölümünde akıntı özelliğinin olup olmamasına göre toplanarak, Mc Nemar Testi uygulanmıştır. Bu ikinci değerlendirmede sadece tanımlanan akıntı özelliklerinden ince gri-beyaz akıntı ile spekulum muayenesindeki ince gri-beyaz akıntı arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır.

Grafik 6. VATF Göre Konulan Ön Tanıların Dağılım Grafiği



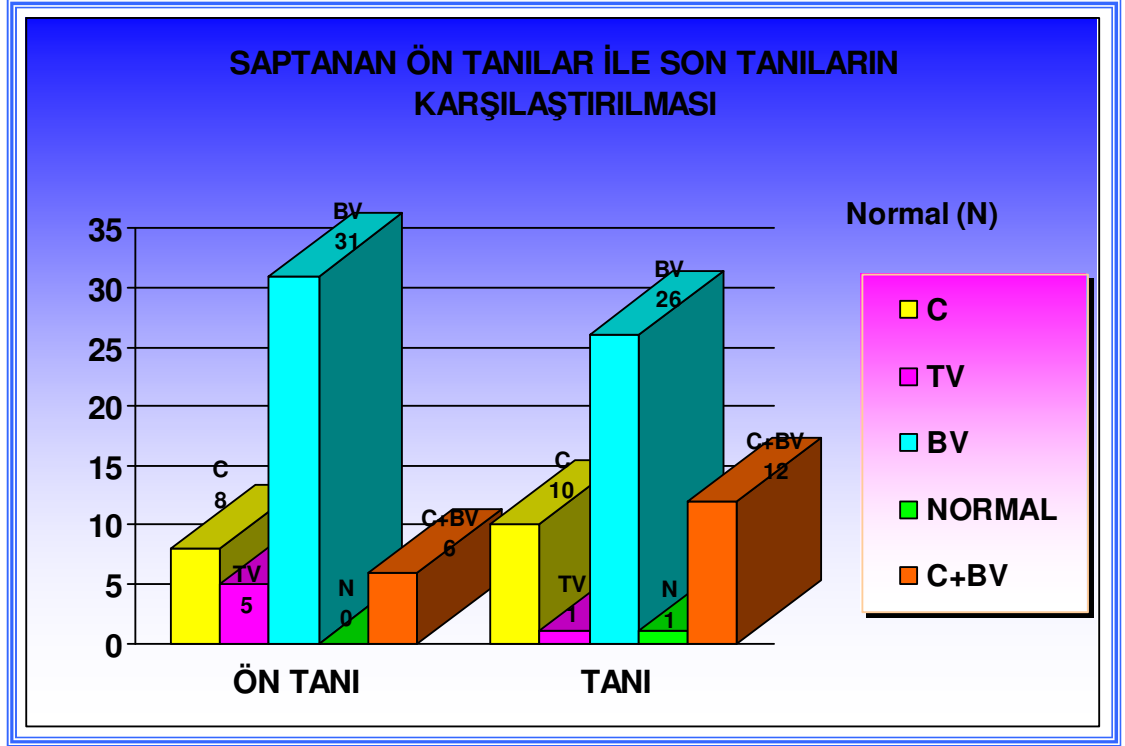
Çalışma kapsamına alınan kadınların vajinal akıntı tanılama formuna göre konulan ön tanıları incelendiğinde; çoğunluğunda (%62.0) BV, %16.0'sında C, %10.0'unda TV ve %12.0'sinde C+BV saptanmıştır (Grafik 6).

Grafik 7. Laboratuvar Bulgularına Göre Konulan Son Tanıların Dağılım Grafiği



Çalışma kapsamına alınan kadınların laboratuvar bulgularına göre konulan son tanılarına bakıldığında; yarısından fazlasında (%52) BV, %20.0'sinde C görülürken, %24.0'ünde C+BV tespit edilmiştir (Grafik 7).

Grafik 8. VATF'na Göre Konulan Ön Tanı ile Laboratuvar Sonuçlarına Göre Konulan Son Tanının Karşılaştırması



Çalışma kapsamına alınan kadınların VATF'na göre konulan ön tanılarına bakıldığında; %16.0'sına C, % 10.0'una TV, %62.0'sine BV, %12.0'sine C+BV saptanmıştır. Laboratuvar sonuçlarına göre konulan son tanılarına ise %20.0'sine C, % 2.0'sine TV, %52.0'sine BV, %24.0'üne C+BV tanısı konulmuş ve 1 vakada enfeksiyon etkeni saptanmamıştır. Ön tanı ve son tanı sonuçlarına bakıldığında dikkati çeken C yükselirken, BV in azalması, C+BV in yani miks enfeksiyon sayısının artmasıdır. (Grafik 8).

Tablo 22. Ön Tanı ile Son Tanı Sonuçlarının Çaprazlama Dağılımları

Ön Tanı	Son Tanı					Ön Tanı Total
	C	TV	BV	Normal	C+BV	
C	7	0	0	0	1	8
TV	1	1	1	0	2	5
BV	2	0	25	1	3	31
C+BV	0	0	0	0	6	6
Son Tanı Total	10	1	26	1	12	50

Ağırlıklı Kapa Uyum Analizi bakıldı.

Kw:0.627 p =0.0001

Ön tanı ile son tanının çaprazlama dağılımlarına bakıldığında; C ön tanısı alan 7 kişi son tanıda da C tanısı almıştır. Ancak ön tanıda C tanısı alan kişilerden 1 tanesi son tanıda C+BV tanısı almıştır. Ön tanıda TV saptanan 5 kişiden 1 tanesi son tanıda da TV tanısı alırken, 1 kişi C, 1 kişi BV ve 2 kişi C+BV son tanısı almıştır. Ön tanıda BV tanısı alan 31 kişiden; son tanıda 25 tanesi BV, 2 tanesi C, 3 tanesi C+BV tanısı alırken, 1 kişide hastalık etkeni bulunmamıştır. C+BV ön tanısı alan 6 kişi son tanıda da C+BV tanısı almıştır. Ancak son tanıda C+BV tanısı alan diğer 6 kişiden , 1 tanesine ön tanıda C, 2 tanesine TV, 3 tanesine BV ön tanısı konmuştur. Ön tanı son tanı uyumuna bakıldığında; % 78 oranında uyuşmanın olduğu ve yapılan ağırlıklı kapa uyum analizinde uyum sonucu Kw:0.627 ile iyi düzeyde bulunmuştur (Tablo 22).

Tablo 23. 4 Vaka Çıkarıldıktan Sonra Ön Tanı ile Son Tanı Sonuçlarının Çaprazlama Dağılımları

Ön Tanı	Son Tanı					Ön Tanı Total
	C	TV	BV	Normal	C+BV	
C	7	0	0	0	0	7
TV	1	1	1	0	2	5
BV	2	0	25	1	0	28
C+BV	0	0	0	0	6	6
Son Tanı Total	10	1	26	1	8	46

Ağırlıklı Kappa Uyum Analizi bakıldı.

Kw:0.710 p =0.0001

C+BV son tanısı konulan kadınlardan 1’inde C, 3’ünde BV ön tanıda saptanmıştır. Bu 4 vaka çıkarılarak 46 vaka da ön tanı ile son tanı uyuşması tekrar değerlendirilmiştir. 2. değerlendirmede ön tanı ile son tanı arasındaki uyuşma %84.7 olarak saptanmış ve yapılan ağırlıklı kappa uyum analizi sonuçları ise κ_w :0.710 ile iyi düzeyde bulunmuştur (Tablo 23).

Miks enfeksiyonlarda; o anda akut yaşanan ve majör özellik gösteren enfeksiyon belirtileri baskın olduğundan, bu hangi enfeksiyon ise onun semptomlarına yönelik şikayetler ön plana çıkmakta ve kişi öncelikle o şikayetleri ifade etmektedir. Bizim çalışmamızda; son tanıları miks enfeksiyon (C+BV) olarak konan 4 vakanın, VATF’na göre konan ön tanıların miks değil, ancak bu iki enfeksiyondan biri olduğu görülmüştür. Bu nedenle 1. Değerlendirme 50 vaka üzerinden tablo 25 teki çaprazlama dağılıma göre, 2. Değerlendirme ise belirtilen özellikte olan 4 vaka çıkarılarak N=46

üzerinden Tablo 26 da gösterilen çaprazlama dağılıma göre olmak üzere 2 ayrı kappa uyum analizi değerlendirmesi yapılmıştır.

Tablo 24. Tanıların Çaprazlama Değerlendirmelerine Göre Tanılar Arası Uyum Sonuçları

Tanıların çaprazlama değerlendirmeleri	Uyum (%)	Kappa	İstatistiksel Anlamlılık
1. Değerlendirme	78.0	0.627	p =0.0001
2. Değerlendirme	84.7	0.710	p =0.0001

Kappa Uyum Analizi uygulandı

Kappa analizine göre ön tanı ve son tanı uyuşma oranının 1. değerlendirmede %78.0, kappa uyum analiz sonucunun κ_w :0.627 olduğu, 2. değerlendirmede uyuşma oranı %84.7, kappa uyum analiz sonucunun κ_w :0.710 olduğu ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği ($p=0.0001$) saptanmıştır. Kappa uyum analizine göre kappa katsayısı 0-1 aralığında değer alır ve buna göre, 0.93-1: mükemmel, 0.81-0.92: çok iyi, 0.61-0.80: iyi, 0.41-0.60: orta düzeyde 0.21-0.40: ortanın altında ve 0.01-0.20: zayıf uyumu tanımlamaktadır (27). Buna göre ön tanı ve son tanı arasındaki uyumun iyi düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 24).

Tablo 25. Kadınlara Konulan Ön Tanılara Göre Vajinal Akıntı Şikayeti ile Birlikte Seyreden Semptomlar

Vajinal Akıntı Şikayeti ile Birlikte Seyreden Semptomlar	ÖN TANI N:50				İstatistiksel Anlamlılık
	C	TV	BV	C+BV	
	n %	n %	n %	n %	
Koku					
Var	4 50.0	4 80.0	24 77.4	6 100.0	$\chi^2:4,938$ $p=0,176$
Yok	4 50.0	1 20.0	7 22.6	0 0.0	
Kaşıntı					
Var	5 62.5	2 40.0	10 32.3	6 100.0	$\chi^2:10,349$ $p=0,016$
Yok	3 37.5	3 60.0	21 67.7	0 0.0	
Yanma					
Var	5 62.5	0 0.0	11 35.5	6 100.0	$\chi^2:13,589$ $p=0,004$
Yok	3 37.5	5 100.0	20 64.5	0 0.0	
Kızarıklık					
Var	4 50.0	2 40.0	5 16.1	6 100.0	$\chi^2:17,052$ $p=0,001$
Yok	4 50.0	3 60.0	26 83.9	0 0.0	
Dizüri					
Var	2 25.0	2 40.0	7 22.6	6 100.0	$\chi^2:13,817$ $p=0,003$
Yok	6 75.0	3 60.0	24 77.4	0 0.0	
Disparoni					
Var	3 37.5	4 80.0	10 32.3	4 66.7	$\chi^2:5,737$ $p=0,125$
Yok	5 62.5	1 20.0	21 67.7	2 33.3	

Ki-kare uygulandı.

Çalışma kapsamına alınan kadınlara konulan ön tanılara göre vajinal akıntı şikayeti ile birlikte seyreden semptomlar incelendiğinde; C ön tanısı konulan kadınların yarısında, T, BV ön tanısı konulan kadınların ise çoğunluğunda (sırasıyla; %80.0, %77.4) ve C+BV saptananların hepsinde kokunun bulunduğu, C ön tanısı konulan kadınların çoğunluğunda (%62.5) ve C+BV ön tanısı konulan kadınların ise hepsinde kaşıntının olduğu saptanmıştır. C ön tanısı konulan kadınların çoğunluğunda (%62.5) ve C+BV ön tanısı konulan kadınların ise hepsinde yanma saptanırken, C ön tanısı konulan kadınların yarısında, C+BV ön tanısı konulan kadınların ise hepsinde kızarıklık tespit

edilmiştir. C+BV ön tanısı konulan kadınların hepsinde dizüri şikayeti mevcut iken, T ve C+BV ön tanısı konulan kadınların ise çoğunluğunda disparoni saptanmıştır. Kadınlara konulan ön tanılar ile koku ve disparoni semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmazken, konulan ön tanılar ile kaşıntı, yanma, dizüri ve kızarıklık semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 25).

Tablo 26. Kadınlara Konulan Ön Tanılara Göre İnspeksiyon ve Spekulum Muayene Bulguları

İnspeksiyon ve Spekulum Muayene Değerlendirmeleri	ÖN TANI N:50								İstatistiksel Anlamlılık
	C		TV		BV		C+BV		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
İNSPEKSİYON MUAYENESİNDE Kızarıklık									χ^2 :15,225 p=0,002
Var	6	75.0	1	20.0	3	9.7	2	33.3	
Yok	2	25.0	4	80.0	28	90.3	4	66.7	
Erezyon,yara,ülser									χ^2 :1,295 p=0,730
Var	1	12.5	0	0.0	3	9.7	0	0.0	
Yok	7	87.5	5	100.0	28	90.3	6	100.0	
SPEKULUM MUAYENESİNDE Süt kesiğine benzer akıntı									χ^2 :41,667 p=0,0001
Var	8	100.0	0	0.0	0	0.0	2	33.3	
Yok	0	0.0	5	100.0	31	100.0	4	66.7	
İnce,gri-beyaz akıntı									χ^2 :45,200 p=0,0001
Var	0	0.0	0	0.0	30	96.8	6	100.0	
Yok	8	100.0	5	100.0	1	3.2	0	0.0	
Yeşil-sarı,köpüklü akıntı									χ^2 :40,836 p=0,0001
Var	0	0.0	5	100.0	1	3.2	0	0.0	
Yok	8	100.0	0	0.0	30	96.8	6	100.0	
Servikste dokunma kanaması									χ^2 :8,275 p=0,041
Var	0	0.0	2	40.0	2	6.5	0	0.0	
Yok	8	100.0	3	60.0	29	93.5	6	100.0	
Servikste erozyon									χ^2 :7,225 p=0,065
Var	1	12.5	0	0.0	12	38.7	0	0.0	
Yok	7	87.5	5	100.0	19	61.3	6	100.0	

Ki-kare uygulandı.

Çalışma kapsamına alınan kadınlara konulan ön tanılara göre inspeksiyon ve spekulum muayene bulguları incelendiğinde; C ön tanısı konulan kadınların çoğunluğunda (%75.0) inspeksiyon muayenesinde vulvada kızarıklığın bulunduğu ve bütün ön tanılarda inspeksiyon muayenesinde erezyonun az görüldüğü bulunmuştur. C ön tanısı konulan kadınların hepsinde, C+BV ön tanısı konulan kadınların ise %33.3'ünde spekulum muayenesinde süt keşiğine benzer akıntı, BV ve C+BV ön tanısı konulan kadınların tamamına yakınında (sırasıyla;%96.8,%100.0) spekulum muayenesinde ince gri-beyaz akıntı, TV belirlenen kadınların hepsinde spekulum muayenesinde yeşil-sarı köpüklü akıntı gözlenmiştir. Servikte dokunma kanaması en fazla (%40.0) TV ön tanısı konulan kadınlarda görülürken, servikal erezyon en fazla (%38.7) BV ön tanısı konulan kadınlarda belirlenmiştir. Kadınlara konulan ön tanılar ile vulvada kızarıklık ve servikte dokunma kanaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunurken, konulan ön tanılar ile spekulum muayenesinde tespit edilen süt keşiğine benzer akıntı, ince gri-beyaz akıntı ve yeşil-sarı köpüklü akıntı arasında istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlı farklılık ($p<0.001$) bulunmuş ve konulan ön tanılar ile vulvada erezyon ve servikte erezyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamıştır (Tablo 26).

Tablo 27. Son Tanılara Göre Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik, Obstetrik Özellikler ve Aile Planlaması Yöntemi	Son Tanılar					
	C (n=10)		BV (n=26)		C+BV(n=12)	
	n	%	n	%	n	%
BKİ						
Zayıf / Normal	5	50.0	6	23.1	1	8.3
Kilolu	3	30.0	14	53.8	6	50.0
Şişman	2	20.0	6	23.1	5	41.7
İstatistiksel Anlamlılık	χ^2 :4.694 p=0.096		χ^2 :0.357 p=0.836		χ^2 :3.105 p=0.212	
Yaş Grubu						
25 Yaş ve ↓	1	10.0	9	34.6	2	16.7
26-35 Yaş	4	40.0	7	26.9	7	58.3
36Yaş ve ↑	5	50.0	10	38.5	3	25.0
İstatistiksel Anlamlılık	χ^2 :1.924 p=0.382		χ^2 :3.387 p=0.184		χ^2 :2.778 p=0.249	
Son gebeliğin sonuçlanma şekli						
Düşük/kürtaj	0	0.0	4	15.4	0	0.0
Normal doğum	7	70.0	17	65.4	8	66.7
Sezaryen	3	30.0	5	19.2	4	33.3
İstatistiksel Anlamlılık	χ^2 :1.195 p=0.550		χ^2 :4.260 p=0.119		χ^2 :1.840 p=0.398	
Son gebeliğin sonuçlanma zamanı						
İlk 1 Yıl	0	0.0	6	23.1	3	25.0
1 Yıl ve üzeri	10	100.0	20	76.9	9	75.0
İstatistiksel Anlamlılık	χ^2 :1.758 p=0.185		χ^2 :0.045 p=0.832		χ^2 :0.007 p=0.934	
Kullanılan aile planlaması yöntemi						
RIA	4	40.0	13	50.0	5	41.7
Kondom	1	10.0	3	11.5	2	16.7
Diğer	5	50.0	10	38.5	5	41.7
İstatistiksel Anlamlılık	χ^2 :0.330 p=0.748		χ^2 :0.359 p=0.835		χ^2 :0.351 p=0.839	

Ki-kare uygulandı, 2x2 verilerde Yates düzeltmesi yapıldı.

