

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

**GEBELERDE GENİTAL HİJYEN EĞİTİMİNİN
İDRAR YOLU ENFEKSİYONU SEMPTOMLARINA ETKİSİ**

Ebelik Anabilim Dalı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Araştırma Görevlisi

Serap ÇETİNTAŞ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Esin ÇEBER TURFAN

İZMİR

2015

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

**GEBELERDE GENİTAL HİJYEN EĞİTİMİNİN
İDRAR YOLU ENFEKSİYONU SEMPTOMLARINA ETKİSİ**

Ebelik Anabilim Dalı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Araştırma Görevlisi

Serap ÇETİNTAŞ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Esin ÇEBER TURFAN

İZMİR

2015

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı Soyadı

İmza

Başkan : Prof. Dr. Esin ÇEBER TURFAN

(Danışman)

Üye : Doç. Dr. Neriman SOĞUKPINAR

Üye : Yrd. Doç. Dr. Selma ŞEN

Yedek Üye : Doç. Dr. Birsen KARACA SAYDAM

Yedek Üye : Yrd. Doç. Dr. Nursen BOLSOY

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 27.07.2015

ÖNSÖZ

Araştırma konusunun seçilmesi, yürütülmesi ve tezin oluşturulmasının her aşamasında emeği geçen ve her zaman yol gösterici olan, desteğini esirgemeyen, Değerli Danışman Hocam Prof. Dr. Esin ÇEBER TURFAN' a,

Önerileriyle çalışmamıza ışık tutan Değerli Hocalarım; Doç. Dr. Neriman SOĞUKPINAR, Doç. Dr. Birsen KARACA SAYDAM, Yrd. Doç. Dr. Selma ŞEN ve Yrd. Doç. Dr. Nursen BOLSOY 'a,

Tezimin oluşmasında büyük emekleri geçen Değerli Hocalarım; Prof. Dr. A. Çağrı BÜKE, Doç. Dr. A. Özgür YENİEL'e,

Tezimin yürütülmesinde hem akademik hem de manevi desteğini esirgemeyen, Yrd. Doç. Dr. Aytül HADIMLI, Arş. Gör. Yeliz ÇAKIR KOÇAK, Arş. Gör. Aysel BÜLEZ ve Arş. Gör. Sevil GÜNER'e,

Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Öğretim Üye ve Elemanlarına,

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Poliklinik çalışanlarına ve araştırmama katılan tüm gebelere çok teşekkür ederim.

Ayrıca tezimin her aşamasında beni yüreklendiren, maddi manevi desteklerini esirgemeyen, babam Bekir Sıtkı ÇETİNTAŞ, annem Ayşe ÇETİNTAŞ, ablalarım Sevim FİNCANKAYA ve Seçil ORAK' a,

Hayatımda olduğu için bana kendimi şanslı hissettiren, desteğini yüreğimde hissettiğim insan Mustafa Ulaş ÖNER' e sonsuz teşekkürler.

İZMİR/ 2015

Arş. Gör. Serap ÇETİNTAŞ

ÖZET

Gebelerde Genital Hijyen Eğitiminin İdrar Yolu Enfeksiyonu Semptomlarına Etkisi

Gebelikte yaşanan fizyolojik değişimler, idrar yolu enfeksiyonuna yatkınlığı artırmaktadır. İdrar yolu enfeksiyonu hem anneyi hem de fetüs sağlığını tehdit eden bir durumdur. İdrar yolu enfeksiyonu semptomları koruyucu önlemler alınmadığında yineleyicidir. Bu nedenle idrar yolu enfeksiyonunun ebelerin vereceği genital hijyen eğitimi ile yineleyen semptomlarını önlenebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışma ile gebelik döneminde İYE tanısı alan gebelere verilen genital hijyen eğitiminin, İYE semptomları görülme durumuna etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Çalışma verileri 15 Ocak- 28 Şubat 2015 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği'nde toplanmıştır. Araştırmanın evrenini aynı tarihte Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği'ne gelen idrar yolu enfeksiyonu tanısı alan gebeler, örneklemini ise gebe polikliniğine başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun müdahale grubu:33gebe, kontrol grubu:33 gebe oluşturmuştur. Örneklem seçiminde randomizasyon uygulaması yapılmıştır. Çalışma iki aşamadan oluşmaktadır. I. aşamada idrar yolu enfeksiyonu tanısı alan gebeler ile yüz yüze görüşme tekniğiyle veriler toplanmıştır. Müdahale grubundaki gebelere bireysel hijyen eğitimi verilmiştir. Veriler tanıtıcı özellikler soru formu, genital hijyen davranışları envanteri, idrar yolu enfeksiyonu ve genital hijyen bilgisi değerlendirme formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın II. Aşamasında İdrar yolu enfeksiyonu tanısı konulduktan sonra verilen antibiyotiğin etki süresinin geçmesi için bir hafta (yedi gün) beklenmiştir. Ayrıca İdrar yolu enfeksiyonu semptomlarının yeniden gözlenme ihtimaline karşı gebelerle tekrar görüşmek için toplam 21 gün beklenmiştir. 22.günde, araştırmacı tarafından yapılan telefon görüşmesi ile veriler yeniden toplanmıştır. Bu aşamada İdrar yolu enfeksiyonu takip formu ile de semptomlar sorgulanmıştır.

Verilerin analizinde Ki kare analizi, bağımlı ve bağımsız gruplarda student t testi, Mann Whitney U testi, Wilcoxon testi kullanılmıştır.

Çalışma sonucunda hijyen eğitimi sonrası müdahale ve kontrol gruplarının semptom durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Müdahale grubundaki gebelerin semptom varlığı kontrol grubundaki gebelerin semptom varlığına göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin eğitim sonrası 'Genital hijyen davranışları envanter puanı' ve 'İdrar yolu enfeksiyonu ve genital hijyen bilgi' puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Müdahale grubundaki gebelerin genital hijyen davranışları envanter puanı ve idrar yolu enfeksiyonu ve genital hijyen bilgi puanları kontrol grubundaki gebelere göre daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak gebelerde idrar yolu enfeksiyonu tıbbi tedavisine ek olarak başta ebeler olmak üzere tüm sağlık personellerinin vereceği hijyen eğitimi ile idrar yolu enfeksiyonu semptomlarının önlenebileceği görülmüştür. Böylece sağlıklı kadın, sağlıklı aileyi ve toplumu oluşturacaktır.

Anahtar Kelimeler: Gebe; İdrar Yolu Enfeksiyonu; Genital Hijyen; Eğitim; Bilgi; Ebe.