Çalışmamızdaki kadınlara konulan son tanılara göre sosyo-demografik, obstetrik ve kullandığı aile planlaması yöntemleri incelendiğinde; C son tanısı konulan kadınların yarısının zayıf/normal grubunda yer aldığı, BV saptanan kadınların yarıdan fazlasının (%53.84) kilolu olduğu, C+BV saptanan kadınların yarısının kilolu, yarısına yakınının (%41.7) şişman olduğu belirlenmiştir. C son tanısı konulan kadınların yarısının 36 yaş ve üstünde olduğu, C+BV saptanan kadınların yarıdan fazlasının (%58.3) 26-35 yaş arasında yer aldığı ve BV saptanan kadınlar yaşlarına göre çok fazla farklılık göstermezken, en fazla (%38.46) 36 yaş üstünde görüldüğü belirlenmiştir. C, BV ve C+BV son tanısı konulan kadınların tanılara göre farklılık göstermeksizin çoğunluğunun son gebeliğinin normal doğumla sonuçlandığı ve son gebelik sonuçlanmasının üzerinden 1 yıldan uzun süre geçtiği tespit edilirken, çoğunluğunun gebelikten korunma amaçlı RİA kullandığı (sırasıyla; %40.0, %50.0, %41.7) belirlenmiştir. Kadınlara konulan C, BV ve C+BV son tanısı ile sosyo-demografik, obstetrik ve kullandığı aile planlaması yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamıştır (Tablo 27).

Kadınlara konulan ön tanılar ile kadınların BKİ, eğitim durumu, gravida ve parite sayısı, son gebelik sonuçlanma zamanı ve kullandıkları aile planlaması yöntemi arasında anlamlı fark bulunmazken, konulan ön tanılar ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur.

Tablo 28. Son Tanılara Göre Kadınların Hijyen Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Hijyen Alışkanlıkları	Son Tanılar		
	C (n=10) n %	BV (n=26) n %	C+BV(n=12) n %
Vajinal duş yapma durumu			
Yapan	8 80.0	16 61.5	8 66.7
Yapmayan	2 20.0	10 38.5	4 33.3
İstatistiksel Anlamlılık	$\chi^2:0.451$ $p=0.502$	$\chi^2:0.480$ $p=0.488$	$\chi^2:0.000$ $p=1.000$
Vajinal duş yapma zamanı			
Hiç yapmayan	2 20.0	10 38.5	4 33.3
Her gün/Günde bir kaç kez	3 30.0	1 3.8	3 25.0
Her cinsel ilişki sonrası	4 40.0	11 42.3	4 33.3
Diğer	1 10.0	4 15.4	1 8.3
İstatistiksel Anlamlılık	$\chi^2:3.048$ $p=0.384$	$\chi^2:4.895$ $p=0.180$	$\chi^2:1.719$ $p=0.633$
Tuvalette el yıkama alışkanlığı			
Önce ve sonra yıkayan	6 60.0	10 38.5	11 91.7
Sadece sonra yıkayan	4 40.0	16 61.5	1 8.3
İstatistiksel Anlamlılık	$\chi^2:0.000$ $p=1.000$	$\chi^2:6.762$ $p=0.009$	$\chi^2:6.358$ $p=0.012$
Taharetlenme durumu			
Doğru uygulayan	3 30.0	9 34.6	3 25.0
Yanlış uygulayan	7 70.0	17 65.4	9 75.0
İstatistiksel Anlamlılık	$\chi^2:0.000$ $p=1.000$	$\chi^2:0.170$ $p=0.680$	$\chi^2:0.058$ $p=0.809$
Taharetlenmeden sonra kurulanma durumu			
Hiç kurulanmayan	0 0.0	2 7.7	1 8.3
Tuvalet kağıdı	9 90.0	20 76.9	8 66.7
Taharetlenme bezi	1 10.0	4 15.4	3 25.0
İstatistiksel Anlamlılık	$\chi^2:1.262$ $p=0.532$	$\chi^2:0.279$ $p=0.870$	$\chi^2:1.203$ $p=0.548$
İç çamaşır değiştirme sıklığı			
Her gün	5 50.0	10 38.4	9 75.0
Haftada bir kaç kez	5 50.0	8 30.8	3 25.0
Kirlendikçe	0 0.0	8 30.8	0 0.0
İstatistiksel Anlamlılık	$\chi^2:3.275$ $p=0.194$	$\chi^2:9.320$ $p=0.009$	$\chi^2:4.374$ $p=0.112$
İç çamaşırların temizliği			
Çamaşır makinesinde yıkayan	9 90.0	21 80.8	10 83.3
Çamaşır suyunda bekleten+makinede yıkayan *	1 10.0	5 19.2	2 16.7
İstatistiksel Anlamlılık	$\chi^2:0.009$ $p=0.923$	$\chi^2:0.069$ $p=0.793$	$\chi^2:0.000$ $p=1.000$

Ki-kare uygulandı, 2x2 verilerde Yates düzeltmesi yapıldı.

* 1 kişi ütülediğini de ifade etmiştir.

Çalışma kapsamına alınan kadınlardan C, BV ve C+BV son tanısı konulan kadınların hijyen alışkanlıkları incelendiğinde; C, BV ve C+BV son tanısı konulan kadınların çoğunluğunun (sırasıyla; %80.0, %61.5, %66.7) vajinal duş yaptığı ve bunu en sık (sırasıyla; %40.0, %42.3, %33.3) her cinsel ilişki sonrasında uyguladıkları belirlenmiştir. Kadınlara konulan C, BV ve C+BV son tanısı ile vajinal duş yapma durumu ve sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamıştır. C ve C+BV saptanan kadınların çoğunluğunun (sırasıyla; %60.0, %91.7) doğru el yıkama alışkanlığına sahip olduğu, BV saptanan kadınların %38.5'inin doğru el yıkama alışkanlığına sahip olduğu belirlenmiş ve kadınlara konulan C son tanısı ile el yıkama alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmazken, BV ve C+BV son tanısı ile el yıkama alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur. Bütün saptanan son tanılarda kadınların çoğunluğunun (sırasıyla; %70.0, %65.4, %75.0) taharetlenmeyi yanlış uyguladığı, ancak çoğunluğunun (sırasıyla; %90.0, %76.9, %66.7) kurulanma amaçlı tuvalet kağıdı kullandığı tespit edilmiş, anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamıştır. C son tanısı konulan kadınların yarısının iç çamaşırını her gün değiştirdiği, yarısının ise haftada birkaç kez değiştirdiği, BV saptanan kadınların %38.4'ünün çamaşırlarını her gün değiştirdiği tespit edilirken, C+BV saptanan kadınların çoğunluğunun (%75.0) çamaşırlarını her gün değiştirdiği belirlenmiştir. C ve C+BV son tanısı ile iç çamaşırı değiştirme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmazken, BV son tanısı ile iç çamaşırı değiştirme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur. C, BV ve C+BV son tanısı konulan kadınların tanılara göre farklılık göstermeksizin çoğunluğunun çamaşırlarını yalnızca makinede yıkadığı belirlenmiş olup, anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamıştır (Tablo 28).

Kadınlara konulan ön tanılar ile kadınların vajinal duş yapma durumu ve zamanı, tuvalette el yıkama alışkanlığı, taharetlenme ve kurulanma alışkanlığı, iç çamaşır değiştirme sıklığı ve temizliği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamıştır.

Tablo 29. Son Tanılara Göre Kadınların Metabolik/Kronik Hastalık Durumları, Antibiyotik ve Sürekli İlaç Kullanma Durumları ile Akıntı Şikayeti Öyküsüne Göre Dağılımı

Metabolik/Kronik Hastalık Durumları, Antibiyotik ve Sürekli İlaç Kullanma Durumları ile Akıntı Şikayeti Öyküsü	Son Tanılar					
	C (n=10)		BV (n=26)		C+BV(n=12)	
	n	%	n	%	n	%
Kronik/Metabolik Hastalık durumu						
Var	5	50.0	4	15.4	3	25.0
Yok	5	50.0	22	84.6	9	75.0
İstatistiksel Anlamlılık	χ^2 :1.792 p=0.181		χ^2 :3.072 p=0.080		χ^2 :0.000 p=1.000	
Sürekli ilaç kullanma durumu						
Evet	4	40.0	1	3.8	3	25.0
Hayır	6	60.0	25	96.2	9	75.0
İstatistiksel Anlamlılık	χ^2 :3.358 p=0.067		χ^2 :4.218 p=0.040		χ^2 :0.274 p=0.609	
Akıntı şikayeti öncesi antibiyotik kullanımı						
Evet	2	20.0	3	11.5	1	8.3
Hayır	8	80.0	23	88.5	11	91.7
İstatistiksel Anlamlılık	χ^2 :0.010 p=0.919		χ^2 :0.013 p=0.909		χ^2 :0.030 p=0.864	
Vajinal akıntı şikayeti yaşama zamanı						
Hiç yaşamayan	6	60.0	17	65.4	4	33.3
Son 1 yıl içerisinde	2	20.0	2	7.7	5	41.7
1 yıldan uzun zaman önce	2	20.0	7	26.9	3	25.0
İstatistiksel Anlamlılık	χ^2 :0.120 p=0.942		χ^2 :3.899 p=0.142		χ^2 :6.576 p=0.037	
Vajinal akıntı şikayeti yaşama sıklığı						
Hiç yaşamayan	6	60.0	17	65.4	4	33.3
Sık yaşayanlar	4	40.0	6	23.1	6	50.0
Seyrek yaşayanlar	0	0.0	3	11.5	2	16.7
İstatistiksel Anlamlılık	χ^2 :1.509 p=0.470		χ^2 :1.985 p=0.371		χ^2 :3.957 p=0.138	

Ki-kare uygulandı. 2x2 verilerde Yates düzeltmesi yapıldı.

Çalışma kapsamına alınan kadınlardan C, BV ve C+BV son tanısı konulan kadınların kronik/metabolik hastalık durumları, antibiyotik ve sürekli ilaç kullanma durumları ile akıntı şikayeti öyküsü incelendiğinde; C son tanısı konulan kadınların yarısının, BV

saptanan kadınların %15.4'ünün ve C+BV saptanan kadınların %25.0'inin kronik/metabolik hastalığı olduğu belirlenmiş, istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmamıştır. C son tanısı konulan kadınların %40.0'ının, BV ve C+BV saptanan kadınların çok azının (sırasıyla; %3.8, %25.0) sürekli ilaç kullandığı belirlenirken, sadece BV son tanısı ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur. Bütün konulan son tanılarda kadınların az bir kısmının akıntı şikayeti öncesinde antibiyotik kullandığı belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamıştır. C son tanısı konulan kadınların %20.0'sinin son 1 yıl içinde, %20.0'sinin ise 1 yıldan daha uzun süre önce akıntı şikayeti yaşadığı, BV son tanısı konulan kadınların %26.9'unun 1 yıldan uzun süre önce akıntı şikayetinin olduğu belirlenirken, istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamıştır. C+BV son tanısı konulan kadınların %41.7'sinin son 1 yıl içinde akıntı şikayeti yaşadığı belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur. Bütün saptanan son tanılarda kadınların çoğunlukla akıntı şikayetini sık aralıklarla yaşadığı tespit edilmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamıştır (Tablo 29).

Kadınlara konulan ön tanılar ile kronik/metabolik hastalık ve akıntı şikayeti öncesinde antibiyotik kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmazken, konulan ön tanılar ile sürekli ilaç kullanma ve vajinal akıntı şikayeti yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur.

7. TARTIŞMA

7.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Verilerin Tartışılması

Bu bölümde çalışma grubuna alınan kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve jinekolojik özellikleri, cinsel ilişki sıklığı, kullandıkları aile planlaması yöntemi ve genel sağlık durumu ele alınmıştır.

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre halen üreme çağındaki kadınların %53.7'sinin ilkokul mezunu oldukları, %21.5'inin gelir getiren bir işte çalıştığı, çoğunluğunun çalışmadığı rapor edilmiştir (86). Bizim çalışmamız da da kadınların çoğunluğunun (%74.0) ilkokul mezunu olduğu ve çalışmadığı (%88.0) belirlenmiştir (Grafik 1, Tablo 6).

Çalışmamızda kadınların yaş dağılımının 18-48 yaşlar arasında ve yaş ortalamalarının 32.58 ± 8.02 olduğu, çoğunluğunun (%38.0) 26-35 yaşlar arasında yer aldığı belirlenmiştir (Grafik 2, Tablo 6). Kısa'nın (60) ve Günay'ın (48), 15-49 yaş arası kadınlarda yaptıkları benzer çalışmalarda, yaş ortalamaları sırasıyla; 31.61 ± 7.47 ve 29.3 ± 7.5 olarak bildirilmiştir. Bu veriler bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Vajinal enfeksiyonların perineal ventilasyonu azalttığından dolayı şişman olanlarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir (16,75). Bu bağlamda yaptığımız değerlendirmede (Tablo 6); Kadınların BKİ'ne göre %50.0'nin kilolu ve %26.0'nın şişman grubunda yer aldığı belirlenmiştir TNSA 1998 verilerine göre kadınlardaki şişmanlık oranı %18.8 iken, TNSA 2003'te ise bu oranın %23.0 olduğu bildirilmiştir (85,86). Aktaner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (12), 20-49 yaş grubu kadınların %22.2'nin, 50-64 yaş grubu kadınların ise %41.1'nin şişman olduğu belirtilmiştir. Elde ettiğimiz sonuçlar ülkemizdeki kadınların şişmanlıkla ilgili genel profiliyle benzerlik göstermekle birlikte, çalışmamızdaki kadınların toplamda (%76.0) daha çok kilolu ve şişman grubunda yer almaları literatürdeki şişman kadınlarda vajinal enfeksiyon görülme oranının yüksek olduğu verisini de desteklemektedir.

Shu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (76), GYE'unun cinsel yönden aktif kişilerde sık görüldüğü bildirilmiştir. Çalışma kapsamına adığımız kadınların tamamına yakınının evli olup aktif cinselliklerinin sürdüğü belirlenmiştir (Tablo 6).

Kadınlarda çok sayıda ve sık aralıklarla oluşan gebelikler, doğumlar, düşükler ve kürtajlar önemlidir. Aşırı doğurganlık, sık doğumlar kadının üreme sağlığını olumsuz etkileyerek mortalite ve morbidite de artmalara neden olmasının yanında doku direncini düşmesine, beslenme bozukluklarına vb. yol açmaktadır (20,60,73,75,80). Literatür ve TNSA 2003'e göre doğurganlık hızı kentsel bölgede 2.06, kırsal bölgede 2.65, toplamda ise 2.23 olduğu, istenen doğurganlık hızının ise 1.9 olduğu belirtilmektedir (86). Yine literatürde ülkemizde her 9 doğuma karşılık 1 isteyerek düşüğün gerçekleştiği bildirilmektedir (13,74). Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların verileri incelendiğinde; çoğunluğunun 4 ve üzerinde gebelik geçirdiği, 2 doğum yaptığı, kürtajı ve abortusu deneyimlemediği, gebeliklerinin normal doğumla sonuçlandığı ve son doğumlarının üzerinden 1 yıldan uzun süre geçtiği görülmektedir (Tablo 7). Çalışmamız kırsal bölgedeki kadınlar üzerinde olmasına rağmen elde edilen obstetrik veriler pozitif yöndedir. Çalışmamızdaki kadınların çoğunluğunun ilkokul mezunu olmasına rağmen, yaş ortalamalarının 32.58 ± 8.02 olduğu göz önüne alındığında genç sayılabilecek bir kadın popülasyonu çalıştığımızı göstermektedir. Bu bize kadınların doğurganlıkla ilgili konularda daha duyarlı ve bilinçli olabildiklerini ve aile planlaması hizmetlerinden de yeterli düzeyde yararlanmış olabileceklerini düşündürmekle birlikte, yaş olarak halen doğurganlıklarını tamamlamamış oldukları göz önüne alındığında, bu obstetrik verilerin değişebileceğini de düşündürmüştür.

TNSA-2003 sonuçlarına göre tüm evlenmiş kadınların %99.7'si, halen evli olan kadınların ise %99.8'i gebeliği önleyici herhangi bir yöntem hakkında bilgiye sahip olduğu, buna karşın etkin kontraseptif yöntem kullanma oranının ise %42.5 olduğu bildirilmektedir. Yine TNSA 2003'e göre; RİA kullanımı %20.2, oral kontraseptif kullanımı %4.7 ve kondom kullanımı ise %10.8 olarak belirtilmektedir (86). Bizim çalışmamızda da kadınların %44.0'nün RİA, %12.0'nin kondom ve sadece %2.0'nin oral kontraseptif kullandığı belirlenmiştir (Grafik 3). Sonuçlarımızdan kondom ve oral kontraseptifin TNSA verileri ile benzerlik gösterdiği, RİA'nın daha yüksek olduğu

gözlenmiş, RİA'nın yüksek olmasının sebebinin kadınların gebelikten korunmayı üstlenmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Literatürde oral kontraseptif kullanımının vajina mukozasındaki glikojen depolarının sayısını artırdığı, karbonhidrat metabolizmasında değişiklikler meydana getirdiği ve böylece vajinal enfeksiyon oluşmasını artırdığı belirtilmesine rağmen son yıllarda düşük doz östrojen içermesinden dolayı, C neden olmadığı da savunulmaktadır (16,60,75,80,95). Ancak bizim çalışmamızda oral kontraseptif kullanan 1 kişi olduğundan bu doğrultuda bir değerlendirme yapılamamıştır. Literatürde RİA'nın da GYE'na yatkınlığı artırdığı bildirilmekte ve bir çok çalışma sonuçlarıyla da bu görüş desteklenmektedir (14,16,26,66,71,73,75,77,91). Çalışma grubumuzdaki kadınların yarıya yakınının (%46.0) RİA kullandığı göz önüne alındığında bu sonucun literatürdeki veriyi desteklemiş olabileceği düşünülse, vajinal akıntılarının oluşumunda bir çok faktörün sorumlu olabildiği göz önüne alındığında tek başına bundan RİA'yı sorumlu tutmanın yanlış olabileceği kanaatine varılmıştır.

Cinsel yönden aktif kişilerde GYE'larının daha sık görüldüğü ve partner sayısının birden fazla olmasıyla arttığı bilinmektedir (86). Çalışmamızdaki kadınların tamamına yakının (% 98.0) evli ve tek ešli olduğu (Tablo 6) ve çoğunun (%44.0) her gün ya da haftada 3-5 kez cinsel ilişkide bulunduğu (Grafik 3) belirlenmiştir. Sonuçta çalışma kapsamına aldığımız kadınların sık cinsel ilişkide bulundukları, cinselliği aktif yaşadıkları görülmektedir. Watcharotone ve arkadaşları tarafından yapılmış olan çalışmada (88) sık cinsel ilişkide bulunmanın GYE'nu artırdığı belirtilmiştir. Kısa'nın çalışmasında (60) vajinal enfeksiyona yakalanma riski ile haftada "4 kez ve üzerinde" cinsel ilişkide bulunmanın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı belirlenirken, ancak aynı çalışmada haftada "4 kez ve üzerinde" cinsel ilişkide bulunanların, haftada "1-3 kez" bulunanlara göre vajinal enfeksiyona yakalanma riskinin 1.26 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Elde ettiğimiz veri sık cinsel ilişkinin GYE'nunun görülme oranını artırdığını bildiren literatür verilerini destekler niteliktedir.

Diyabet gibi sistemik hastalıklarda, vajinal sekresyondaki glukoz artışı ile vajendeki mikroorganizmaların sayısı artmaktadır (16,60,75,80). Kısa'nın yapmış olduğu çalışmada (60) diyabetin vajinal enfeksiyon riskini artırdığı bildirilmiştir. Bizim

çalışmamızda ise kadınların %28.0'inin kronik/metabolik hastalığının olduğu ve bunlardan sadece %2.0'sinin diyabet hastası olduğu belirlenmiş (Tablo 8) ve bu yüzden çalışmamızda diyabetin GYE'na etkisi değerlendirilememiştir.

Uzun süren antibiyotik tedavisi vajen florasını bozarak mikroorganizmaların üreyebileceği bir ortam yaratır. Steroid tedavisi ise bağışıklık sisteminin baskılanmasına bağlı vücut direncini düşürür ve enfeksiyona yatkınlığı artırır (16,60,75,80). Shu ve arkadaşlarının çalışmasında da (76) vajinite yatkınlığı artırdığı bildirilmiştir. Çalışmamızda ise kadınların %14.0'ünün akıntı şikayeti öncesinde antibiyotik tedavisi aldığı, %16.0'sının sürekli ilaç kullandığı, steroid tedavisi alanın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 8). Çalışma sonuçlarımıza göre antibiyotik ve sürekli ilaç kullananların oranı literatürü verilerini destekleyecek nitelikte yüksek değildir. Bu da bize çalışma kapsamına alınan kadınlardaki akıntının ilaç kullanımından ziyade farklı faktörlerden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür.

Vajinal enfeksiyona neden olan etkenler tedavinin eksik uygulanmasıyla ortadan kaldırılmadığında yada enfeksiyona neden olan sağlık davranışları düzeltilmediğinde enfeksiyonların tekrarladığı bildirilmektedir (32,75,80). Kısa'nın vaka-kontrol gruplu çalışmasında (60) vaka grubundaki kadınların % 70.0'inin daha önce akıntı şikayeti yaşadığı belirlenmiştir. Kayacı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (57) kadınların %15.8'i anormal akıntı yaşadıklarını ifade etmiş ve bu kadınların sadece ¼ ü'nün doktora başvurduğu belirtilmiştir. Çalışmamızdaki kadınların %42.0'sinin daha önce akıntı şikayeti yaşadığı, yaşayanların yarıdan fazlasının (%57.14) 1 yıldan uzun süre önce, çoğunluğunun (%76.19) sık aralıklarla yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 8). Çalışma sonuçlarımız literatür doğrultusunda değerlendirildiğinde, kadınlarımızda tekrarlayan enfeksiyonların var olması, enfeksiyonların tekrarlamasına yönelik literatürde belirtilen hipotezi desteklemektedir.

7.2.Hijyenik alışkanlıkları ve Üreme Sağlığı Belirleme Ölçeğine (ÜSBÖ) Ait Verilerin Tartışılması

Ülkemiz kadınlarının üreme sağlığı sorunları arasında oldukça önemli yer tutan GYE'lerinde pek çok faktörün yanı sıra, genital hijyen alışkanlıklarının da önemli bir yeri vardır (60,73).

Vajinal duş, haftada birden fazla yapıldığında vajinadaki laktobasillerin sayısının azalmasına ve doku direncinin düşmesine, vajinanın doğal florasını bozulmasına neden olarak enfeksiyona yatkınlığı artırmaktadır (60). İslam inançlarına göre de cinsel ilişki sonrası genel duş yapmanın gerektiği bildirilmektedir. Genel duş, hijyenik açıdan olumlu bir davranış olmakla birlikte, kadınlarımızın çoğunluğu ilişki sonrası bölgesel yıkamanın, vajinal duşun da yapılması gerektiğini düşünmektedir (25). Bizim çalışmamızda da kadınların çoğunluğunun (%66.0) vajinal duş yaptığı ve bunu %60.6 oranında her cinsel ilişki sonrası uyguladığı belirlenmiştir (Tablo 9). Hacıaloğlu ve arkadaşlarının (51) yaptığı çalışmada vajinal duşun GYE'na neden olduğu belirtilmektedir. Yağmur ve arkadaşlarının çalışmasında (90) kadınların %43.0'ünün vajinal duş yaptığı belirlenmiştir. Akın ve arkadaşlarının çalışmasında da (10) kadınların %54.6'sının vajinal duş uyguladığı, en fazla oranda %42.9'unun cinsel ilişki sonrası ve %45.4'ünün abdest alma amacıyla uyguladıkları belirtilmiştir. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuç, vajinal akıntı riskinin artmasında vajinal duş uygulamasının etkili olduğunu ve literatür verilerini de desteklediğini göstermektedir. Özerdoğan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (69) kadınların %47.6'sının vajinal duş yaptığı ve eğitim düzeyi azaldıkça vajinal duş yapma oranının artması yönünde anlamlı fark olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda ise vajinal duş yapmanın eğitim düzeylerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. (Tablo10). Bunun çalışma kapsamına aldığımız kadınların çoğunluğunun (%74.0) ilkökul mezunu olup, diğer eğitim düzeylerinin daha düşük oranda olmasından ve dolayısıyla bunun istatistiksel olarak bir farklılık yaratmamış olabileceğinden kaynaklandığını düşündürmüştür.

Vajinal tamponlar uzun zaman vajende kalması ile mikroorganizmaların çoğalmasına zemin hazırladığı ve vajene yerleştirme sırasında irritasyon ve kontaminasyona bağlı

GYE'na yatkınlığı artırdığı bildirilmektedir (60,73). Serbest'in (73) çalışmasında menses sırasında tampon kullanma alışkanlığının %28.8 olduğu, Kısa'nın (60) çalışmasında bu oranın %1 olarak bulunduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da tampon kullanma alışkanlığı %4.0 olarak düşük oranda bulunmuştur ve bu tampon kullanmanın vajinal enfeksiyon üzerine etkisi değerlendirme açısından yetersiz bir veri olarak düşünülmüştür (Tablo 9).

El yıkama enfeksiyon kontrolünde önemlidir. Uygun el yıkama, herhangi bir işten önce ve sonra ellerin yıkanması anlamını taşır. Bizim çalışmamızda tuvalet hijyeninde el yıkama alışkanlığı sorgulandığında, tuvalet öncesi ve sonrası el yıkamanın %56.0 olarak bulunmuştur (Tablo 9). Serbest'in çalışmasında (73) tuvaletten önce ve sonra el yıkama alışkanlığının %18.2, Karatay ve Özvarış'ın çalışmasında (56) ise %12.8 olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda tuvalet öncesi ve sonrası el yıkama alışkanlığının diğer çalışmalara göre olumlu yönde yüksek bulunması pozitif bir veri olarak değerlendirilmiştir.

Doğru taharetlenme önden arkaya doğru yapılan taharetlenmedir. Yani önce idrar yapılan bölgenin temizlenmesi, sonra defekasyon yapılan bölgenin temizlenmesidir. Taharetlenmenin yanlış uygulanmasının GYE'larına yatkınlığı artırdığı bildirilmektedir (31,48,60,73,75,80). Çalışmamızda bu doğrultuda yapılan değerlendirmede kadınların çoğunluğunun (%68.0) taharetlenmeyi yanlış uyguladığı belirlenmiştir (Tablo 9). Kısa'nın çalışmasında (60) vaka grubunun %55.0'inin kontrol grubunun %26.0'sının yanlış taharetlendiği belirtilmiştir. Verilerimiz literatür verileri ile benzerlik göstermekle birlikte, yanlış taharetlenmenin enfeksiyonu artıran bir faktör olduğu bilgisini de doğrular niteliktedir.

Çalışmamızda taharetlenmenin yaş ve eğitim düzeyine göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde, kadınlarda yaş arttıkça, eğitim düzeyi düştükçe yanlış taharetlenmenin arttığı, ancak bu farklılığın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 10–11). Serbest'in çalışmasında (73) kadınların yarısının yanlış taharetlendiği, eğitim ve yaş durumuna göre yüksek derecede anlamlı fark bulunduğu bildirilmiştir. Özerdoğan ve arkadaşlarının (69) yaptığı çalışmada da kadınların %33.8'inin yanlış taharetlendiği ve eğitim düzeylerine göre de anlamlı fark bulunduğu bildirilmiştir.

Çalışmamız sonuçları istatistiksel olarak anlamlılık göstermemekle birlikte, yaş arttıkça ve eğitim düzeyi düştükçe yanlış taharetlenmenin artması yönündeki bulgularımız yukarıda belirtilen çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bulduğumuz sonuçların istatistiksel olarak anlamlılık göstermemesinin nedeninin, vaka sayısının az olmasından ve kadınların çoğunluğunun aynı eğitim düzeyinde (ilkokul) olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmüştür.

Nemli ortamda mikroorganizmaların kolay ürediği ve enfeksiyona neden olduğu, taharetlenmeden sonra genital bölge kurulanmasının gerektiği ve kurulanma amaçlı tuvalet kağıdının kullanılmasının hijyen açısından önemli olduğu bildirilmiştir (73,75). Çalışmamızda kadınların çoğunlukla (%78.0) taharetlenmeden sonra kurulanma amaçlı tuvalet kağıdı kullandıkları görülmüştür (Tablo 9). Karatay ve Özvarış'ın yaptığı çalışmada (56) kadınların %20.8'inin perine bölgesini tuvalet kağıdı ile temizlediği ve %33.6'sının hiç kurulanmadığı bildirilmiştir. Arslan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (15) kadınların %65.2'sinin tuvalet sonrasında su ve tuvalet kağıdı kullandığı bildirilmiştir. Daşikan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (31) ise kadınların %77.6'sının tuvaletten sonra genital bölgelerini kuruladıkları ve bunlardan %58.8'inin tuvalet kağıdı ile kurulandığı bildirilmiştir. Çalışma verilerimizin literatürdeki çalışmaların verileriyle benzerlik gösterdiği, Karatay ve Özvarış'ın (56) verilerine göre olumlu yönde yüksek bulunduğu görülmüştür. Bunun Karatay ve Özvarış'ın çalışmasının (56) bir gece kondu bölgesinde yapılmasından, bölgemiz kadınlarının ise maddi olanaklarının genelde iyi düzeyde olmasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

GYE'nuna yakalanma riski açısından kullanılan iç çamaşır türü, temizliği ve değiştirme sıklığı da önemlidir. Sentetik iç çamaşırının nemi artırarak enfeksiyona yatkınlığı artırdığı bildirilmiştir (55,74). Bizim çalışmamızda da kadınların %92.0'sinin pamuklu çamaşır giydiği tespit edilmiştir. Tümer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (83) kadınların çoğunun (%85.20) pamuklu iç çamaşır kullandığı bildirilmiştir. Karatay ve Özvarış'ın çalışmasında da (56) kadınların %79.2'sinin pamuklu iç çamaşır giydiği belirlenmiştir. Serbest'in çalışmasında (73) kadınların %87.6'sı pamuklu iç çamaşır giydiğini bildirilmiştir. Verilerimiz literatürdeki çalışma verileriyle uyumluluk

göstermekle birlikte, daha yüksek bulunmuştur. Bu da bize bizim çalışmamızda kadınlarımızda görülen vajinal enfeksiyonların nedeninin kullanılan iç çamaşırı türüne bağlı olmadığını göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların yarıdan fazlasının (%52.0) iç çamaşırlarını her gün, %32.0'sinin haftada birkaç kez ve %16.0'sinin kirlendikçe değiştirdiği belirlenmiştir (Tablo 9). Güneş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (50) öğretmenler ile ebe, hemşirelerin perianal hijyen alışkanlıkları karşılaştırılmış ve 174 öğretmenden 124'ü, 115 ebe, hemşireden 98'i iç çamaşırlarını her gün değiştirdiği belirtilmiştir. Yağmur ve arkadaşları çalışmalarında (90) kadınların yarıdan fazlasının (%56.0) iç çamaşırlarını 2-3 günde bir değiştirdiğini belirtmiştir. Serbest'in çalışmasında (73) kadınların %24.4'ünün iç çamaşırını kirlenmesini beklemeden değiştirdiği bildirilmiştir. Çalışmamız verilerine bakıldığında; kadınların yarıya yakınının iç çamaşırını sık değiştirmedeği ve çamaşır değiştirme sıklığının literatürle paralel olarak enfeksiyonları artıran önemli faktörlerden biri olduğu bilgisini de desteklediği görülmektedir.

İç çamaşırları kaynatıldığında yada çamaşır suyunda bekleterek yıkanıp ütülendiğinde enfeksiyonlara yatkınlığın ve enfeksiyonların tekrarlanmasının azalacağı bildirilmektedir (73). Bizim çalışmamızda kadınların çoğunluğunun (%82.0) iç çamaşırlarını makinede yıkadığı, çok az bir kısmının çamaşır suyunda beklettiği ve sadece 1 kişinin ütülediği belirlenmiştir (Tablo 9). Karatay ve Özvarış'ın çalışmasında (56) kadınların %86.6'sının iç çamaşırlarını makinede yüksek ısıda yıkadıkları belirtilmiştir. Serbest'in çalışmasında da (73) kadınların %11.6'sının çamaşırlarını kaynatmış ve %24.6'sının ütülediği bildirilmiştir. Bu da gösteriyor ki bölgemizdeki kadınların iç çamaşırı temizliğine verdikleri önem azdır ve bu konuda eğitime ihtiyaçları vardır.