ABSTRACT

The Effect of Genital Hygiene Instruction on the Symptoms of Urinary Tract Infection in Pregnant Women

The physiological changes experienced during pregnancy increase the predisposition to Urinary Tract Infection. Urinary Tract Infection is a condition which threatens both the mother's and the fetus's health. The symptoms of Urinary Tract Infection are repetitive unless preventive measures are taken. Therefore, it is possible to prevent the repetitive symptoms of Urinary Tract Infection with the help of the genital hygiene instruction which midwives will give.

In this study it is aimed to determine the effect of genital hygiene instruction on having symptoms of Urinary Tract Infection in pregnant women.

The data of the research were collected between January 15, and February 28, 2015 in Ege University, School of Medicine, Department of Gynaecology and obstetrics. The population of the research is comprised of the pregnant who came to the Department of Gynaecology and obstetrics with the diagnosis of Urinary Tract Infection, and the research sample consists of a response group: 33 pregnant women and a control group: 33 pregnant women who consulted the pregnancy polyclinic and who matched the criteria to be included in the research. In the choice of sample, the method of randomization was applied. The research is comprised of two stages. In the first stage, the data were collected from the pregnant that had been diagnosed with Urinary Tract Infection with face-to-face interview method. The pregnant that were in the response group were given personal hygiene instruction. The data were collected by using the Introductory Properties Question Form, Genial Hygiene Behaviours Inventory, Urinary Tract Infection and Genital Hygiene Information Evaluation Form. In the second stage of the research, after the diagnosis of Urinary Tract Infection, the researchers waited for a week (7 days) to make the antibiotic lose its effect. Also, they waited for 21 days in total to interview the pregnant women again in case the possibility of symptoms of urinary tract infection can be repeated. On the 22th day, the data were recollected by the researcher via telephone interviews. In this stage, the symptoms were examined with the Urinary Tract Infection Follow-up Form.

In the analysis of the data, chi square analysis, dependent and independent samples student t test, Mann Whitney U test and Wilcoxon test were applied.

At the end of the research, when symptom conditions of response and control groups were examined after hygiene instruction, statistically significant difference was identified between them ($p < 0.05$). It was found out that the presence of symptoms in response group were significantly lower than the presence of symptoms in the control group. Statistically significant difference was identified in the post-instruction period between the Genital Hygiene Behaviours Inventory points and Urinary Tract Infection and Genital Hygiene Information points averages of pregnant women in response and control groups ($p < 0.05$). The Genital Hygiene Behaviours Inventory points and Urinary Tract Infection and Genital Hygiene Information points of pregnant women in response group were relatively higher than the ones in the control group.

As a consequence, it has been understood that in addition to the medical treatment of Urinary Tract Infection in pregnant women, the symptoms of urinary tract infection can be prevented with the hygiene instruction which will be given by all health staff, notably by midwives. Thus the healthy women will form the healthy society.

Key Words: Pregnant; Urinary Tract Infection; Genital Hygiene; Instruction; Information; Midwife.

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
ÖNSÖZ	-
ÖZET	I
ABSTRACT	III
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar DİZİNİ	XI
ŞEKİLLER DİZİNİ	XII
KISALTMALAR LİSTESİ	XII

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu(Problem) ve Önemi.....	2
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Hipotezler (Denenceler).....	4
1.4. Varsayımlar (Sayıtlılar).....	5
1.5. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler.....	5
1.6. Tanımlar.....	5
1.6.1. Enfeksiyon.....	5
1.6.2. Enfeksiyon Hastalığı.....	6
1.6.3. İdrar Yolu Enfeksiyonu Semptomları.....	6

	Sayfa No
1.6.4. Gebelikte Görülen İdrar Yolu Enfeksiyonu Tanısı.....	6
1.7. Genel Bilgiler.....	7
1.7.1. Kadın Üreme Sisteminin Anatomisi.....	7
1.7.2. Üriner Sistem Enfeksiyonları.....	9
1.7.3. İdrar Yolu Enfeksiyonu.....	9
1.7.4. Aseptomatik Bakteriüri.....	11
1.7.5. Sistit.....	11
1.7.6. Akut Pyelonefrit.....	11
1.7.7. Genital Hijyenin Önemi.....	12
1.7.8. Türkiye’de Kadınların Sağlık Davranışları ve Hijyen Alışkanlıkları.....	12
1.7.9. Genital Enfeksiyon Tedavisinde Ebe ve Hemşirenin Rolü.....	13
1.7.10. Sağlık Eğitimi.....	14
1.7.11. Sağlık Eğitimi Yöntemleri.....	15
1.7.11.1. Bireysel eğitim yöntemleri.....	15
1.7.11.2. Grup eğitimi yöntemleri.....	15
1.7.11.3. Toplum eğitimi yöntemleri.....	15
1.7.12. Sağlığı Geliştirme Modeli.....	16

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.	Araştırmanın Tipi.....	18
2.2.	Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	18
2.3.	Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	19
2.3.1.	Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	19
2.3.2.	Araştırma Dışında Bırakılma Kriterleri.....	19
2.3.3.	Örneklem Seçme Yöntemi ve Örnek Sayısı.....	20
2.4.	Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	20
2.5.	Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	21
2.5.1.	Araştırma Materyallerinin Düzenlenmesi.....	23
2.6.	Kullanılan Gereçler.....	24
2.7.	Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	26
2.8.	Süre ve Olanaklar.....	27
2.9.	Etik Açıklamalar.....	29

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1.	Müdahale ve Kontrol Grubu Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler.....	30
3.2.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerde Son Test Sonrası İdrar Yolu Enfeksiyonu Semptomlarının Görülme Durumu.....	37

3.3.	Müdahale ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Ön Test ve Son Test İYE ve Genital Hijyen Puanı Ortalamalarına Göre Dağılımı	38
3.4.	Müdahale ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Ön Test ve Son Test İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Genital Hijyen Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
3.5.	Müdahale ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Ön Test ve Son Test Genital Hijyen Davranışları Envanter Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	40
3.6.	Müdahale ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Ön Test ve Son Test Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanlarının Karşılaştırılması.....	41

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1.	Müdahale ve Kontrol Grubu Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler.....	42
4.1.1.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri.....	42
4.1.2.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri.....	44
4.1.3.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Alışkanlıkları ve Kendi Sağlık Durumlarını Değerlendirmeleri	46
4.1.4.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin İdrar Yolu Enfeksiyonu Öyküsü ve Genital Hijyen Davranışları.....	47
4.2.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerde Hijyen Eğitimi Sonrası İdrar Yolu Enfeksiyonu Semptomlarının Görülme Durumu.....	49

	Sayfa
	No
4.2.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Hijyen Eğitimi Sonrası İdrar Yolu Enfeksiyonu Semptomları Görülme Durumu ve Var Olan Semptomları.....	49
4.3. Müdahale ve Kontrol Grubunun Hijyen Eğitimi Öncesi Ve Sonrası İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Genital Hijyen Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
4.3.1. Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi – Sonrası İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Genital Hijyen Bilgi Puanı Ortalamaları.....	50
4.3.2. Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi – Sonrası İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Genital Hijyen Bilgi Puanı Ortalamaları.....	50
4.4. Müdahale ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası İdrar Yolu Enfeksiyonu Ve Genital Hijyen Bilgi Puanı Karşılaştırılması.....	51
4.4.1. Müdahale ve Kontrol grubunda bulunan gebelerin eğitim öncesi ve sonrası İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Genital Hijyen Bilgi Puanı Ortalamaları Arasındaki Fark.....	51
4.5. Müdahale ve Kontrol Grubunun Hijyen Eğitimi Öncesi-Sonrası Genital Hijyen Davranışları Envanter (GHDE) Puanı Karşılaştırılması.....	52
4.5.1. Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi – Sonrası Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanı Ortalamaları.....	52
4.5.2. Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi – Sonrası Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanı Ortalamaları.....	52
4.6. Müdahale ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Eğitim Öncesi- Sonrası Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanı Karşılaştırılması.....	53
4.6.1. Müdahale ve Kontrol grubunda bulunan gebelerin eğitim öncesi ve sonrası Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanı Ortalamaları Arasındaki Fark.....	53

BÖLÜM V**SONUÇ VE ÖNERİLER**

5.1.	Sonuç.....	55
-------------	------------	----

5.2.	Öneriler.....	56
-------------	---------------	----

KAYNAKLAR	57
------------------------	----

ÖZGEÇMİŞ	98
-----------------------	----

EKLER

Ek 1	Tanıtıcı Özellikler Soru Formu.....	66
-------------	-------------------------------------	----

Ek II	İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Genital Hijyen Bilgisi Değerlendirme Formu.....	69
--------------	--	----

Ek III	Genital Hijyen Davranışları Envanteri (GHDE).....	71
---------------	---	----

Ek IV	İdrar Yolu Enfeksiyonu Semptom Takip Formu.....	73
--------------	---	----

Ek V	Bireysel Hijyen Eğitim Broşürü.....	74
-------------	-------------------------------------	----

Ek VI	Bireysel Hijyen Eğitimi Rehberi.....	76
--------------	--------------------------------------	----

Ek VII	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	85
---------------	--	----

Ek VIII	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Belgesi	86
----------------	--	----

Ek IX	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Kurum İzni	89
--------------	--	----

Ek X	Genital Hijyen Davranışları Envanteri İzin Yazısı(1.Yazar).....	90
-------------	---	----

Ek XI	Genital Hijyen Davranışları Envanteri İzin Yazısı(2.Yazar).....	91
--------------	---	----

Ek XII	Gebeler için Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	92
---------------	---	----

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Müdahale ve Kontrol Gruplarının Randomizasyonu.....	21
Tablo 2.	Araştırmaya Ait Zaman Çizelgesi	28
Tablo 3.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	30
Tablo 4.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 5.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Alışkanlıkları ve Kendi Sağlık Durumlarını Değerlendirmelerine Göre Dağılımı.....	34
Tablo 6.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin İdrar Yolu Enfeksiyonu Öyküsü ve Genital Hijyen Davranışlarına Göre Dağılımı	35
Tablo 7.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Son Test Sonrası İYE Semptomları Görülme Durumu ve Semptomlarına Göre Dağılımı.....	37
Tablo 8.	Müdahale Grubundaki Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası İYE ve Genital Hijyen Bilgi Puanı Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	38
Tablo 9.	Kontrol Grubundaki Gebelerin Ön Test ve Son Test İYE ve Genital Hijyen Bilgi Puanı Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	38
Tablo10.	Müdahale ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Ön Test ve Son Test İYE ve Genital Hijyen Bilgi Puanı Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	39
Tablo11.	Müdahale Grubundaki Gebelerin Eğitim Öncesi – Sonrası Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanı Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	40
Tablo12.	Kontrol Grubundaki Gebelerin Ön Test ve Son Test Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanı Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	40

Tablo13.	Müdahale ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Ön Test ve Son Test Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanı Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	41
		Sayfa
		No

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.	Kadın İç ve Dış Genital Organları.....	7
Şekil 2.	Sağlığı Geliştirme Modeli	17
Şekil 3.	Araştırmanın Akış Şeması.....	22

KISALTMALAR

Kısaltmalar	Açıklama
İYE	İdrar Yolu Enfeksiyonu
ASB	Aseptomatik Bakteriüri
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GHDE	Genital Hijyen Davranışları Envanteri
SPSS	Statistical Package for Social Science

BÖLÜM I

GİRİŞ

İnsanlar yaşamları boyunca çeşitli enfeksiyon hastalıklarına yakalanırlar. Enfeksiyon hastalıkları, insanların sakatlanmasına ve hatta ölümlerine neden olabilmektedir. Tüm bakteriyel enfeksiyonlara bakıldığında en sık görülen enfeksiyon idrar yolu enfeksiyonudur. İdrar yolu enfeksiyonu(İYE) toplumda çok sık görülmekte ve kolayca tedavi edilebilmektedir. Fakat morbidite ve bazen de mortalitelere neden olabilmektedir(1,2).

Özellikle genç kadınlar ve yaşlılarda en sık görülen bakteriyel enfeksiyonlardan biri İYE'dir. Kadınların %10-35'inin yaşamlarında en az bir defa İYE geçirdiği bilinmektedir. Kadınların üretralarının kısa olması nedeniyle idrar yolu enfeksiyonuna yakalanmaları daha kolay olmaktadır(2,3). Ayrıca kadınların cinsel olgunluğa erişip, doğurganlık fonksiyonlarının geliştiği dönem olan 15-49 yaş arasında genital enfeksiyonlarda artış görülmektedir. Genital enfeksiyonlar ve idrar yolu enfeksiyonları doğru bireysel hijyen alışkanlıklar ile önlenabilir(4,5,6).

Enfeksiyon hastalıkları gebelikte ayrı bir önem taşımaktadır. Enfeksiyon hastalığı hem fetüsü hem gebeyi hem de gebeliğin seyrini etkilemektedir. Üriner sistemin herhangi bir yerinde bakteri bulunması, çoğalması ve semptomlara neden olan İYE gebelerde en çok görülen enfeksiyondur(7,8,9).

Gebelikte üriner kanalda meydana gelen fonksiyonel ve anatomik değişiklikler ile kadınlarda İYE'ye eğilim artar(10). Gebelikte idrar içeriğinin farklılığı, hormonal ve fizyolojik bir takım değişiklikler sonucu bakteriler üriner sistemde daha kolay enfeksiyon oluştururlar. İdrar kültürü örneğinden bakteri izole edilmesi olan bakteriüri doğurganlık çağındaki kadınların yaklaşık %4-6'sında görülür(7,11).