Mikroorganizmanın kadında kolonizasyonunu sağlayacak bölgeler vajen, rektum ve üretradır. Sık İYE'nu geçirenlerde GYE'nun da daha sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir (33). Çalışmamız kadınlarından daha önce akıntı şikayeti yaşayanların 1/3'ünün İYE geçirdiği belirlenmiş, anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 12). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlılık bulunmasa da oranlarımızın yüksek olması literatür bilgisini doğrulamaktadır.

Çalışmamızda vajinal duş yapanların %36.3'ünün ve vajinal duşu %42.9 oranında hergün yada günde birkaç kez uygulayanların İYE geçirdiği belirlenmiş ve anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 12). Demirbağ'ın kadınlarda İYE'lerinde hijyenik alışkanlıklarla ilgili risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada (33) vaka grubunun %68.0'inin, kontrol grubunun %13.6'sının cinsel ilişki sonrası vajinal duş yaptığı belirlenmiş ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Verilerimiz Demirbağ'ın verileri kadar yüksek olmasada uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamız kadınlarından sık İYE'nu geçirenlerin %20.6'sının taharetlenmeyi yanlış uyguladığı belirlenmiş, istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 12). Demirbağ'ın çalışmasında (33) vaka grubundaki kadınların %45.5'i, kontrol grubundaki kadınların % 24.5'i arkadan-öne doğru taharetlendiklerini ifade etmiş, gruplar arası anlamlı fark bulunduğu bildirilmiştir. Gülsün ve Göktaş'ın tekrarlayan İYE'lerinin risk faktörlerini belirlemek için yapmış oldukları vaka-kontrol gruplu çalışmalarında (47) ise, hijyen alışkanlıklarının yanlış uygulanması risk faktörü olarak belirlenmiştir. Verilerimiz Demirbağ'ın verilerine göre düşük bulunmuştur.

İYE da dizüri en belirgin belirtidir. Bu nedenle, yine dizüri ile seyreden, etkenleri ve dolayısıyla tedavileri farklı olan üretrit ve vaginitten ayırıcı tanı yapılmalıdır (44). Çalışmamızda sık İYE yaşayan kadınların %75.0'inde dizüri tespit edilmiş, anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 12). Çabuk ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (27) dizüri görülme oranı %47.4 olarak bildirilmiştir. Çalışma verilerimiz literatürde söz edilen sık İYE geçirenlerde, GYE'nun da sık görüldüğü bilgisini desteklemekte ve dizüri ile birlikte seyreden enfeksiyonlar açısından ayırıcı tanı yapılmalı bilgisini de doğrulamaktadır.

Çalışmamızda kadınların üreme sağlığı ile ilgili davranışları Demirci'nin geliştirmiş olduğu ÜSBÖ ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin üç alt boyutu ve toplam puanları kullanılmıştır ve ölçeğin iç tutarlılığıda sınanmıştır. Cronbach α değeri katsayısı 0-1 aralığında değer alır ve buna göre, 60 ve üzerinde olması geçerli olduğunu göstermektedir (11). Bizim çalışmamızda “ Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı” 1. alt boyutu ile ilgili Cronbach α değeri 0.78, “Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları” 3. alt boyutu Cronbach α değeri 0.72, “Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma” 4. alt boyutu Cronbach α

değeri 0.73, ÜSBÖ toplam puanları Cronbach α değeri 0.79 bulunmuştur (Tablo 13). Demirci'nin çalışmasında (34) “ Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı” 1. alt boyutu ile ilgili Cronbach α değeri 0.78, “Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları” 3. alt boyutu Cronbach α değeri 0.62, “Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma” 4. alt boyutu Cronbach α değeri 0.61, ÜSBÖ toplam puanları Cronbach α değeri 0.82 olarak bildirilmiştir. Bizim sonuçlarımızda 1. alt boyut ile toplamdaki Cronbach α değeri Demirci'nin sonuçlarıyla benzer olup, 3 ve 4. alt boyutundaki değerler ise daha yüksek olarak bulunmuştur.

ÜSBÖ'ye göre 1. alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 40, 3. alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 50, 4. alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 70 ve totalde alınabilecek en yüksek puan 195'dir. Alınan puanlar verilen değerlere yaklaştığı oranda iyi sağlık davranışı olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda çalışmamızdaki sonuçları değerlendirdiğimizde; ÜSBÖ 1.alt boyut ortalaması 29.30 ile iyi düzeyde, 3.alt boyut ortalaması 27.32 ile, 4.alt boyut ortalaması 49.62 ile ve ÜSBÖ total puan ortalaması 124.12 ile orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 13). Kayacı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (57); ÜSBÖ'nin 1.alt boyut ortalaması 30.71 ile iyi düzeyde, 3.alt boyut ortalaması 28.24 ile, 4.alt boyut ortalaması 50.21 ile ve ÜSBÖ total puan ortalaması ise 127.83 ile orta düzeyde bulunduğu bildirilmiştir. Sonuçlarımız Kayacı'nın sonuçlarıyla benzerdir. Bu da ülkemizdeki kadınların üreme sağlığı davranışlarının genel bir göstergesi olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe ve yaşları azaldıkça ÜSBÖ alt grup ve toplam puan ortalamalarının yükseldiği görülmüş, ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 14). Erbil ve Göktaşların çalışmasında (39) eğitim ile ÜSBÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuş, yaş ile ÜSBÖ puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur. Kayacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (57) ise yaş ve eğitim durumu ile ölçek puanları arasında anlamlılık bulunmuştur. Bizim çalışmamızda anlamlılık bulunmamasına rağmen ortalamalarda pozitif yönde artış görülmüştür.

Vajinal duş birçok olumsuz sağlık sonucuna yol açmasına rağmen tüm Dünya’da yaygın olarak sürdürölen bir uygulamadır. Kadınların genellikle vajinal temizlik, menstruasyon sonrası kokuyu gidermek, cinsel ilişki sonrası gebelikten korunmak amacıyla vajinal duş uygulaması yaptıkları bildirilmektedir (10,29,56). Çalışmamızda vajinal duş yapanlarla yapmayanların ÜSBÖ alt grupları ve toplam puanları birbirine çok yakın benzer olduğu ve aralarında istatikselsel olarak farklılık olmadığı bulunmuştur(Tablo 15). Bu sonuç bize vajinal duş yapmanın üreme sağlığını belirlemede tek başına bir kriter olmadığını göstermiştir.

Perine hijyeninin yanlış yapılması (arkadan öne doğru), anüsteki mikroorganizmaların vajinaya geçerek GYE’nu oluşmasına neden olduğu bildirilmiştir (60,73,80). Çalışmamızda taharetlenmeyi doğru uygulayanlarda ÜSBÖ’nin 3. alt boyutu “üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları” ortalamaları iyi düzeyde bulunurken, yanlış uygulayanlarda orta düzeyde bulunmuş, anlamlılık saptanmıştır. Taharetlenmeyi doğru uygulayanlarda ÜSBÖ’nin 4. alt boyutu “genital enfeksiyonlardan korunma” ortalamaları iyi düzeyde bulunurken, yanlış uygulayanlarda daha düşük olarak yine iyi düzeyde bulunmuş ve anlamlılık saptanmıştır (Tablo 15). Verilerimiz literatürde benzerlik göstermiş, sonuçlar pozitif yönde anlamlı bulunmuştur.

Karatay ve Özvarış’ın yaptığı çalışmada (56) kadınların %25.8’inin düzenli olarak her gün iç çamaşırı değiştirdiği belirtilmiştir. Yağmur ve arkadaşları çalışmalarında (90) kadınların yarıdan fazlasının (%56.0) iç çamaşırlarını 2-3 günde bir değiştirdiğini bildirmiştir. Kısa’nın çalışmasında da (60) iç çamaşırlarını seyrek değiştirenlerin sık değiştirenlere göre vajinal enfeksiyona yakalanmaya daha yatkın olduğu belirtilmiştir. Kadınların her gün iç çamaşırlarını değiştirmesinde ÜSBÖ’nin 1. alt boyutu “üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı” kirlendikçe değiştirenlere göre daha yüksek olarak orta düzeyde bulunmuş, haftada birkaç kez değiştirenlerin ise iyi düzeyde bulunmuş ve anlamlı fark saptanmıştır (Tablo15). Bu durum iç çamaşırını hergün değiştiren kadınların daha az vajinal enfeksiyon geçirdiğini ve bu yüzden de doktora gitmesini gerektirecek bir durum olmadığından dolayı, doktora gitme davranış tutumlarının daha düşük çıktığını düşündürmektedir. Kadınların her gün iç çamaşırlarını değiştirmesinde ÜSBÖ’nin 4. alt boyutu “genital enfeksiyonlardan korunma” tutum

ortalamaları iyi düzeyde bulunmuş, haftada bir kaç kez değıştirenlerde orta düzeyde ve kirlendikçe değıştirenlerde ise daha düşük olarak orta düzeyde bulunmuş, anlamlı fark saptanmıştır (Tablo15). Her gün iç çamaşırı değıştiren kadınların genital enfeksiyonlardan korunma tutumlarının iyi düzeyde bulunması, kadınların en azından bir kısmının GYE’larından korunmaya ilişkin daha bilinçli olduğunu düşündürmektedir.

GYE’lerinden korunmak kadar tekrarlamasını önlemekte önemlidir. Vajinal enfeksiyona neden olan etkenler tedavinin eksik uygulanmasıyla ortadan kaldırılmadığında yada enfeksiyona neden olan sağlık davranışları düzeltilmediğinde enfeksiyonların tekrarladığı bildirilmektedir (32,75,80). Çalışmamızda daha önce vajinal akıntı şikayeti yaşayan kadınlarda ÜSBÖ’nin 1. alt boyutu “üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı” iyi düzeyde bulunmuş, daha önce yaşamayanlarda orta düzeyde bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Kadınların vajinal akıntı şikayeti yaşama sıklığı ile ÜSBÖ’nin alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, vajinal akıntı şikayetini sık yaşayanlarda ÜSBÖ toplam puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuş, seyrek yaşayanlarda da puanlar daha düşük olarak orta düzeyde bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (Tablo16). Bunun sebebinin daha önce vajinal akıntı şikayeti yaşayan kadınların doktora gitmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kronik/metabolik hastalığı olanların vücut direnci düşmesinden dolayı enfeksiyonlara yatkınlığı bilinmektedir. Kronik/metabolik hastalığı olan kadınlar üreme sağlığı konusunda bilinçlendirilmelidir. Çalışmamızda ÜSBÖ’nin 3. alt boyutu “üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları” kronik/metabolik hastalık olan kadınlarda iyi düzeyde, olmayanlarda orta düzeyde bulunmuş ve anlamlılık saptanmıştır. ÜSBÖ toplam puan ortalamaları kronik/metabolik hastalık olanlarda, olmayanlara göre daha yüksek olarak orta düzeyde ve anlamlı bulunmuştur (Tablo 16) . Bunun sebebinin kronik/metabolik hastalığı olan kadınların sağlık kuruluşlarına daha sık başvurmasından ve sağlık davranışları konusunda daha bilinçli olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

7.3. Geliştirilen Vajinal Akıntı Tanılama Formuna (VATF) Ait Verilerin Tartışılması

Bu bölümde kadınların başvurduğu akıntı özelliklerine ait veriler, geliştirilen VATF'na göre konulan ön tanılara ait veriler ve laboratuvar sonuçlarına göre konulan son tanılara ait veriler tartışılmıştır.

Çalışmamızda akıntı şikayeti ile başvuran kadınların akıntı özellikleri VATF'na göre değerlendirilmiştir. Buna göre kadınların yarısından fazlasının (%52.0) ince-gri beyaz akıntı, %20.0'sinin süt keşiğine benzer akıntı, %18.0'inin yeşil-sarı köpüklü akıntıyı, %8.0'inin ise birden fazla akıntı özelliklerini tanımladıkları belirlenmiştir (Grafik 5). Spekulum muayenesinde de kadınların % 72.0'sinde ince, gri-beyaz akıntı, % 20.0'sinde süt keşiğine benzer akıntı, % 12'sinde yeşil-sarı köpüklü akıntı görülmüştür (Tablo 19). Kadınların tanımladıkları akıntı özellikleri ile spekulum muayenesinde tespit edilen akıntı özellikleri uyumlu bulunmuş, yüksek derecede anlamlılık saptanmıştır. Tanımlanan akıntı özellikleri ile spekulum muayenesinde tespit edilen akıntı özellikleri arasındaki uyuma Mc Nemar ile bakıldığında; sadece tanımlanan ince gri-beyaz akıntı ile spekulum muayenesindeki ince gri-beyaz akıntı arasında anlamlılık bulunmuştur (Tablo 21). Şenveli ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada (79) kadınların %43'ünün koyu sarı renkte ve kokulu akıntı şikayetinin olduğu bildirilmiştir. Günay'ın çalışmasında da (48) kadınların %61.9'unda ince gri-beyaz akıntı, %13.8'inde süt keşiğine benzer akıntı, %14.9'unda yeşil-sarı köpüklü akıntı görüldüğü bildirilmiştir. Verilerimiz literatürle paralellik göstermekle birlikte, kadınların tanımladıkları akıntı özelliklerinin de spekulum muayenesinde tespit edilen akıntı özellikleriyle de tutarlılık gösterdiği görülmüştür.

Çalışmamızda kadınların tanımladığı akıntı özellikleri ile koku, kızarıklık, dizüri ve disparoni şikayetleri arasında anlamlılık bulunmazken, kaşıntı ve yanma şikayetleri arasında anlamlılık bulunmuştur (Tablo 20). Kaymak ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmada (58) vajinal akıntılar ile spesifik şikayetler arasında anlamlılık olmadığını bildirmiştir. Çabuk ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (27) dizüri görülme oranı %47.4 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızdaki sonuçlara göre dizürinin görülmesinde

anlamlılık bulunmazken, kaşıntı ve yanmada anlamlılık bulunması diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir.

Çalışmamıza akıntı şikayeti ile başvuran kadınların, ön tanıları VATF, inspeksiyon ve spekulum muayenesine, son tanıları da laboratuvar sonuçlarına göre konmuştur. Buna göre; çoğunluğunda (%62.0) BV ön tanısı konulduğu, bunu %16.0 ile C, %12.0 ile C+BV ve %10.0 ile TV'in izlediği tespit edilmiştir (Grafik 6). Son tanı olarak da % 52.0'sinde BV, %24.0'ünde C+BV, %20.0'sinde C, %2'sinde TV tanıları saptanmış ve %2'sinde hastalık etkeni bulunmamıştır (Grafik 7). Literatürde bir çok kaynakta BV in üreme çağındaki kadınlarda görülen vajinal akıntı şikayetlerin oldukça büyük bir bölümünü oluşturduğu vurgulanmaktadır (17,20,22,35,48,49,55,66,75,87). Keçeli ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (59) en sık vajinit nedeni BV olarak belirtilmiştir. Zeteroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (94) 116 hastanın 48'inde patolojik bulgu belirlendiği, 30'una BV, 23'üne C ve 2'sine TV tanısı konduğu bildirilmiştir. Zhang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (95); BV, C ve TV prevelans oranı sırasıyla; %22,2, %4,9, ve %2,1 olarak bildirilmiştir. Literatürde bazı kaynaklarda ise kandidanın daha sık görüldüğü savunulmaktadır (8,61,68). Bolatlı ve arkadaşlarının 280 kadınla yaptıkları çalışmada (23); 74'ünde C, 45'inde TV, 32'sinde BV saptandığı bildirilmiştir. Sonuçlarımız BV'in üreme çağındaki kadınlarda görülen şikayetlerin oldukça büyük bir bölümünü oluşturduğu literatür bilgisini desteklemektedir.