Gebelikte görülen bakteriürinin prevalansı gebelik süresi, multiparite, düşük sosyoekonomik durum, yaş, seksüel aktivite, diabetes mellitus, orak hücreli anemi ve geçmişte idrar yolu enfeksiyonu geçirme hikayesi gibi birçok faktörle ilişkili olarak artmaktadır(12,13). Ayrıca genital bölgenin hijyeni ile ilgili sorunlarda İYE'de etkilidir.

Genital bölge mikroorganizmaların yerleşip çoğalması için oldukça elverişli bir bölgedir. Genital enfeksiyonlardan korunmak için genital hijyen davranışlarını iyi bilmek ve uygulamak gerekir. Genital hijyenin sağlanmadığı durumlarda üreme sistemi enfeksiyonlarının özellikle İYE'nin arttığı bilinmektedir. Hacıaloğlu ve arkadaşları (2000) kadınlarda genital enfeksiyon sıklığını %71.1 olarak bulmuştur. Bu konuda yapılan çalışmalar kadınlarda genital hijyen uygulamalarının yetersiz olduğunu ve kadınların sıklıkla genital akıntıdan şikayet ettiklerini göstermektedir(4,14,15).

Kişisel hijyen alışkanlıkları enfeksiyon hastalıklarının kontrolünde son derece önemlidir. Bireysel alışkanlıklarla bazı hastalıkların önlenmesi ve sağlık düzeyinin geliştirilmesi sağlanabilir(16,17,18). Bu nedenle İYE olan kadınlara özellikle de gebelere verilecek eğitimlerle enfeksiyonun semptomlarının önlenmesinde ebelik girişimleri büyük önem taşımaktadır. Gebelerde İYE'yi tetikleyen faktörlerin belirlenmesi ve gebelerin karşılaşılabileceği sorunların önceden saptanması önemlidir. Gebelerle birebir iletişimde olan başta ebeler olmak üzere hekim ve hemşirelerin vereceği hijyen eğitimiyle gebelerde İYE semptomları görülmesi önlenabilir ve kadınların sağlıklı gebelik geçirilerek sağlıklı doğum yapması hedefine ulaşacaktır.

1.1. Araştırmanın Konusu (Problem) ve Önemi

Kadınların her yönden sağlıklı olması kendileri, çocukları, aileleri ve toplum sağlığı için büyük önem taşımaktadır. İYE insidansı en sık 20-40 yaşları arasında cinsel aktif kadınlarda görülmektedir. İYE de tanı ve tedavi risk faktörlerine, önceki mikroorganizmalara, önceki enfeksiyonlara, zemininde oluşan hastalıklara göre değişiklik gösterebilir(19). İYE gebelikte sıklıkla karşılaşılan bakteriyel enfeksiyonlardan biridir(20).

Akut İYE kadınların %30'unu yaşamları boyunca etkilemektedir ve tekrarlayan enfeksiyonlar birçok bireysel alışkanlıklardan etkilenmektedir. İYE yüksek oranda aktif cinsel yaşamı olan kadınlarda meydana gelir ve yapısal veya fonksiyonel anormallikler İYE'de enfeksiyon artışına neden olur. Enfeksiyonlar aktif mesane semptomlarının en sık nedenidir. Komplike olmayan üriner sistem enfeksiyonları kendi kendini sınırlayan bir durum olabilir iken, belirtileri hafifletmek ve artan enfeksiyonu önlemek için antibiyotik tedavisi ile tedavi sağlanabilir(21,22,23,24,25).

İYE aynı zamanda kadının cinsel hayatını, günlük aktivitelerini, aile yaşamını, psikolojisini olumsuz olarak etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Ek olarak

genital enfeksiyonlara bağlı oluşan ktu koku ve genital kaşıntı kadınların sosyal hayatlarını da olumsuz olarak etkilemektedir(4,14,26,27,28).

Gebelikte yaşanılan fizyolojik değişimler idrar yolu enfeksiyonu riskini artırmaktadır. Bu nedenle gebelikte İYE daha fazla önem taşımaktadır. Gebelerde hormonal nedenlerle büyüyen uterusun mesaneye bası yapmasından dolayı İYE daha yüksek oranda görülmektedir(28). İYE geçiren kadınların yaklaşık %50'sinde enfeksiyon tekrar etmektedir. Yapılan çalışmalarda gebelerde görülen semptomatik İYE görülme sıklığı %1-2 iken, asemptomatik bakteriüri görülme sıklığı %2-11 olduğu belirtilmiştir(29,30). İYE ve gebelik süresi arasında çeşitli tartışmalar bulunmaktadır(31). İYE asemptomatik bakteririden pyelonefrite kadar ilerleyebilir(32,33).

Asemptomatik bakteriürinin semptomatik enfeksiyona dönüşme riski gebelerde gebe olmayanlara kıyasla 3-4 kat daha fazladır(8,12). Bakteriüri riski gebelik süresine paralel olarak artar(13). Gebelikteki asemptomatik bakteririlerin %25-30'u ilerleyerek semptomatik İYE oluştururlar. Ayrıca gebelikteki İYE'nin fetus üzerine olumsuz etkileri vardır. Bu nedenle bakteriüri olan gebelerde erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranı daha yüksektir(8,12).

Gebelikte idrar biyokimyasında da bir takım değişiklikler olur, bikarbonat atılımı artar, idrar pH'sı yükselir, glikozüri sık olarak görülür. Alkali ve glikozrik ortam bakterilerin çoğalmasına olanak sağlar(34).

Gebelerde idrar yolu enfeksiyonu oluşmasına neden olan etmenler arasında ktu hijyenik bakım, ileri yaş gebeliği, çok sayıda gebelik öyküsü, önceki gebeliklerde idrar yolu enfeksiyonu öyküsü, düşük sosyo-ekonomik durum yer almaktadır(35,36,37). Eğitim, gelir durumu ve meslek sosyo-ekonomik düzeyi belirler(38). Sosyo-ekonomik durumu ktu olan kişilerin tedavi hizmetlerine ulaşması güçtür(39).

Ayrıca kadınların eğitim seviyelerinin düşük olması da genital hijyen uygulamalarını olumsuz yönde etkilemektedir(40). Türkiye'de kadınların okuryazarlık oranı %92.2'dir(41).

Genital hijyen davranışları inanışlardan, alışkanlıklardan, konfordan ve sağlıktan etkilenmektedir. Bu davranışlar bireyden bireye farklılık göstermektedir.

Önceki çalışmalar kötü genital hijyenin genital enfeksiyonlara neden olduğunu göstermektedir. Genital hijyen çevresel ve bireysel faktörlerden etkilenebilir. Kötü hijyen alışkanlıklarında en önemli çevresel faktörler ve sosyo ekonomik statüdür. Kötü el yıkama alışkanlıkları, tuvalet sonrası genital bölgeyi hijyenik temizlememe, uygun iç çamaşırı giymeme, kötü menstrual hijyen genital enfeksiyon riskini artırmaktadır(42,43,44,45,46). Gebelerde İYE önemi artmaktadır. Çünkü İYE anne ve bebek sağlığını tehdit eden bir durumdur. Enfeksiyon varlığı saptanırsa erken dönemde tedavisi yapılmalı ve tekrar etmemesi için semptomlar iyi bir şekilde değerlendirilmelidir. Enfeksiyonun semptomları koruyucu önlemler alınmadığında yineleyicidir. Bu nedenle İYE olan gebelerin hijyen alışkanlıklarının saptanması tedavinin yanı sıra eğitimle semptomların tekrarını önlemede önemlidir.

İYE'den korunmada, erken tanı ve tedavisinde ebe ve hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Gebelerle birebir iletişimde olan başta ebeler olmak üzere hekim ve hemşireler gebelere, genital hijyen eğitimi vererek gebeleri genital enfeksiyonlar ve bu enfeksiyonların tekrarından koruyabilirler. Böylece gebelerde idrar yolu enfeksiyonları yinelenmesi önlenilebilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada gebelerde genital hijyen eğitiminin idrar yolu enfeksiyonu semptomlarına etkisini saptamak amaçlanmıştır.

1.3. Hipotezler

1. H^0 : Genital hijyen eğitimi alan ve almayan gebelerin aralarında eğitim sonrasında idrar yolu enfeksiyonu semptomlarının varlığı açısından fark yoktur.
1. H^1 : Genital hijyen eğitimi alan ve almayan gebelerin eğitim sonrasında idrar yolu enfeksiyonu semptomlarının varlığı açısından aralarında fark vardır.
2. Genital hijyen eğitimi alan gebelerde almayan gebelere göre idrar yolu enfeksiyonu semptomları görülme durumu düşük düzeydedir.
3. Genital hijyen eğitimi alan ve almayan gebelerin eğitim öncesi bilgi düzeyleri arasında fark vardır.
4. Genital hijyen eğitimi alan gebelerin almayan gebelere göre eğitim sonrası İYE ve genital hijyen bilgisi puanı daha yüksektir.

5. Genital hijyen eğitimi alan ve almayan gebelerin eğitim öncesi Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanları arasında fark vardır.

6. Genital hijyen eğitimi alan gebelerin almayan gebelere göre eğitim sonrası Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanları daha yüksektir.

1.4. Varsayımlar

Bu araştırmadan Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu, İYE ve Genital Hijyen Bilgisi Değerlendirme Formu ve Genital Hijyen Davranışları Envanterinin istenilen bulguları saptamada uygun gereçler olduğu ve araştırmaya katılan gebelerin bu formları içtenlikle ve eksiksiz dolduracağı varsayımıyla yola çıkılmıştır.

1.5. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmanın I. aşamasında (idrar yolu enfeksiyonu tanısı konulduğu gün) gebelere Sosyo-Demografik Veri Formu, Genital Hijyen Davranışları Envanteri, İdrar Yolu Enfeksiyonu Ve Genital Hijyen Bilgisi Değerlendirme Formunun doldurulması yüzyüze görüşme tekniği ile yapıldığından bir sorun ile karşılaşılmamıştır. Ancak Araştırmanın II. Aşaması olan 22. günde tekrar görüşülürken İYE semptomları varlığı sorgulaması, Genital Hijyen Davranışları Envanteri, İdrar Yolu Enfeksiyonu Ve Genital Hijyen Bilgisi Değerlendirme Formunun doldurulması için çalışmadaki gebelere telefonla ulaşılmasında sorun yaşanmıştır. Bu aşamada kendilerine ulaşamayan gebeler çalışmadan çıkarılmıştır. Bu durumun araştırmanın güç analizi ile belirlenen örnek sayısına (n=66) olumsuz etkisini önlemek için 22. gün de yapılan görüşmede hem müdahale hem kontrol grubunda yedek örneklerle görüşülerek her iki grup içinde gerekli örnek sayısı olan 33'e ulaşılmıştır.

1.6. Tanımlar

1.6.1. Enfeksiyon

Toplum içinde görülen birçok mikroorganizma ya da helmint klinik bulgu vermeksizin insan ya da hayvan organizması üzerinde yaşayabilir, gelişebilir ve çoğalabilir. Bu durum bir enfeksiyondur(47).

1.6.2. Enfeksiyon hastalığı

Mikroorganizma ya da helmintin ateş, kusma, halsizlik gibi bulgular vermesi durumunda ise enfeksiyon hastalığı varlığından söz edilir(47).

1.6.3. İdrar Yolu Enfeksiyonu Semptomları

İYE, mesanede asemptomatik bakteriyel kolonizasyondan, sıkışma hissi, sık idrar yapma gibi mesane dolumuna ait şikayetleri ya da üst üriner sistem enfeksiyonu ile ilişkili böbrek ağrısı, ateş ve sepsis ile seyreden ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilen değişik aralıklarda kendini gösteren klinik durumları ifade eden genel bir terimdir(48).

Bu çalışmada alınacak İYE semptomları:

- Dizüri
- Pollaküri
- Suprapubik hassasiyet
- Ateş/yanma hissi
- Duraksayarak veya damla damla idrar yapmadır.