Literatür incelendiğinde vajinal enfeksiyonları daha kolay ve hızlı tespit edebilmek için birçok form geliştirildiği görülmektedir. BV tanılamak için Richerd Amsel tarafından amsel kriterleri, Mazuli ve arkadaşları tarafından nugent puanlama sistemi geliştirilmiştir (3,4,5,20,48,49,64,66,75). DSÖ uzmanlar grubu etiyolojik ve klinik tanının yarattığı sorunlara alternatif olarak sendrom yaklaşımı önermektedir. Sendrom yaklaşımı ile tek bir hastalık tanısı yerine, hastanın semptomları temel alınarak tanı ve tedavi kararı verilmektedir (3,76). Taşkın ve Kısa (80) tarafından sendrom yaklaşımının geçerliliği bakılmış ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler tarafından vajinal enfeksiyonları tanılamada uygun bulunduğu bildirilmiştir. Türkiye de Özkan ve Demir (70) tarafından standart kontrol listesi geliştirilmiş ve sonucunda

hemşirenin vajinal enfeksiyonlarda standart kontrol listesi kullanarak vajinit tanısı koymada yüksek oranda başarılı olduğu, eğitim almış ebe ve hemşirelerin ev ziyaretleri sırasında standart kontrol listesi kullanarak kadınları yönlendirebilecekleri ve jinekolojik muayene yaptıkları taktirde vajinit tanısı koyabilecekleri belirtilmiştir. Bizde bu bilgi ve görüşlerden yola çıkarak başvuran kadınların vajinal akıntılarını değerlendirerek tanı koyabilmek için VATF'nu geliştirdik. Çalışmamızda VATF, inspeksiyon ve spekulum muayene sonuçlarına göre konulan ön tanılar ile laboratuvar tetkikleri sonuçlarına göre konulan son tanıların uyumu Kappa uyum analizi ile değerlendirilmiştir. Kappa katsayısı 0-1 aralığında değer alır ve buna göre, 0.93-1: mükemmel, 0.81-0.92: çok iyi, 0.61-0.80: iyi, 0.41-0.60: orta düzeyde 0.21-0.40: ortanın altında ve 0.01-0.20: zayıf uyumu tanımlamaktadır (24). Buna göre ön tanı ile son tanıların uyuşma durumlarına bakıldığında; %78.0 oranında uyuşmanın olduğu, yapılan kappa uyum analizi ile uyuşmanın κ_w :0.627 ile iyi düzeyde olduğu ve bunun istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 22-24). Miks enfeksiyonlarda; o anda akut yaşanan ve majör özellik gösteren enfeksiyon belirtileri baskın olduğundan, bu hangi enfeksiyon ise onun semptomlarına yönelik şikayetler ön plana çıkmakta ve kişi öncelikle o şikayetleri ifade etmektedir. Bizim çalışmamızda; son tanıları miks enfeksiyon (C+BV) olarak belirlenen 4 vakanın, VATF göre konan ön tanılarının miks olarak saptanmadığı, ancak bu iki enfeksiyondan birinin tanı olarak konduğu görülmüştür. Bu nedenle, belirtilen bu 4 vaka çıkarılarak ikinci bir değerlendirme yapılmış, uyuşma %84.7 olarak saptanmıştır. Yapılan kappa uyum analizi sonucunun κ_w :0.710 ile pozitif yönde yükseldiği görülmüş ve sonuçlar yine ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (Tablo 23-24). Elde ettiğimiz bu sonuçlar bize, VATF + spekulum muayenesi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire/ ebelerin laboratuvar analizlerine çok gereksinim duymadan akıntı şikayeti ile gelen kadınların tanılarını koyabileceklerini, ayrıca geliştirmiş olduğumuz VATF ın birinci basamakta ya da jinekoloji polikliniklerinde güvenli bir şekilde kullanılabileceğini göstermiştir.

C da süt kesiğine benzer akıntı yanı sıra kaşıntı, kızarıklık, yanma, dizüri ve disparoni; TV te yeşil-sarı köpüklü akıntı ile birlikte, koku, disparoni, dizüri ve az sayıda hastada alt karın bölgeleri ve kasıklarda ağrı görüldüğü, BV de ince gri-beyaz akıntı yanı sıra bayat balık kokusu, kızarıklık ve kaşıntı olduğu bildirilmektedir (2,16,20,32,48,49,53,

60,73,75,80). Bizim çalışmamızda da koku ve disparoni ile saptanan ön tanılar arasında anlamlılık bulunmazken, kaşıntı, yanma, kızarıklık ve dizüri ile saptanan ön tanılar arasında anlamlılık bulunmuştur (Tablo 25). Kaymak ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (58) vajinal akıntılar ile spesifik şikayetler arasında anlamlılık bulunmamıştır. Verilerimiz literatürle benzerlik göstermekle birlikte, Kaymak ve arkadaşlarının çalışma verilerine göre daha anlamlı bulunmuştur.

Çalışmamızda kadınlarda VATF göre yapılan değerlendirmede C ön tanısı konanların inspeksiyon muayenesinde diğer tanımlanan vajinal akıntılara göre kızarıklık anlamlı düzeyde daha yüksek oranda (%75.0) görülmüştür (Tablo 26). Literatürde kızarıklık bulgusunun C ve BV te var olduğu belirtilmektedir (2,20,32). Bizim çalışmamızda ise C tanısı konanlarda kızarıklık daha fazla olarak saptanmıştır. İnspeksiyon muayenesinde erezyon gözlenmesi C ve BV bulgularını ifade eden kadınlarda daha az görülürken, TV ve C+BV’de hiç görülmemiş ve sonuçlar anlamlı bulunmamıştır (Tablo 26). Erezyon oluşumunda sık geçirilen GYE etken olabilmekle birlikte bunun yanında CYBH, Sık doğumlar ve buna bağlı oluşan yırtıklar, sık küretajlar vb. etken olmaktadır. Bu bağlamda baktığımızda çalışma kapsamına aldığımız kadınların bu var olan enfeksiyonu ne sıklıkta geçirdiği önem kazanmaktadır. Bizim çalışmamızda kadınların daha önce GYE geçirme oranlarının %42.0’lerde olduğu ve erezyona belirttiğimiz gibi diğer farklı faktörlerinde neden olduğu göz önüne alındığında bu sonucun normal olduğu kabul edilebilir.

Çalışmamızda spekulum muayenesinde görülen akıntı özellikleri VATF ile yapılan değerlendirmede saptanan ön tanılarla uyumlu bulunmuş ve bu uyumluluğun istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 21). Bu sonuç bize kadınların ifade ettiği akıntıları tanımlamada VATF’nun güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir.

Vajinal enfeksiyonların perineal ventilasyonu azalttığından dolayı şişman olanlarda daha sık görüldüğü belirtilmiştir (16,75). Literatürde obezitenin C için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (2,19,75). Bizim çalışma grubumuzda son tanısı C olan kadınların BKİ’ne göre %20.0’sinin, BV saptananların %23.1’inin ve C+BV saptananların yarısına yakınının (%41.7) şişman olduğu belirlenmiş ve anlamlılık bulunmamıştır.

(Tablo 27). Verilerimizde anlamlılık bulunmamasına rağmen özellikle C+BV de şişmanlık oranının yüksek olduğu ve literatürü desteklediği görülmüştür.

Literatürde BV de 25 yaşından sonra artış görüldüğü bildirilmiştir (32,75). Çalışmamızda C saptanan kadınların yarısının 36 yaş üstünde, BV saptananların %76.9'unun 25 yaş üstünde ve C+BV saptananların yarıdan fazlasının 26-35 yaş arasında olduğu görülmüş ve anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 27). Baybağ'ın çalışmasında (20) BV saptanan kadınların %73.0'ünün 25 yaş üstünde, C saptananların %82.0'sinin 36 yaş altında ve miks enfeksiyonların en fazla oranda (%37.0) 26-35 yaş arası kadınlarda görüldüğü bildirilmiştir. Günay'ın çalışmasında da (48) C ve BV saptanan kadınların 30 yaş altında olduğu belirtilmiştir. Duran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (37) adölesan grupla yetişkin grup GYE açısından karşılaştırılmış ve bakteriyel etkenlerin yetişkin grupta daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir. Verilerimiz literatürde yer alan BV de 25 yaşından sonra artış görüldüğü bilgisini doğrulamakta ve Baybağ'ın verileriyle benzerlik göstermektedir.

Doğum ve kürtajın yetersiz hijyenik koşullarda yapıldığı durumlar kontaminasyona neden olur. Aşırı doğurganlık, sık doğumlar kadının üreme sağlığını olumsuz etkileyerek mortalite ve morbidite de artmalara neden olmasının yanında doku direncini düşmesine, beslenme bozukluklarına vb. yol açmaktadır (20,60,73,75,80). Çalışmamızda saptanan bütün son tanılarda kadınların çoğunluğunun normal doğum yaptığı ve doğumlarının üzerinden 1 yıldan uzun süre geçtiği belirlenmiş ve anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 27). Ergin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (40), sağlıklı koşullarda yapılan doğumlardan sonra komplikasyon görülme olasılığının üç kat arttığını ve bu komplikasyonlardan kötü kokulu akıntının %25.4 oranıyla ikinci sırayı aldığını bildirmiştir. Baybağ'ın yaptığı çalışmada (20) enfeksiyon tanısı alanların gebelik sayı 4 ve üzeri olarak belirtilmiştir. Verilerimize göre kadınlarımızda saptanan vajinal enfeksiyonların doğum sonrası kontaminasyondan kaynaklanmış olmadığını düşündürmektedir.

Literatürde oral kontraseptif kullanımının C'yı artırdığı ve RİA'nın vajinal enfeksiyonlara yatkınlığı artırdığı bildirilmiştir (14,16,22,41,48,59,60,66,75,77,80). RİA BV için majör bir faktördür (32,48,66,75,77,88). Bizim çalışmamızda C saptanan

kadınların %40.0'ının, BV saptanan kadınların yarısının, C+BV saptanan kadınların %41.7'sinin RİA kullandığı belirlenmiş, anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 27). C+BV saptanan kadınlardan 1 tanesi oral kontraseptif kullanmaktadır. Oral kontraseptif kullanımı sayıca yetersiz olduğundan aile planlaması yöntemlerinden diğer grubuna alınmış ve hakkında araştırma yapılamamıştır. Pasinlioğlu ve Bülbül'ün (71) çalışmasında çiftlerin aile planlaması yöntemlerini bırakma nedenleri arasında RİA'nın enfeksiyona neden olduğu düşüncesi bildirilmektedir. Ortaylı ve arkadaşlarının (67) yapmış olduğu çalışmada ise RİA kullananlarda BV'in sık görüldüğü bildirilmiştir. Verilerimizde anlamlılık bulunmamış, ancak RİA kullanımı sayıca yüksek çıkmış ve literatürde yer alan RİA kullanımının BV yada vajiniti artırdığı bilgisini de destekler nitelik göstermiştir.

Vajinal duş vajen florasını bozarak enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Sık vajinal duş uygulaması yapan kadınların yaşadığı yakınmaların vajinal kuruluk, genital bölgede yanma, irritasyon, yanı sıra genito-üriner enfeksiyon olduğu bildirilmektedir. Pek çok çalışma vajinal duş uygulaması yapan kadınların BV, ektopik gebelik, infertilite, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, CYBH, serviks kanseri ve PID gibi pek çok önemli sağlık sorunu yaşama riskini arttırdığını bildirmektedir (10,14,27). Vajinal duş birçok olumsuz sağlık sonucuna yol açmasına rağmen tüm Dünya'da yaygın olarak sürdürülen bir uygulamadır. Kadınların genellikle vajinal temizlik, menstruasyon sonrası kokuyu gidermek, cinsel ilişki sonrası gebelikten korunmak amacıyla vajinal duş uygulaması yaptığı bildirilmiştir (10,28,56). Bizim çalışmamızda C, BV, C+BV son tanılarına göre farklılık göstermeksizin kadınların çoğunun (sırasıyla; %80.0, %61.5, %66.7) vajinal duş yaptığı ve bunu (sırasıyla; %40.0, %38.3, %33.3) her cinsel ilişki sonrası uyguladığı belirlenmiş, ancak anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 28). Akın ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (10) kadınların %54.6'sının, Karatay ve Özvarış'ın çalışmasında (56) kadınların %72.1'inin cinsel ilişki sonrası vajinal duş yaptığı bildirilmiştir. Watcharotone ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (88) vajinal duşun BV için önemli bir etken olduğu belirtilmiştir. Giray ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (43) kadınların %49.3'ünün cinsel ilişki sonrası vajinal duş yaptığı belirtilirken, Özerdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında (69) vajinal duş uygulayanlarda GYE daha sık görüldüğü, fakat anlamlılık bulunmadığı bildirilmiştir. Hacıaloğlu ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada (51) vajinal duşun GYE'na neden olduğu belirtilmektedir. Buna benzer bir çok kaynakta vajinal duşun enfeksiyonlara yatkınlığı artırdığı bildirilmektedir (1,28,51,60,73). Günay'ın çalışmasında da (48) kadınların vajinal duş yapması ile konulan tanılar arasında anlamlı ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Verilerimizde anlamlılık bulunmamasına rağmen vajinal duş yapanların sayıca yüksek olduğu görülmüştür. Bu da vajinal duşun GYE'nunu artırdığı yönündeki literatür bilgisini destekler nitelik göstermektedir.

Yetersiz hijyen alışkanlıkları ile vajinal enfeksiyonlarda artma görülmektedir. Doğru el yıkama alışkanlığı; tuvaletten önce ve sonra ellerin yıkanmasıdır. Çalışmamızda C saptanan kadınların %40.0'ı, BV saptananların %61.5'i ve C+BV saptananların %8.3'ünün sadece tuvaletten sonra ellerini yıkadığı belirlenmiş, BV ve C+BV ile el yıkama alışkanlığı arasında sonuçlar anlamlı bulunurken, C ile anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 28). Karatay ve Özvarış'ın çalışmasında (56) kadınların çoğunluğunun (%86.4) tuvaletten sonra ellerini yıkadığı belirtilmiştir. Kısa'nın çalışmasında (60) tuvalet öncesinde ellerini kirlendikçe yıkayanların düzenli olarak yıkayanlara göre 1.45 kat daha fazla vajinal enfeksiyonlara yatkın oldukları bildirilmiştir. Verilerimiz literatürle paralel olarak GYE açısından el yıkamanın önemini doğrulamaktadır.

Perine hijyeninin yanlış yapılması (arkadan öne doğru), anüsteki mikroorganizmaların vajinaya geçerek enfeksiyona neden olduğu bildirilmiştir (60,73,80). Çalışmamızda C, BV ve C+BV son tanısı alan kadınların çoğunluğunun (sırasıyla;%70.0,%65.4,%75.0) yanlış taharetlendiği, buna karşın (sırasıyla;%90.0,%76.9,%66.7) kurulanma amaçlı tuvalet kağıdı kullandığı belirlenmiş, anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 28). Karatay ve Özvarış'ın yaptığı çalışmada (56) kadınların büyük çoğunluğunun (%79.2) tuvalet sonrası genital bölgeyi uygunsuz yöntemlerle temizlediği ve %33.6'sının kurulanmadığı bildirilmiştir. Serbest'in çalışmasında (73) yanlış taharetlenme alışkanlığının yüksek bulunduğu belirtilmiştir. Kısa'nın çalışmasında (60) taharetlenme ve sonrasında kurulanma ile vajinal enfeksiyona yatkınlık arasında anlamlılık bulunduğu bildirilmiştir. Arslan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (15) kadınların %65.2'sinin tuvalet sonrasında su ve tuvalet kağıdı kullandığı bildirilirken, Daşikan ve arkadaşlarının

yaptığı çalışmada da (31) kadınların %77.6'sının tuvaletten sonra genital bölgelerini kuruladıkları ve bunlardan %58.8'inin tuvalet kağıdı ile kurulandığı bildirilmiştir. Verilerimiz literatürdeki çalışmaların verileriyle uyumlu bulunmuş, anlamlılık bulunmamasına rağmen yanlış taharetlenmenin oranının yüksek olduğu görülmüş ve bu da sonuçlarımızın literatürde yer alan yanlış taharetlenmenin vajinal enfeksiyonları artıran faktörlerden biri olduğu bilgisini desteklediğini göstermiştir.

Kişisel hijyeni sağlamak için iç çamaşırları, kirlenmesini beklemeden her gün değiştirilmelidir. Çalışmamızda C saptanan kadınların yarısının her gün, diğer yarısının haftada birkaç kez iç çamaşırı değiştirdiği, BV saptanan kadınların %30.8'inin haftada birkaç kez, %30.8'inin kirlendikçe iç çamaşırlarını değiştirdiği ve C+BV saptanan kadınların ise çoğunluğunun (%75.0) iç çamaşırını her gün değiştirdiği belirlenmiştir. İç çamaşır değiştirme sıklığı ile C ve C+BV arasında anlamlılık bulunmazken, BV ile anlamlılık bulunmuştur. Karatay ve Özvarış'ın yaptığı çalışmada (56) kadınların %25.8'inin düzenli olarak her gün iç çamaşırı değiştirdiği bildirilmiştir. Yağmur ve arkadaşları çalışmalarında (90) kadınların yarıdan fazlasının (%56.0) iç çamaşırlarını 2-3 günde bir değiştirdiğini belirtmiştir. Kısa'nın çalışmasında (60) iç çamaşırlarını seyrek değiştirenlerin sık değiştirenlere göre vajinal enfeksiyona yakalanmaya daha yatkın olduğu bildirilmiştir. Daşikan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (31); kadınların %52.0'sinin 2-3 günde bir iç çamaşırını değiştirdiği ve Demirbağ'ın çalışmasında da (33) kadınların %96.5'inin iç çamaşırını her gün değiştirdiği belirtilmiştir. Verilerimizin literatürle benzerlik gösterdiği ve iç çamaşır değiştirme sıklığının önemi konusunda kadınların eğitime ihtiyaç duydukları görülmüştür.