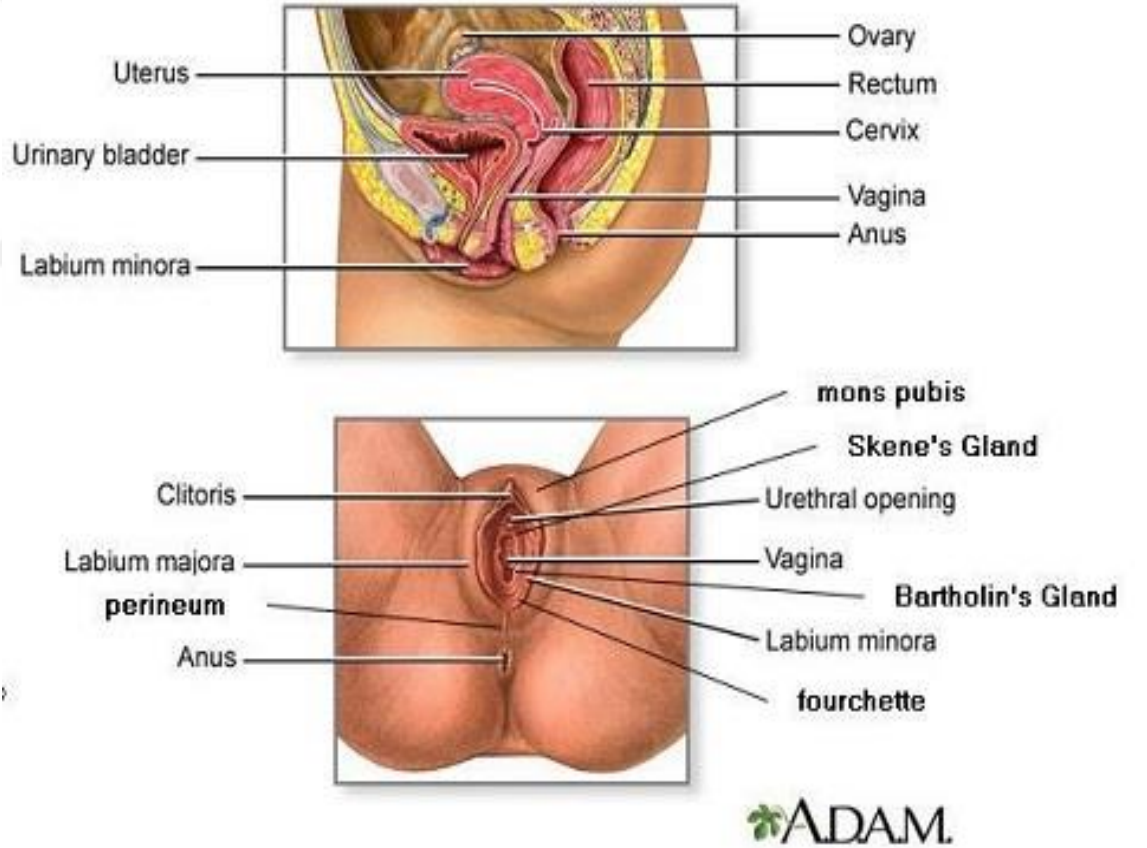
1.6.4. Gebelikte Görülen İdrar Yolu Enfeksiyonu Tanısı

Gebelikte görülen İYE için kesin tanı etkenin gösterilmesiyle konulmaktadır. Gebelikte prenatal taramalarda idrar kültürü örneği alınmalıdır. Orta akım idrar örneği tercih edilmelidir. İdrar kültüründe tek cins 10^5 CFU/ml ya da daha fazla bakteri üremesi anlamlı bakteriüriyi gösterir. Mikroskopik incelemeler de tanı için yararlanılır(12,32).

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. Kadın Üreme Sisteminin Anatomisi

Kadının üreme organları pelvik kavitede yerleşmiş ve pelvik taban tarafından desteklenen iç üreme organları ile, perinede (vulvada) yerleşmiş dış üreme organlarından oluşur. İç genital organlar pelvis boşluğunda içten dışa doğru overler, tuba uterinalar, uterus ve vajinadan meydana gelmektedir. Dış genital organlar mons pubis, labium majörler, labium minörler, klitoris, vestibul, bartolin bezlerinden meydana gelmektedir. Kadın üreme sisteminde bulunan iç ve dış genital organlar, kadınların hayatında büyük ölçüde önemli fonksiyonlara sahiptir(Şekil1).



Şekil 1. Kadın İç ve Dış Genital Organları.

Kaynak: A.D.A.M Anatomy: Female functions female organs.[<https://www.google.com.tr/search?q=Kaynak:+A.D.A.M+Anatomy:+Female+functions+female+organs.&newwindow=1&espv=2&biw=1366&bih=667&source>]

=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0CAYQ_AUoAWoVChMI08Szw6SAxwIVgSgsCh2PLwhi#newwindow=1&tbm=isch&q=+A.D.A.M+Anatomy:+Female+functions+female+organs.&imgsrc=LNeTCHsOHDzZ7M%3A].

Mons Pubis; Gevşek bağ dokusu ve derialtı yağ dokusundan yapılmıştır. Gevşek bağ dokusu bu sahada oluşan ödemin anlaşılmasına yardım eder. Bu bilgi toksemide gelişen ödemin değerlendirilmesinde kullanılır.

Labia Major; Mons pubisten aşağı uzanan yağ ve bağ dokusu kıvrımıdır. Labia minörleri, üretral ve vajinal açıklığı korurlar. Damar ve sinir yönünden zengindirler.

Labia Minör; Labia majörlerin altında yer alırlar ve damar, sinir yönünden zengindirler.

Klitoris; Labia minörlerin üstte birleştiği kısımda yer alır. Damar ve sinir yönünden çok zengindir. Bu nedenle yırtık ve yaralanmalarda çok fazla kanamalara neden olurlar.

Overlerin iki görevi vardır:

- 1) Ovulasyon yapmak (yumurta hücresinin olgunlaşıp overlerden atılması).
- 2) Hormon ifraz etmek. Bu hormonlar iki önemli kadınlık hormonu olan östrojen ve progesterondur.

Tuba Uterinalar/Fallop Tüpleri: Ovulasyonla overlerden atılan ovumun (yumurta/dişi üreme hücresi) uterusu taşınması için bir yoldur.

Uterus fonksiyonları; Gebelikte fertilize ovumun yerleşmesi için uygun bir ortam hazırlamak, embriyo olgunlaşınca kadar beslenmesini ve korunmasını sağlamak, eylemde fetüs ve plasentanın atılmasını sağlamak, doğumdan sonra plasental kısımdaki kas kontraksiyonları ile kanamayı kontrol etmektir.

Vajina; doğum kanalı olmasının yanında, menstrual kanın aktığı ve koitusun (cinsel birleşme) gerçekleştiği kanaldır. Vajina iç ve dış genital organlar arasında bir bağlantı görevi yapmaktadır. Üretra, vajina ve anüsün birbirine yakın olması enfeksiyon için zemin hazırlamaktadır. Bir yere yerleşen enfeksiyon ajanları diğer bölgelere kolayca yayılabilir. Enfeksiyon ajanlarına karşı ilk savunma mekanizması vajina pH'sıdır. Normal vajina pH'si 3,8-4,2 arasında değişmektedir(14,49,50,51,52).

Vajinal sekresyon normalde kadının fertil çağı boyunca düzenli olarak ortaya çıkar. Bu sekresyonun miktarı ve özelliği kadının fizyolojik, psikolojik ve patolojik durumuna göre değişiklik gösterir. Normal vajinal sekresyon kokusuz, renksiz, kansız ve asidiktir. Normal vajinal akıntı beyazdır. Ancak iç çamaşırında sarı ya da soluk kahverengi iz bırakabilir. Yeşilimsi-sarı renkli ve kötü kokulu olması enfeksiyonu düşündürmelidir(14). Vajinal akıntı kadınlarda sosyal izolasyona neden olabilir(53).