İç çamaşırları kaynatıldığında yada çamaşır suyunda bekleterek yıkanıp ütülendiğinde enfeksiyonlara yatkınlık ve enfeksiyonların tekrarlanması azalacaktır (73). Çalışmamızda son tanıları C, BV ve C+BV kadınların çoğunun (sırasıyla; %90.0, %80.8, %83.3) çamaşırlarını makinede yıkadığı belirlenmiş ve anlamlılık bulunmamıştır. C+BV saptanan 1 kadın iç çamaşırını ütülediğini, daha önce vajinal enfeksiyon geçirdiğini ve doktorundan çamaşırını ütüleme tavsiyesi aldığını ifade etmiştir (Tablo 28). Karatay ve Özvarış'ın çalışmasında (56) kadınların %86.6'sının iç çamaşırlarını makinede yüksek ısıda yıkadıkları belirtilmiştir. Serbest'in çalışmasında da (73) kadınların %11.6'sının çamaşırlarını kaydattığı ve %24.6'sının ütülediği

bildirilmiştir. Demirci'nin çalışmasında (34) kadınların %49.5'inin külotlarını ütülemediği belirtilmiştir. Verilerimiz literatür bilgisiyle paralel olarak iç çamaşırı temizliğine önem verilmediğinde vajinal enfeksiyonun daha sık görüldüğü bilgisini destekler nitelik göstermektedir.

Literatürde kronik hastalığı olanların sürekli ilaç kullanmasının vajinal enfeksiyonlara yatkınlığı artırdığı bildirilmektedir (19,60,80). Bizim çalışmamızda C saptanan kadınların yarısının kronik/metabolik hastalığının olduğu, %40.0'nın sürekli ilaç kullandığı, BV saptananların %15.4'ünün ve C+BV saptananların %25.0'inin kronik / metabolik hastalığı olduğu belirlenmiş ve çok az bir kısmının (sırasıyla; %3.8, %25.0) sürekli ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Konulan son tanılar ile kronik/metabolik hastalık durumu arasında anlamlılık bulunmamıştır. C ve C+BV son tanısı ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında anlamlılık bulunmazken, BV ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında anlamlılık bulunmuştur (Tablo 29). Kısa'nın çalışmasında (60) sistemik hastalıklarla vajinal enfeksiyona yakalanma arasında istatistiksel olarak anlamlılık bildirilmemiş, ancak diyabeti olan kadınların vajinal enfeksiyona yakalanma riskinin 4.05 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Verilerimiz incelendiğinde saptanan tanılardan yalnızca C'da da oranların yüksek olduğu görülmüş ve bizim çalışmamızda kronik/metabolik hastalığın ve sürekli ilaç kullanmanın vajinal enfeksiyon üzerine etkisinin az olduğu görülmüştür.

Uzun süren antibiyotik tedavisi vajen florasını bozarak mikroorganizmaların üreyebileceği bir ortam yaratır (16,75,80). Çalışmamızda C, BV ve C+BV son tanısı konulan kadınların çok az bir kısmı (sırasıyla; %20.0, %11.5, %8.3) akıntı şikayeti öncesi antibiyotik kullanmıştır ve anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 29). Arslan ve arkadaşlarının çalışmasında (15) akıntı şikayeti öncesinde antibiyotik kullananların az olduğu belirlenmiştir. Don ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (30); antibiyotik tedavisinin C için başlıca risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Shu ve arkadaşlarının çalışmasında (76) ise antibiyotik tedavisinin vajinite yatkınlığı artırdığı bildirilmiştir. Bizim verilerimiz antibiyotik tedavisinin vajinal enfeksiyonlara neden olması yönündeki literatür bilgisini destekler nitelik taşımamaktadır.

Vajinal enfeksiyona neden olan etkenler tedavinin eksik uygulanmasıyla ortadan kaldırılmadığında yada vajinal enfeksiyona neden olan sağlık davranışları düzeltilmediğinde vajinal enfeksiyonların tekrarladığı bildirilmektedir (32,75,80). Bizim çalışmamızda C saptanan kadınların %40.0'nin daha önce akıntı şikayeti yaşadığı, %20.0'sinin bu şikayetleri son 1 yıl içerisinde ve tamamının sık aralıklarla yaşadığı, BV saptananların %34.6'sının daha önce akıntı şikayeti yaşadığı, yaşayanların çoğunluğunun (%26.9) 1 yıldan uzun süre önce ve sık aralıklarla yaşadığı belirlenirken, anlamlılık bulunmamıştır. C+BV saptananların çoğunluğunun (%66.7) daha önceden akıntı şikayeti yaşadığı ve yaşanların yarısına yakınının (%41.7) son 1 yıl içerisinde ve sık yaşadığı belirlenmiş ve akıntı yaşama zamanı ile anlamlılık bulunurken, yaşama sıklığı sayıca yüksek olmasına rağmen anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 29). Kayacı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (57) kadınların %15.8'inin anormal akıntı yaşadıklarını ifade ettikleri ve bu kadınların sadece ¼ ünün doktora başvurduğu belirtilmiştir. Kısa'nın vaka-kontrol gruplu çalışmasında (60) vaka grubundaki kadınların % 70.0'inin daha önce akıntı şikayeti yaşadığı ve gruplar arasında anlamlı farklı bulunduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda yalnızca miks enfeksiyon yaşananlarda anlamlılık bulunmuş ve bunun nedeninin enfeksiyonların birbirini örtmesinden dolayı tedavinin tam uygulanamadığını düşündürmüştür.

8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

8.1. SONUÇLAR

Bu çalışma akıntı şikayeti ile gelen kadınların sağlık davranışlarının belirlenmesi ve laboratuvar tetkiklerinin uygulanamadığı özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, semptomlara yönelik hazırlanmış VATF ile yapılan ön tanının, laboratuvar tetkikleri sonucuna göre yapılan son tanıyla farkı olup olmadığının ve ne düzeyde uyduğu belirlenmesi amacıyla üç aşamada gerçekleştirilmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Verilerin Sonuçları

- Kadınların yaş ortalamalarının 32.58 ± 8.02 , çoğunluğunun (%74.0) ilköğretim mezunu olduğu ve çalışmadığı (%88.0), BKİ göre de yarısının kilolu olduğu bulunmuştur.
- Obstetrik özellikleri açısından; %40.0'ının 4 ve ↑ gebelik geçirdiği, %42.0'sinin 2 doğum yaptığı, çoğunluğunun kürtaj yada abortusu deneyimlemediği, son gebeliklerinin %68.0 oranıyla normal doğum ile sonuçlandığı belirlenmiştir.
- Kadınların %46.0'sının RİA, %12.0'sinin kondom kullandığı, çoğunluğunun (%44.0) her gün yada haftada 3-5 kez cinsel ilişkide bulunduğu, %28.0'inin kronik/metabolik hastalığının olduğu, %16.0'sinin sürekli ilaç kullandığı, %24.0'ünün sık İYE geçirdiği ve %14.0'ünün akıntı şikayeti öncesinde antibiyotik kullandığı, %42.0'sinin daha önce vajinal akıntı şikayeti yaşadığı, ve akıntıyı %76.2 oranında sık aralıklarla yaşadıkları tespit edilmiştir.

2. Hijyenik alışkanlıkları ve Üreme Sağlığı Belirleme Ölçeğine (ÜSBÖ) Ait Verilerin Sonuçları

- Çalışmamızdaki kadınların çoğunluğunun (%66.0) vajinal duş yaptığı ve bunu %60.6 oranında her cinsel ilişki sonrasında uyguladığı, %56.0'sinin tualete girmeden önce ve sonra ellerini yıkadığı, %68.0'inin taharetlenmeyi yanlış

uyguladığı, %78.0'inin kurulanma amaçlı tuvalet kağıdı kullandığı, %52.0'sinin iç çamaşırını her gün değiştirdiği, %82.0'sinin çamaşırlarını sadece makinede yıkadığı belirlenmiştir. Tüm bu hijyen alışkanlıklarının kadınların yaşlarına ve eğitim durumlarına göre farklılık göstermediği görülmüştür. Vajinal duş yapma durumu ve sıklığı ile sık İYE geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

- Çalışmamızda ÜSBÖ'nin 3 alt boyutu ile totali kullanılmıştır. **1. alt boyutu** olan“Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı” puanı 29.30, **3. alt boyutu** “Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları” puanı 27.32, **4. alt boyutu** olan “Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma” puanı 49.62 ve ÜSBÖ toplam puanı 124.12 ile orta düzeyde olduğu görülmüştür.
- Çalışmamızda eğitim, yaş, vajinal duş yapma, tuvalete girmeden önce ve sonra elleri yıkama, taharetlenmeden sonra kurulanma ve vajinal akıntı şikayeti yaşama zamanı ile ÜSBÖ alt grup ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kadınların taharetlenme durumu ile ÜSBÖ'nin 3. alt boyutu “üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları” ve 4. alt boyutu “genital enfeksiyonlardan korunma” arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.
- Kadınların iç çamaşır değiştirme sıklığı ile ÜSBÖ'nin 1. alt boyutu “üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı” ve 4. alt boyutu “genital enfeksiyonlardan korunma” arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.
- Kronik/ metabolik hastalık durumu ile ÜSBÖ'nin 3. alt boyutu “üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları” ve ÜSBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

3. Geliştirilen Vajinal Akıntı Tanılama Formuna (VATF) Ait Verilerin Sonuçları

- Çalışmamız VATF ile yapılan değerlendirmede kadınlarının yarısından fazlasının (%52) ince, gri-beyaz akıntıyı tanımladıkları tespit edilmiştir. Akıntı şikayeti yanında en fazla oranda koku (%76.0), kasık ve karın ağrısı (%68.0), yarısına

yakınında kaşıntı (%46.0), yanma (%44.0), disparoni (%42.0) vb şikayetleri de ifade ettikleri belirlenmiştir.

- Kadınların yaşadığı kaşıntı ve yanma şikayetleri ile tanımladıkları akıntı özellikleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.
- Kadınların spekulum muayene bulgularındaki akıntı özellikleri ile tanımladıkları akıntı özellikleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.
- VATF + spekulum muayenesi göre yapılan değerlendirme sonucuna göre konulan **ön tanılarında** kadınların; %62.0 nin BV, %16.0'nın C, %10.0'nun TV ve %12.0'sinin C+BV olduğu, Laboratuvar sonuçlarına göre konulan **son tanılarının** da %52'sinin BV, %20.0'sinin C , %24.0'nün C+BV , %2.0'sinin TV olduğu belirlenmiştir.
- Ön tanı ile son tanıların uyuşma durumlarına bakıldığında; %78.0 oranında uyuşmanın olduğu, yapılan kappa uyum analizi ile uyuşmanın κ_w :0.627 ile iyi düzeyde olduğu ve bunun istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği bulunmuştur. Son tanıları miks enfeksiyon (C+BV) olarak belirlenen 4 vakanın, VATF göre konan ön tanılarının miks olarak saptanmadığı, ancak bu iki enfeksiyondan birinin tanı olarak konduğu görülmüştür. Bu nedenle, belirtilen bu 4 vaka çıkarılarak ikinci bir değerlendirme yapılmış, uyuşma %84.7 olarak saptanmıştır. Yapılan kappa uyum analizi sonucunun κ_w :0.710 ile pozitif yönde yükseldiği görülmüş ve sonuçlar yine ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur.
- Kadınların kaşıntı, yanma, kızarıklık ve dizüri şikayetleri ile saptanan ön tanılar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Kadınların inspeksiyon muayenelerinde tespit edilen kızarıklık ile spekulum muayenesinde görülen akıntı özellikleri ve serviksteki dokunma kanaması ile saptanan ön tanılar arasında anlamlılık bulunmuştur.
- Kadınlarda saptanan son tanılar ile BKİ, yaş, son gebeliğin sonuçlanma şekli ve zamanı, kullandığı aile planlaması yöntemi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.
- Kadınların hijyen alışkanlıklarından tuvaletten sonra el yıkama alışkanlığı ile BV ve C+BV son tanısı arasında ve iç çamaşır değiştirme sıklığı ile BV son tanısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

- Kadınların sürekli ilaç kullanma durumları ile konulan BV son tanısı arasında ve vajinal akıntı şikayeti yaşama zamanı ile konulan C+BV son tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur.

8.2.ÖNERİLER

Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz şunlardır:

- ❖ Kadınlar hijyen alışkanlıkları konusunda bilgilendirmeli ve olumlu üreme sağlığı davranışları benimsetilmelidir. Bu bağlamda;
 - Olumlu üreme sağlığı davranışları ile ilgili eğitimler düzenlenmeli,
 - Bilgilendirme amaçlı sağlık broşürleri hazırlanmalı,
 - Sağlık kurumlarına her gelen kadına bilgilendirme broşürleri verilmeli,
 - Toplumumuzda televizyon izleme yaygın olduğundan, medyada bilgilendirmeye yer verilmeli,
 - Bilinçlendirmenin yaygınlaştırılması açısından toplu kitlelere hitap etmek önemlidir. Okullarda, yurtlarda, özellikle kız çocuklarının topluca bulunduğu kurslarda eğitimler verilmeli, broşürler dağıtılmalı,
 - Tekrarlayan enfeksiyonlar açısından, tedavinin doğru uygulanmasının ve olumlu üreme sağlığı davranışlarının benimsenmesinin önemi büyüktür. Kadınlara tedavinin uygulanma şekli konusunda bilgi verilmeli, tam ve eksiksiz uygulandığında tedavinin başarılı olacağı anlatılmalıdır. Tamamlanmayan tedavilerde ve düzeltilmeyen sağlık davranışlarında enfeksiyonun tekrarlayacağı vurgulanmalıdır.
- ❖ Kadınların ilk başvurusu, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ebeler ve hemşirelerdir. Literatürde de vajinal enfeksiyonları saptamak amacıyla sağlık personelinin uygulayabileceği formlar geliştirilmiştir. VATF’da bu amaçla geliştirilmiş bir formdur. Sağlık ocağı ev ziyaretlerinde bu form kullanılarak vajinal enfeksiyonların erken tespiti ve tedavisi yapılabilir. Böylelikle vajinal enfeksiyonların neden olduğu ciddi komplikasyonlarda önlenmiş olacaktır.

9.KAYNAKLAR

1. Seksüel Geçişli Enfeksiyonların Değerlendirilmesi, İngiltere, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Aylık Epidemiyoloji Raporu, Cilt:2 Sayı:2 Nisan-Haziran, 62-63, 2003.
2. Klinikte vajina ve vulva enfeksiyonları “değerlendirme ve yönetim”, organon yayınları,1996/2,1-107
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Hizmet Rehberi, Ankara,2000,241-279
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı, İstanbul, 1995,22-23.
5. CCQLM (Canadion Coalibitan for Quality in Laboratory Medicine, Microbiology Working Group Guideline for Laboratory Processing and Interpretation of Vajinal Specimens in the Diagnosis of Bacteriyel Vajinozis, November 2004- Replaces November 2003.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı, 6. Baskı, Ankara, 1995, 135-137.
7. Açık Y., Güngör L., Aşçı Toraman Z.: İsteğe Bağlı Düşük Yapmak için Başvuran Kadınların Serviksinde Bulunan Bazı Patojen Mikroorganizmaların Prevalansı ve Klinik Önemi, Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal) 2004, 26 (2) 55-61.
8. Açıkgöz Z.C., Turhan N.Ö., Gamberzade Ş., Ark E., Göçer S.: Vajen Kültürlerinin Mikrobiyolojik Açıdan Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi, Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Ana BD., Ankara, Mikrobiyoloji Bülteni, 2002,36(1):23-29
9. Akdolun Baklaya N.: Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe - Hemşirenin Rolü, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2002, 6 (2).
10. Akın B., Erdem H., Ege E.: 15-49 Yaş evli kadınlarda vajinal duş uygulaması ve olumsuz etkileri, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, Cilt:3, Sayı:2, 2006.