1.7.2. Üriner Sistem Enfeksiyonları

Üreme sistemi bütünlüğünü çeşitli savunma mekanizmaları ile sürdürür. Bu doğal savunma mekanizma sisteminin mikroorganizmalar ile bozulmasıyla enfeksiyon ortaya çıkar. Kadınların en sık karşılaştığı sağlık sorunu İYE'dir. Enfeksiyon kadının hayatını tehdit etmese bile semptomları oldukça büyük rahatsızlığa yol açar. Gebelikte artan progesteron üreter, barsak ve uterus adelelerinde peristaltizmin yavaşlamasına neden olur. Büyüyen uterusun barsak, mesane ve üreterlere baskı yapması, bu organlardaki peristaltizmi yavaşlatır. Barsaklarda oluşan bu gevşeme konstipasyona ve koli bakterilerinin aşırı üremesine neden olur. Üreter peristaltizmin yavaşlaması ise idrar stazına neden olur. Bu durumlar gebelikte üriner sistem enfeksiyonları için zemin hazırlar(14).

1.7.3. İdrar Yolu Enfeksiyonu

İYE, steril olan idrar ve idrar yollarının bakteri, mantar, virüs gibi mikroorganizmalarla enfekte olmasıdır. İYE, üriner ürotelyumun enfeksiyonudur. İdrarda bakteri varlığına bakteriüri denir. İdrar kültürü alınırken uygulanan suprapubik aspirasyon, üretral kateterizasyon ya da orta akım idrarına doğru gidildikçe kontaminasyon riski artmaktadır(48,54).

İYE, üretra kısılılığı, mesanenin tam boşaltılamaması, vajen ve rektumdan olası kontaminasyon, koitus sırasında olan kontaminasyon gibi nedenlerle kadınlarda daha sık izlenir. Progesteron etkisi ile oluşan üreter ve mesane hipotonisitesi, hipokinetizm, mesanede kapasite artması ve tam olmayan boşalma, büyüyen uterusun basısına bağlı olarak veziköüreteral reflü ve fizyolojik hidronefrozdur. Sonuç olarak üriner staz oluşur, bakterilerin asendan göçü ile enfeksiyona yatkınlık ortaya çıkar(10,34).

İdrar yolu enfeksiyonu gebelik döneminde çok yaygın olarak görülür ve buna en yaygın neden olan organizma Escherichia Coli'dir. Tüm idrar yolu enfeksiyonlarının %80-90'ını bu mikroorganizma oluşturur(55).

İYE klinik tiplerine göre üçe ayrılır: 1) Aseptomatik Bakteriüri

2) Sistit

3) Pyelonefrit

Koliform organizmalar perinenin normal florasında bulunurlar ve cinsel ilişki sırasında ya da defekasyondan sonra yanlış temizlenme sonucu üretraya geçerek İYE'ye neden olabilirler.

İYE'nin belirti ve bulguları enfeksiyonun yerine göre değişir. Sistitte ya da alt üriner yol enfeksiyonunda en sık görülen belirtiler;

- Sık idrar(pollaküri)
- Acele idrar yapma isteği
- Dizüri
- Duraksayarak veya damla damla idrar yapma
- Supra pubik hassasiyet
- Hematüridir.

Gebeler için İYE için rutin taraması ilk prenatal vizitte rutin hale gelmiştir. Gebenin yukarıda sayılan şikayetleri olduğunda ya da İYE belirtileri bulunduğunda mutlaka rutin tarama yapılmalıdır. Taramada;

- Lökositlerin varlığı; bakteri var ya da yokluğu aranır.
- Tam idrar testi yapılır, nitritler bir ya da lökosit esterase pozitif olabilir.
- İdrar kültürü ve duyarlılık testi için temiz orta idrar örneği alınması gerekir, bu yöntem en güvenli yöntem olarak bilinmektedir(56).

Gebelikte idrar yolu enfeksiyonları ya asemptomatik veya semptomatik olarak sınıflandırılır. Asemptomatik bakteriüri akut İYE semptomları olmayan önemli bakteriüri varlığı olarak tanımlanır(57,58). Gebe kadınlarda bakteriüri sıklığı gebe olmayan kadınlarda benzer olmasına rağmen, gebe kadınlarda bakteriüri ile akut pyelonefrit sıklığı gebe olmayanlara göre önemli ölçüde artmaktadır(59). Gebelik anatomik ve fizyolojik üriner sistem değişiklikleriyle eşsiz bir durumdur. Gebe olmayan kadınlarda asemptomatik bakteriüri genellikle iyi benign iken, gebelerde

bakteriüri pyelonefrite doğru artan duyarlılık ve gerek anne, gerekse bebek için önemli risk oluşturur(57,60).

1.7.4. Asemptomatik Bakteriüri(ASB)

Asemptomatik bakteriüri İYE semptomuna yol açmadan, idrar yollarında aktif biçimde çoğalan bakterilerin varlığını ifade etmektedir. ASB genelde düşük doğum ağırlığı ve erken doğum ile bağdaşık bir durumdur. Temiz olarak edinilmiş orta idrar örneğinin mililitresinde 10^5 veya daha fazla bakteri kolonisi bulunması olarak tanımlanır. ASB komplikasyonunun belirlenmesi halinde antibiyotik tedavisi uygulamasına geçilmektedir(10,61,62).

Gebelikte asemptomatik bakteriüri tedavi edilmediğinde %12.5 ile %30 akut pyelonefrit gelişebilir fakat tedavi edildikleri durumda gebelerde pyelonefrit gelişimi %1'den azdır(63,64,65). Bu nedenle asemptomatik bakteriüri tedavisi ve korunması önemlidir. Ayrıca ASB preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek insidansı ile ilişkilidir(65,66). Kadınların %30'undan fazlasında akut pyelonefrit meydana gelir. Pyelonefrit düşük doğum ağırlıklı bebek ve prematürite doğumun yanında kadın ve fetus için ciddi komplikasyon yaratır. İYE oluşumuna göre komplike ve komplike olmayan (basit), yerleşimine göre alt ve üst İYE veya sistit, pyelonefrit, üretrit olarak tanımlanabilir. En sık karşılaşılan İYE sistittir. Gebelikte oluşan basit sistit oldukça acı vericidir. Aynı zamanda İYE böbrek hasarına, şiddetli ağrıya ve erken doğum artışına yol açabilir(67,68,69).

1.7.5. Sistit

İdrar yollarının sonunda dizüri, sıkışma hissi ile sık idrara çıkma eşliğinde idrar kültüründe en az 100 koloni/ml bakteri üremesi ile karakterizedir. Beraberinde görülen birkaç sistemik bulgu vardır. Genellikle bakteriüriyle beraber piyüri de vardır. Mikroskopik hematüri sık görülür ve bazen hemorajik sistit durumunda önemli miktarda hematüri olur. Sistit genellikle komplikasyonsuz da olsa asendan enfeksiyon üst üriner sistem de etkilenebilir. Sistit tedavi edilmezse asendan bir enfeksiyon ile üst üriner sistem enfeksiyonları ortaya çıkabilir(34,61,65).