11. Aksayan S., Bahar Z., Bayık A., Eminoğlu O., Erefe İ. ve arkadaşları; Hemşirelikte Araştırma Süreci İlke Süreç ve Yöntemleri, Editör: İ. Erefe, Odak Ofset, İstanbul, 2002
12. Aktener A.Y., Dülger H.İ., Erkayhan G.E., Görmeli G., Kafadar F.S., Yıldız M., Keskinoglu P., Soyer A.: Yarı Kırsal Bir Bölgede 20-64 Yaş Üreme Çağı ve Menopoz Sonrası Kadınlarda Şişmanlık Sıklığı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Inciraltı, İzmir, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2006, Cilt 23, Sayı 3, Sayfa(lar) 119-126
13. Altıparmak S.: Türkiye’de Ana Sağlığı Düzeyi, Ege Üniversitesi, 2006.
14. Anh PK, Khanh NT, Ha DT, Chien do T, Thuc PT, Luong PH, Kilmarx PH, Wongchotigul V, Kitayaporn D, Rowe PJ.: Prevalence of Lower Genital Tract Infection Among Women Attending Maternal and Child Health and Family Planning Clinics in Hanoi, Vietnam. Mikrobiyol Bul. 2002 Jan;36(1):23-9.
15. Arslan H., Kömürcü N., Yıldız Eryılmaz H., Gençalp N.S., Engin Yiğit F., Ekşi Z., Can Gürkan Ö., Coşkun Potur D., Sayın D., Çıtak Bilgin N.: Üreme Sağlığı Bilinci Geliştirme Projesi: Genital Akıntılar, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, S-006, Ankara, 2007.
16. Atasü T., Şahmay S., Jinekoloji(Kadın Hastalıkları) ,Nobel tıp kitabevi, 2001, 231-237
17. Atmaca S., Elçi S., Gül K., Yayla M.: An Investigation for Some Vaginitis and Sexually Transmitted Disease Pathogens Among Prostitutes in Diyarbakır, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi. Mikrobiyoloji Ana BD., Diyarbakır, Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi, 1998,8(1):27-30.
18. Aydın F., Tosun İ., Ekmen Ü., Bilekli C., Köroğlu H., Soylu H., Alpay Ş.: Vulvovajinal Candidiasis Olgularından İzole Edilen Mayaların Türlerine Göre Dağılımı, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Trabzon, Mikrobiyoloji Bülteni 1996; 30 (1): 51-55
19. Balcı O., Çapar M.: Vajinal Enfeksiyonlar, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Do[1]um Anabilim Dalı, Konya, 2005; Cilt: 2 Sayı: 5 Sayfa: 14-20

20. Baybağ T.: Haydarpaşa Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine“ Vajinal Akıntı” Yakınmasıyla Başvuran Hastalarda Etken Araştırması, Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1992 (Koord.: Doç. Dr. Yıldırım Cuner).
21. Beydağ K.D.: Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınların Genital Hijyen Davranışları. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, S-006, Ankara, 2007.
22. Bezircioğlu İ., Öñiz A.: Vajinal Akıntı Yakınması İle Başvuran Hastaların Akıntı Örneklerinin Direkt Mikroskopik Değerlendirilmesi Sted dergisi/ cilt 13/ sayı 11/ Kasım 2004,422-425
23. Bolatlı T., Şengül M., Doğan N., Akgün Y., Akşit F.: Vajinal Akıntısı Olan Kadınlarda Gardnerella Vaginalis Görölme Sıklığı, Mikrobiyoloji Bülteni 1997;31(2):103-111
24. Boyacıoğlu H., Güneri P.; Sağlık Araştırmalarında Kullanılan Temel İstatistik Yöntemler, Hacettepe Dişhekimliği Faköltesi Dergisi Cilt: 30, Sayı: 3, Sayfa: 33-39, 2006
25. Caliskan D., Subasi N., Sarisen O.: Vaginal Douching and Associated Factors Among Married Women Attending a Family Planning Clinic or a Gynecology Clinic, : European Journal Obstetric&Gynecology Reproductive Biology;127(2):244-51, 2006 Aug
26. Cerbini S., Greco M., Lalli P., Santucci A., Pitzurra M.: Vaginal Microscopic Evidence in Women With Symptoms of Genital İnfection, Acta Med Colomb. 1985 Sep-Oct;10(5): 197-203.
27. Çabuk N., Soylu A., Kavukçu S., Türkmen M.: Toplumumuzdaki İlköğretim Programındaki Kız Çocuklarında "Tuvalet Sonrası Temizlik Yönteminin" Sosyoekonomik Yapı ve Üriner Sistem Enfeksiyonu ile İlişkisi Nedir?, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Faköltesi, İzmir, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 1999;2:56-64.
28. Çaliskan D.: Geleneksel İnvaginal Uygulama "Vajinal Duş, Lavaj" Yapılmalı mı? Yapılmamalı mı?, Ankara Üniversitesi Tıp Faköltesi Halk Sağlığı AD, Ankara, Sted Dergisi, 2005, Cilt 14/ Sayı 1/ 15-18
29. Çelik Ö., Tezcan B., Kadın-Doğum, 2000, 231-238

30. Dan M., Kaneti N., Levin D., Poch F., Samra Z.: Vaginitis in a Gynecologic Practice in Israel: Causes and Risk Factors. IMAJ, Vol5, September 2003.
31. Daşikan Z., Kaya C., Acaroğlu G., Kabak N., Kabakçı R.: Üreme Dönemindeki Evli Kadınların Jinekolojik Muayeneye İlişkin Deneyimleri ve Görüşleri, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. P-020, Ankara, 2007.
32. Dede M., Yenen M.C.: Nozokomiyal Obstetrik ve Jinekolojik Enfeksiyonlar, Bölüm 2.11, 275-300.
33. Demirbağ A.C.: Kadınlarda İdrar Yolu Enfeksiyonlarında Hijyenik Alışkanlıklarla İlgili Risk Faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, S:52-58, Cilt:4, Sayı:2, Sivas, 2000.
34. Demirci H.: Çalışan Evli Kadınlarda Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışların Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2004 (Danışman: Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu).
35. Diaz F, Vasquez ME, Escobar S, Galeano A, Londono M, Pelaez M, Villa M, Montoya F.: Vaginitis Due to Gardnerella Vaginalis in a University Medical Service, Am J Obstetric Gynecology ,2002 Aug;187(2):365-9.
36. Doğan N., Akgün Y.: Doğum Kontrol Yöntemleri ile Trichomonas Vajinalis Görülme Sıklığı Arasındaki İlişki, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir, Enfeksiyon Dergisi 1999;13(2):187-190
37. Duran N., Çulha G., Çetin M., Zeteroğlu Ş., Güngören A., Hakverdi A.U.: Genital Enfeksiyon Şüphesi Olan Adölesan ve Yetişkin Kadınlarda Enfeksiyon Etkenleri, Tıp Araştırmaları Dergisi, 2005;3(2): 13-19
38. Ege E., Eryılmaz G.: Kadınlara Verilen Planlı Eğitimin Genital Hijyen Davranışlarına Etkisi, 3. Uluslararası 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 2005.
39. Erbil N., Göktaşlar Z.: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, S-071, Ankara, 2007.
40. Ergin F., Başar P., Karahasanoğlu B., Beşer E.: Güvenli Olmayan Doğumlar ve Doğum Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Aydın, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005: 4 (6)

41. Eroğlu K., Akkuzu G., Özbay Dilbaz B., Taşkın L., Akın A., Haberal A.: Postpartum ve Puerperal-interval Rahim İçi Araç Uygulanan Kadınlarda Genital Enfeksiyon Görülme Sıklığının Analizi, 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara, 2003.
42. Erten H., Yılmaz H., Soysal S.: Isparta İli Karaağaç Sağlık Ocağına Bağlı 15-49 Yaş Kadınların Üreme Sağlığı ile İlgili Alışkanlıklarının Sosyo-demografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi, 3. Uluslararası 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 2005.
43. Giray S., Özerdoğan N., Sayiner F.D.: Eskişehir İlinde Yaşayan Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumları, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. P-136, Ankara, 2007.
44. Gönen İ., Akçam F.Z., Yaylı G.: Kadınlarda Sık Görülen Üriner Enfeksiyonlara Yaklaşım, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Isparta, Sted Dergisi, 2004, cilt 13, sayı 4, 128-130.
45. Gutman RE, Peipert JF, Weitzen S, Blume J.: Evaluation of Clinical Methods for Diagnosing Bacterial Vaginosis, Rev Cubana Med Trop. 2002 May-Aug;54(2):85-90.
46. Güler G., Bekar M., Güler N., Kocataş S.: İlköğretim Okulu Kız Öğrencilerinde Menstrüasyon Dönemi Hijyeni, Sted Dergisi, 2005, cilt 14, sayı 6, 135-139.
47. Gülsün S., Göktaş P.: Tekrarlayan İdrar Yolu Enfeksiyonlarında Saptanan Risk Faktörleri, Dicle Tıp Dergisi, 2004, Cilt:31, Sayı:4, (10-16).
48. Günay T.: İnönü Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Bakteriyel Vajinozis, Candidiazis, Trichomoniasis, Gonore Sıklığı, Bunu Etkileyebilecek Bazı Faktörlerin İrdelenmesi ve Sağlık Ocağında Kullanılabilecek Tanı Yöntemleri , Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 1998 (Danışman: Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu).
49. Günenç T.: Vajinal Akıntılarda En Sık Rastlanan Etkenlerin Klinik Tanı ve Laboratuvar Bulgularının Karşılaştırılması, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Samsun, 1999 (Doç. Dr. Erdal Malatyahoğlu).

50. Güneş Z., Aksu H., Özerus Yıldırım B., Çam R., Denat Y.: Öğretmenler ve Ebe, Hemşirelerin Perianal Hijyen Alışkanlıklarının Belirlenmesi, 3. Uluslar arası 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir,2005.
51. Hacıaloğlu,N., Batar,E., Kılıç,M., Güraksin,A.,Küçük,Y.,Özkan,H.: Evli kadınlarda vajinal duş yapma durumu ve etkileyen faktörler, 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara, 2005.
52. Haznedaroğlu T., Hakbilen S., Baysallar M., Kısa Ö., Başustaoğlu A., Gün H.: Vajinit Etkeni Olabilecek Mikro-Organizmaların Sıklığı ve Tanı Yöntemlerinin Karşılaştırılması, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji AD,Ankara, Enfeksiyon Dergisi 1995;9(1-2):121-126
53. Kadayıfçı O., Vardar M.A.: Vajinal Kandidiyazis ve Tedavisi, Orgonorama Tıp ve Sağlık Dergisi, Sayı 2 / 1997, 8-14
54. Kaleli İ., Kaleli B., Aktan E., Akşit F.: The Value of Self-Obtained Vaginal Specimens for Diagnosis of Vaginal İnfection, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli, Gynecology Obstetrics and Reproduction Medicine, 1999,5(1):21-22
55. Kalkancı A., Çiftçi B., Biri A., Kuştimur S.,Güner H.: Vajinit Ön Tanısı Almış Olgularda Vajinal Kültür Sonuçlarının Etkenlerine göre Dağılımı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye Klinikleri Journal Gyenocology&Obstetrics, 2005, 15:137-139
56. Karatay G., Özvarış Ş.B.: Bir Sağlık Merkezi Bölgesindeki Gecekondularda Yaşayan Kadınların Genital Hijyene İlişkin Uygulamalarının Değerlendirilmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006, 10(1)
57. Kayacı M., Demirci H., Özbaşaran F.: Kırsal Alanda Yaşayan Evli Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. S-059, Ankara, 2007.
58. Kaymak Y., Paşaoğlu A., Erhan M., Çelik B.: Polikliniğimize Vajinit Yakınmasıyla Başvuran Hastalarda Vajinal Akıntı Etkenlerinin Araştırılması, Gazi Medical Journal 2005,16(3):114-120
59. Keçeli S., Gacar G., Yücesoy G., Türköz E., Dünder V.: Semptomatik Olgularda Vulvovajinal Kandidoz Ve Bakteriyel Vajinöz Prevalansı: Risk Faktörleri ile İlişkisi, Enfeksiyon Dergisi 2004,18(4):481-486

60. Kısa S.: 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Vajinal Enfeksiyonları Etkileyen Davranışsal Risk Faktörlerinin Belirlenmesi , Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Ankara, 2002 (Danışman: Prof. Dr. Lale Taşkın) .
61. Köksalan H., Esen N., Çağatay M., Tülek N., Mert A.: Vajinal Akıntı Örneklerinden Gardnerella Vaginalisin İzolasyonu, SSK Ankara Hastanesi Mikrobiyoloji Kliniği, Mikrobiyoloji Bülteni 1993;27(4):327-334
62. Martin L. Pernoll, MD,Current Obstetric&Gynecologic,Diagnosis&Treatment, 1991, 692-703
63. Mendoza-Gonzalez A, Sanchez-Vega JT, Sanchez-Peon I, Ruiz-Sanchez D, Tay-Zavala J.: Frequency of Gardnerella Vaginalis Vaginosis and its Association with Other Pathogens Causing Genital Infections in the Female, Infect Disease Obstetric Gynecology, 2001;9(2):105-11.
64. Neeraj H. Tayal M.D.Evaluation and Management of Vaginitis, Clinic Cumiculum.
65. Nemut T., Karadenizli A., Katırcıoğlu İ., Balıkçı E., Bingöl R.: Vaginal Akıntıya Neden Olan Bakteriyel, Fungal ve Protozoal Etkenler ve Tanı Yöntemleri, Klimik Dergisi, Cilt 15, Sayı:1, 2002, s:31-33
66. Nugent RP at al. Rellability of Diagnosing Bacterial Vajinosis is İmproved by Standardized Method of Gram Stain İnterpratiation. J Clin Microbial, 1991, 29, 297-301.
67. Ortaylı N., Amca B., Say L., Özgür S., Nalbant H.: Bakteriyel Vajinöz Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması, Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi, 2000,10(1):57-62
68. Öner S., Demirhindi H., Erdoğan Ş., Tuncer İ., Şaşmaz T., Sütoluk Z., Akbaba M.: Doğankent Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Genital Enfeksiyon Prevelansı, MEÜ Tıp Fak Derg. 2004; 5(2): 145-150
69. Özerdoğan N., Sayiner D., Giray S., Örsal Ö., Köşgeroğlu N.: 15-49 Yaş Kadınların Genital Hijyen Uygulamaları, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. P-144, Ankara, 2007.
70. Özkan,S.,Demir,Ü.: 15-49 yaş doğurgan çağı kadınlarda vajinitis tanılmasında hemşirenin etkinliğinin belirlenmesi ve vajinitise neden olan risk faktörlerinin incelenmesi , I.Uluslararası &Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya,2001

71. Pasinlioğlu ,T.,Bülbül,F.: Çiftlerin aile planlaması yöntemlerini bırakma nedenleri, 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi,Ankara,2003.
72. Sağlam H.: Diyabet ve Enfeksiyonlar, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Bursa, Güncel Pediatri 2004 ; 2 : 44-52
73. Serbest S.: Vajinal Akıntısı Olan Kadınların Hijyenik Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997 (Danışman: Prof. Dr. Anahit Coşkun).
74. Serim H.: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Üreme Sağlığı Programı Üreme Sağlığı Yönetim Eğitimi,Ankara, 2004.
75. Sevil,Ü.,Özkan,S.: Kadınlarda sık görülen vulvovajinal enfeksiyonlar ,İzmir,2004
76. Shu M, Yu P, Yiao M.: Study on Etiologic Agents of Vaginitis, Hunan Yi Ke Da Xue Xue Bao. 1999; 24(1):80-2.
77. Şahin N. N., Bakteriyel Vajinoz: Yaygınlığı, Tanısı ve Enfeksiyonu Etkileyen Faktörler Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik 2000;10(1):57-62
78. Şenveli S., Giray S., Özkan A.: 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Jinekolojik Sorunları ve Bu Sorunları Çözmedeki Davranışları, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. P-074, Ankara, 2007.
79. Şenveli S., Özkan A., Yıldırım M., Yavşan E., Yapsu G.: Kadınların Vajinal Muayeneye Karşı Tutumlarının İncelenmesi. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, P-045, Ankara, 2007.
80. Taşkın L., Kısa S.: Bir AÇS/AP Merkezine Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Vajinal Enfeksiyonların Hemşire Tarafından Tanılanmasında Semptom Yaklaşımının Geçerliliği ve Etkinliği, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, P-045, Ankara, 2007.
81. Taşkın L.: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş III. Baskı, Ankara, 1998.
82. Taşkın L.: Uluslar Arası Sözleşmeler Işığında Kadının Durumu, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004, 8 (2)

83. Tümer A., Uğurlu N., Öztürk F.: Kız Öğrencilerin Menstruasyon Hijyenine İlişkin Alışkanlıkları ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, 3. Uluslar arası 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir,2005.
84. Tünger Ö., Özbakkaloğlu B., Ecemiş T., Koyuncu F.: Vulvovajinitli Kadınlarda Maya Mantarlarının Sıklığı ve Türlerine Göre Dağılımı, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa, Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi 30: 2001,127-130
85. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, 1999.
86. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, 2004.
87. Van Belkum A, Van Der Schee C, Van Der Meijden WI, Verbrugh HA, Sluiters HJ.: A Clinical Study on the Association of Trichomonas Vaginalis and Mycoplasma Hominis Infections in Women Attending a Sexually Transmitted Disease (STD) Outpatient Clinic, Department of Medical Microbiology and Infectious Diseases, Erasmus University Medical Center Rotterdam, the Netherlands,FEMS Immunology & Medical Microbiology, 2001, 32 (1), 27–32.
88. Watcharotone W, Sirimai K, Kiriwat O, Nukoolkarn P, Watcharaprapapong O, Pibulmanee S, Chandanabodhi S, Leckyim NA, Chiravacharadej G.: Prevalence of bacterial vaginosis in Thai women attending the family planning clinic, Siriraj Hospital.J Med Assoc Thai. 2004 Dec;87(12):1419-24.
89. William W. Beck, Jr., Obstetric and gynecology, Güven&Nobel Tıp Kitabevi, 1992,271-275
90. Yağmur Y., Anıl Ü., Tuğrul D.: 15-49 Yaş Kadınların Genital Hijyen Davranışları, 3. Uluslararası 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi,İzmir,2005.
91. Yeşilçiçek K.: Kadınların CYBH İlişkin Bilgileri ve Bu Hastalıklardan Korunmaya Yönelik Uygulamaları, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2002 (Doç. Dr. Nuran Kömürcü)
92. Yıldızbaş K.: Bakteriyel Vajinozis Olgularında Gardnerella Vaginalis'in Tanısında Kullanılan Klasik Yöntemler ve Bir Erken Tanı Yöntemi Olan PCR'nin Yeri, Ankara, 1997 (Yrd.Doç.Dr. Ali Osman KILIÇ)
93. Zarakolu P., The Nugent Scoring System is Reliable for Diagnosing Bacterial Vaginozis,Hacettepe University, April 19, 2004.

94. Zeteroğlu Ş., Andiç Ş., Deveci A., Şahin G., Güvercinci M.: Vaginal Akıntısı Olan Kadınlarda Mikrobiyolojik Bulgular, MEÜ Tıp Fak Derg. 2004; 5(2): 145-150
95. Zhang LJ, Geng YT, An HY, Gao SY, Zhang L, Cen Y, Zeng G.: Investigation on Reproductive Tract İnfection Among Floating Married Women of Childbearing Age in Fengtai District in Beijing, China, FEMS Immunol Med Microbiol. 2001 Dec;32(1):27-32.
96. Zincir H., Temel Bayık A.: RİA'ya Özel Danışmanlık İlkesine göre RİA Uygulanması Genital Hijyen Eğitimi ve Vulvovajinal Enfeksiyonlarının Görölme İlişkisi, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. P-074, Ankara, 2007.

EKLER

EK - I : Sakarya Sağlık M¼d¼rl¼ę¼ İzin ve Onay Yazısı

EK - II : Anket Formu

EK - III : Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ)

EK - IV : Vajinal Akıntı Tanılama Formu (VATF)

T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B104ISM454009

KONU : Tez Çalışması

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
SAKARYA

Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Aslıhan AYTAÇ “Vaginal akıntı şikayeti ile başvuran kadınların sağlık davranışlarının belirlenmesi ve ve vaginal akıntı akış şemasına göre yapılan tanımlamanın laboratuvar tetkikleri sonuçlarıyla uyumunun değerlendirilmesi” konulu tez çalışmasını müdürlüğümüze bağlı Sinanoğlu Sağlık Ocağında yapabilmek için başvurmuştur.

Adı geçenin tez çalışmasını gerçekleştirebilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunu olurlarınıza arz ve teklif ederim.

Hızır DIŞLI
Müdür Yardımcısı

OLUR
..../08/2005

Uzm.Dr.Sedat AYDIN
Vali a.
Sağlık Müdürü

EK – II**ANKET FORMU****SAYIN KATILIMCI;**

Vajinal akıntıları değerlendirmek ve bölgede görülme sıklığını belirlemek amacıyla bir çalışma yapmaktayım. Bu nedenle bu konu ile ilgili bazı sorular soracağım. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Alınan tüm bilgiler saklı tutulacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

ASLIHAN AYTAÇ**SİNANOĞLU SAĞLIK OCAĞI**

Kilo: BKİ:
Boy:

SORULAR

- () 1. Eğitim durumunuz nedir?
1-Okur-yazar değil
2-Okur-yazar
3-İlkokul
4-Ortaokul
5-Lise
6-Yüksekokul/Üniversite
- () 2. Yaşınız.
.....
- () 3. Çalışıyor musunuz?
1-Evet 2-Hayır
- () 4. Cinsel partneriniz var mı?
1-Var (.....) 2-Yok
- () 5. Sizin yada eşinizin başka cinsel partneri var mı?
1-Hiç cinsel partnerim yok
2-Eşimin/partnerimin var
3-Benim var
4-Benim yada eşimin/partnerimin başka cinsel partneri yok
6. G P K A YÇS
() () () () ()

İTEM SAYISI**KOLON**

1-6

1

1-2

1

1-2

1

1-4

1

5

() 7. Son gebeliğiniz nasıl sonuçlandı? 0-Hiç doğum yapmadım 1-Düşük 2-Kürtaj 3-Normal Doğum 4-Sezeryan 5-Diğer(belirtiniz.....)	0-5	1
() 8. Son gebeliğiniz ne zaman sonuçlandı? 0- Hiç doğum yapmadım 1- Son gebeliğim sonuçlandı.	0-1	1
() 9.Kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir? 0-Yöntem kullanmayan 1-Rahim içi araç 2-Hap 3-Enjeksiyon 4- Kondom 5-Tüp ligasyonu/vazektomi 6- Geri çekme 7-Diğer (belirtiniz.....)	0-7	1
() 10.Sık enfeksiyon geçirir misiniz? Ve buna bağlı adetlerinizde düzensizlik olurmu? 1-Evet (.....) 2-Hayır	1-2	1
() 11.Son üç aydır ara kanama şikayetiniz oldu mu? 1-Evet (.....) 2-Hayır	1-2	1
() 12.Hazne içini yıkar mısınız? 1-Hiç yıkamayan 2-Her gün/günde birkaç kez 3-Her cinsel ilişki sonrası 4-Bazen (.....) 5-Diğer (belirtiniz.....)	1-5	1
() 13. Cinsel ilişki sıklığınız nedir? 1-Her gün 2-Haftada 3-5 kez 3-Haftada 1 kez 4-Daha seyrek 2-3 haftada bir 5-Diğer (belirtiniz.....)	1-5	1
() 14. Adet dönemlerinizde tampon kullanır mısınız? 1-Hiç kullanmayan 2-Pamuk koyan 3-Selpak vb.koyan 4-Diğer (belirtiniz.....)	1-4	1

() 15. Tuvalete girmeden önce ve sonra ellerinizi yıkar mısınız? 1.Önce ve sonra yıkarım 2.Sadece sonra yıkarım 3.Sadece önce yıkarım 4. Bazen yıkarım 5.Yıkamam	1-5	1
() 16. Nasıl taretlenir siz?		1
() 17. Tuvaletten/taretlenmeden sonra kurulanma amaçlı ne kullanır sınız? 1- Hiç kurulamayan 2- Beyaz tuvalet kağıdı 3- Renkli tuvalet kağıdı 4- Taretlenme bezi 5- Diğer (belirtiniz.....)	1-5	1
() 18. İç çamaşınızı ne sıklıkta değiştirirsiniz? 1-Günde birkaç kez 2-Her gün 3-Haftada birkaç kez 4-Haftada bir 5-Kirlendikçe	1-5	1
() 19. Ne tür iç çamaşırı kullanırsınız? 1-Sentetik /nylon 2-Penye/pamuklu 3-Diğer	1-3	1
() 20. İç çamaşırlarınızı nasıl temizlersiniz? 1-Elde yıkıyorum 2-Çamaşır makinesinde yıkıyorum 3-Çamaşır suyunda bekletip yıkıyorum 4-Çamaşır suyunda bekletip yıkıyorum, ütülüyorum 5-Diğer (belirtiniz.....)	1-5	1
() 21.Sık sık idrar yolu enfeksiyonu geçirir misiniz? 1-Evet 2-Hayır	1-2	1
() 22.Kronik/metabolik hastalığınız var mı? 1.D.M. 2.Kalp hastalığı 3.Hipertansiyon 4.Böbrek hastalığı 5. Hipotiroidi/ Hipertroidi 6. Demir eksikliği anemisi 7. Diğer (belirtiniz.....)	1-7	1

() 23. Akıntınızdan önce yada oluştuğunda antibiyotik kullandınız mı/kullanıyor muydunuz? 1.Evet 2. Hayır	1-2	1
() 24. Sürekli kullandığınız ilaç var mı? 1.Evet (belirtiniz.....) 2.Hayır	1-2	2
() 25. Eşinizin organında kızarıklık akıntı şikayeti vb. var mı? 1-Evet(belirtiniz.....) 2-Hayır 3.Hiç dikkat etmedim	1-3	2
() 26.Menopoza girdiniz mi? 1.Menopoza girmemiş 2.Premenopoz 3.Perimenopoz 4.Postmenopoz	1-4	1
() 27. Daha önce vajinal akıntı şikayeti yaşadınız mı? 1.Evet(nekadar süresince.....) 2.Hayır (ne sıklıkla.....) (tanısı neydi.....)	1-2	2
() 28. Vajinal akıntı şikayetinizle birlikte ne tür şikayetler yaşadınız? 1-Koku 2-Kaşıntı 3-Yanma 4-Kızarıklık 5-Ağrı (kasık,karın) 6-Dizüri 7.Erezyon 8.Ateş,halsizlik vb. 9-Disparonaya 10-Diğer (belirtiniz.....)	1-10	1
() 29. Cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirdiniz mi? 1.Gonore 2.Sifiliz 3.Klamidya 4.PID 5.HPV 6.HSV 7.Şankroid 8.Diğer (belirtiniz.....)	1-8	1

SORULARIMA SABIRLA CEVAP VERDİĞİNİZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM.

EK – III

EVLİ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞINI KORUYUCU TUTUMLARINI BELİRLEME ÖLÇEĞİ

Aşağıda üreme sağlığınıza korumaya yönelik tutumlarınızla ilgili ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeye sizin için en uygun olan cevabı vermeye ve boş bırakmamaya özen gösteriniz.

Her bir ifadenin karşısına ve size uygun olan seçeneğin altında bulunan kutucuğun içini X şeklinde işaretleyiniz.

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

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1.Kadın sağlığı ile ilgili çeşitli kitap, dergi ve gazete haberi okurum					
2.Tuvalete girmeden önce ellerimi su ve sabunla yıkarım					
3.Tuvaletten çıktıktan sonra ellerimi su ve sabunla yıkarım					
4.Adetliyken banyo yaparım					
5.Halka açık yerlerde klozet tipi tuvaletlere otururum					
6.Külotumu değiştirmek için kirlenmesini beklemem, hergün değiştirmeye özen gösteririm					
7.Dış üreme organlarımı kuru tutmak için taharetlendikten sonra tuvalet kağıdı ile kurularım					
8.Külotumun pamuklu kumaştan yapılmış olmasına dikkat ederim					
9.Külotumu ütülerim					
10.Yüzmeye gittiğimde, zorunlu kalırsam, arkadaşımın mayosunu giyebilirim					
11.Evdeki tuvalet, banyo ve lavobaların temizliğinde çamaşır suyu gibi mikrop öldürücü maddeler kullanırım					
12.Taharetlenmeyi idrar yaptığım bölgeden büyük abdestimi yaptığım bölgeye doğru yaparım					
13.Alışılmış miktardan fazla akıntım olursa hemen doktora giderim					
14.Kötü kokulu akıntım olursa hemen doktora giderim					
15.Üreme organlarımda kaşıntı olursa hemen doktora giderim					
16.Akıntıyla ilgili bir şikayetim olsa da utandığım için doktora gitmem					
17.Akıntım için doktora gidersem doktorun verdiği tedaviyi sonuna kadar eksiksiz uygularım					

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
18.Adetliiyken kullandığım pet veya bezleri 3-4 saatte bir değiştiririm					
19.Hazneme herhangi bir ilaç uygulamam gerekirse önce ellerimi yıkarım					
20.Şikayetim olmasa da her yıl düzenli olarak kadın hastalıkları doktoruna muayene olurum					
21.Yılda bir kez kontrol amacıyla akıntı örneği aldırırım					
22.Şikayetim olmasa da meme muayenesi olmak için doktora giderim					
23.Her ay düzenli olarak meme muayenesi yaparım					
24.Adet kanaması dışında ara kanamam olursa hemen doktora giderim					
25.Kürtaj olmam gerekirse hastaneye doktora giderim					
26.İstemediğim bir gebelikten korunmak için sağlık personelinin (doktor, ebe, hemşire) bilgi alırım					
27.Gebe kalmamak için etkili bir yöntem (doğum kontrol hapsi,spiral,prezervatif, tüplerin bağlanması) kullanırım					
28.İstemediğim bir gebelikten korunmak için eşimin korunması (geri çekme)yeterlidir					
29.Hazne akıntımı izleyerek hangi günlerde gebe kalacağımı anlayabilirim					
30.Adetimin ilk gününü unutmamak için her ay takvim üzerinde işaretlerim					
31.Adetliiyken ayaklarımı sıcak tutmaya özen gösteririm					
32.Hazne, idrar yolu ve makat çevresindeki kaslarımı güçlendirmek için bu kasları kasıp gevşetme şeklinde egzersiz yaparım					
33.İdrarımı yaparken ağrı, sızı, yanma gibi şikayetlerim olursa doktora giderim					
34.Günde en az 6-8 bardak su içerim					
35.İdrarım geldiğinde hemen tuvalete giderim					
36.Kabız olmamaya özen gösteririm					
37.Cinsel ilişki sırasında, bulaşıcı hastalıklardan korunmak için prezervatif kullanmam gerekli olduğuna inanırım					
38.Cinsel ilişki sırasında kuruluk ve ağrı olursa,kayganlaştırıcı krem kullanırım					
39.Cinsel ilişki sırasında ağrı ve kanamam olursa hemen doktora giderim					

VAJİNAL AKINTI TANILAMA FORMU

BAŞVURAN

Hastanın adı-soyadı:
Yaşı :
Şikayetin başlangıç tarihi:
Siklusa göre başvuru zamanı:
Gravida :
Parite:
Abortus:
Küretaj :
Yaşayan çocuk sayısı:
Kullandığı kontraseptif yöntem:
Son gebelik aralığı :

Akıntının özellikleri (Amsel kriterlerine göre):

- ☐ Normal akıntı
- ☐ Süt kesiğine benzer akıntı
- ☐ Yeşil-sarı,köpüklü akıntı
- ☐ İnce,gri-beyaz akıntı
- ☐ Pürülan akıntı
- ☐ Homojen-sulu,et suyu görünümünde

Akıntı Normal

Akıntı Patolojik

Diğer özellikler

- ☐ Cinsel ilişki ile bağlantılı
- ☐ Cinsel ilişkiyle bağlantısız
- ☐ Cinsel ilişki sonrasında kanama
- ☐ Disparonaya
- ☐ Kanama düzensizlikleri
- ☐ Kaşıntı
- ☐ Yanma
- ☐ Koku
- ☐ Ağrı (kasık yada karn)
- ☐ Dizüri
- ☐ Pollaküri
- ☐ Ateş,halsizlik vb.

+ Inspeksiyon muayenesi

- ☐ Kızarıklık
- ☐ Erezyon,ülser,yara

+ Spekulum muayenesi

- ☐ Normal akıntı
- ☐ Süt kesiğine benzer akıntı
- ☐ Yeşil-sarı,köpüklü akıntı
- ☐ İnce,gri-beyaz akıntı
- ☐ Pürülan akıntı
- ☐ Homojen-sulu etsuyu akıntı
- ☐ Dokunmakla kanayan serviks
- ☐ Servikte çilek görüntüsü
- ☐ Erozyon
- ☐ Ektropuyon
- ☐ Servikte özellik yok

ÖN TANI

Spekulum Muayenesine Ek Olarak

- ☐ C
- ☐ TV
- ☐ BV
- ☐ Miks enfeksiyon
- ☐ Nonspesifik
- ☐ Normal

•pH Bakılması

pH sonucu:.....

- ☐ Normal pH 3.8-4.2
- ☐ pH 4.5 ↑ BV
- ☐ pH 4.0-4.7 arası Kandida
- ☐ pH 5.0 ↑ Trichomonas

•Taze preparat bakılması

•Bimanuel muayene

- ☐ Özellik var
- ☐ Özellik yok

•Taze preparatın incelenmesi

- ☐ Tomurcuklar ve hifler.....C
- ☐ İpucu hücreleri ve lökosit...BV
- ☐ Hareketli trichomonaslar....TV

•Koku (whiff) Testi

- ☐ Pozitif....BV
- ☐ Negatif

SON TANI

TANIDA UYUŞMA ☐ VAR ☐ YOK

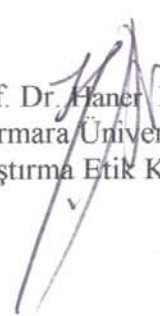
- ☐ C
- ☐ TV
- ☐ BV
- ☐ Miks enfeksiyon
- ☐ Nonspesifik
- ☐ Normal

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.MAR.0.01.00.02/AEK- **66**
Konu:

Sayın : Yrd.Doç.Dr. Hatice Yıldız ERYILMAZ

MAR-YÇ-2005- 0224 protokol nolu “Akıntı şikayeti ile başvuran kadınların sağlık davranışlarının ve vajinal akıntı tanılama formuna göre yapılan tanı sonucunun değerlendirilmesi ” isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.


Prof. Dr. Haner DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı

BİOGRAFİ

Araştırmacı 1981 yılında Sakarya’da doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimini tamamladıktan sonra 1998 yılında Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümüne girmiş ve 2002 yılında mezun olmuştur. 2002-2004 yılları arasında Özel Bilge Hastanesinde doğum kliniğinde görev yapmıştır. 2004 yılında Sakarya Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Sinanoğlu Sağlık Ocağına ebe olarak atanmıştır. Halen Sinanoğlu Sağlık Ocağında ebe olarak görev yapmaktadır.