1.7.6. Akut Pyelonefrit

Böbrek enfeksiyonu, gebeliğin en sık görülen ciddi medikal komplikasyonu olup gebe kadınların %2 sinde görülür. Mabie ve arkadaşlarının akut pyelonefritin gebelik

sırasında septik şoka yol açan baş nedenlerden biri olduğunu gösteren bulguları, gebelik sırasında geçirilen akut pyelonefritin ciddiyetini vurgulamaktadır(70). Ateş, titreme, bulantı, kusma, pollaküri, dizüri ve kostovertebral açısı hassasiyetidir. Hastaların %85'inde ateş, titreme ve bel ağrısı bulunur. %40'ında ise ateşe dizüri ve pollaküri eşlik eder. Yapılan çalışmalara göre %2-8 gebede solunum yetmezliği gözlemlendiği gösterilmiştir; dispne, takipne, hipoksemi ve pulmoner ödem bulguları varsa dikkatli olunmalıdır(34,61,71). Tüm bu semptomları önlenmesinde genital hijyen büyük önem taşır.

1.7.7. Genital Hijyenin Önemi

Sağlığa zarar verecek ortamlardan korunmak için yapılacak uygulamalar ve alınan temizlik önlemlerinin tümü hijyen olarak tanımlanmaktadır. Sağlığın sürdürülmesi için bireysel hijyen uygulamalarına gereksinim duyulmaktadır. Bireysel hijyen; ağız ve dişler, deri ve mukoza, ayak ve tırnaklar, saçlar, göz, kulak, burun ve genital hijyen uygulamalarını içermektedir. Genital hijyen hijyenik uygulamalarla kadın ürogenital organlarının bütünlüğünün korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve genital organların fiziksel olarak sağlıklı olması olarak tanımlanır(72,73,74,75).

Genital enfeksiyon açısından kişisel bazdaki risklere bakıldığında en başta hijyen eksikliği gelmektedir. Diğer riskler ise; tuvalet sonrası genital bölge temizliğinin uygun bir şekilde yapılmaması, yeterli el yıkama alışkanlığının olmaması, genital bölgenin çok sık yıkanması, uygun iç çamaşırı kullanılmaması, doğumların sağlıklı koşullarda gerçekleşmemesi gibi nedenlerdir.(14,76).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda kadınlarda genital enfeksiyonun çok yaygın olduğu görülmektedir. Öner ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir çalışmada kadınların %65.6'sında genital enfeksiyon tespit etmiştir. Kadın anatomisinde üretra, vajina ve anüsün birbirine yakın olması genital enfeksiyonlara zemin hazırlamaktadır(76,77). Yapılan çalışmalarda kadınlarda genital enfeksiyon görülme sıklığının %25,6-65,6 arasında olduğu bildirilmektedir(76,77,78,79). Ayrıca Doğum sayısı ile enfeksiyon sıklığı arasında da ilişki olduğu bildirilmektedir(80,81).

1.7.8. Türkiye'de Kadınların Sağlık Davranışları Ve Hijyen Alışkanlıkları

Genital hijyen davranışları konusunda Türkiye genelini yansıtan ulusal veriler sınırlıdır. Genellikle bölgesel verilere ulaşılmaktadır. Bu da bölgenin özelliklerini yansıtmaktadır(17). Kadın sağlığını olumsuz etkileyen bazı etmenler vardır. Bunlar

sağlıksız küretaj ve doğumlar, genital hijyen ile ilgili yanlış uygulamalar, sağlık hizmetine ulaşmada güçlük, yetersiz sosyo-ekonomik durum, hijyen konusunda bilgisizliktir. Kadınlar sağlık personellerinden genital hijyene ilişkin bilgilere daha düşük düzeyde başvurmuşlardır(82,83). Genital enfeksiyonlarda erken tanı ve tedavi büyük önem taşımaktadır. Mahremiyet ihlali korkusu kadınları jinekolojik muayeneden mahrum bırakmaktadır. Bu yüzden kadınlar zorunlu olmadıkça sağlık kuruluşlarına başvurmamaktadırlar(84).

İnsanlar günlük yaşamlarında sürekli olarak dış ortam kirleticilerinin etkisi altında yaşamaktadırlar. Temizlik sadece kirlilik belirtilerinin ortaya çıktığı zaman yapılamamalıdır. Bazı temizlik uygulamaları sürekli ve düzenli olarak yapılmalıdır. Genital organların temizliği oldukça önemlidir. İç çamaşırlar sık değiştirilmeli, yıkandıktan sonra ütülenmelidir. Üreme organları enfeksiyon belirtileri bakımından sürekli gözlemlenmelidir(85). Vajinal duş uygulamaları kadınlar arasında yaygın olarak uygulanmaktadır(86,87).

Vajinal duş/lavaj, vajinanın su ya da diğer solüsyonlarla yıkanması olarak tanımlanır. Yapılan çalışmalarda Türkiye'deki kadınların bir çoğu vajinal lavaj uygularken su ve sabun kullandıklarını belirtmişlerdir(88). Ülkemizde yapılan çalışmalarda vajinal lavaj uygulama sıklığının %50,2-63,2 arasında olduğu saptanmıştır(88,89,90,91). Vajinal duş enfeksiyonların nemli ortamlarda yayılması için zemin hazırlamaktadır(92,93,94). Eski bir geleneksel uygulama olarak devam eden cinsel ilişki sonrası vajinal duş uygulaması, genital enfeksiyonlar açısından belki de en riskli olanıdır(95).

Bu nedenle ebeler, hemşirelere ve hekimlere kadınlara verdikleri sağlık hizmeti sırasında, koruma amaçlı eğitim verme sorumluluğu da düşmektedir.

1.7.9. Genital Enfeksiyon Tedavisinde Ebe ve Hemşirenin Rolü

Hastalıkların tedavisinden çok, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yapılan çalışmalar önem kazanmaya başlamıştır. Bu bağlamda ebenin ve hemşirelerin görevleri artmaktadır. Gerek birinci basamakta hatta gerekse ikinci basamakta çalışan ebe ve hemşirelerin gebelerin sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulması ve gebelere güncel bilgi sunması gerekmektedir(14).

Jinekolojik muayene çoğu kadın için ayrı bir stres yaratmaktadır. Kadınların utanmasına ek olarak ebe veya hemşirenin yargılayıcı tutumda olması, hastaların

tedavisini ve bakımını olumsuz olarak etkilemektedir. Ebe ve hemşireler danışmanlık ve eğitim verirken uygun iletişim tekniği ile hastaya empati kurarak yaklaşmalıdır. Ayrıca kadına verilen ilaç var ise, bu ilacın önemini ve nasıl uygulanacağını da kadına anlatmaları gerekmektedir.

Özellikle İYE gibi gebelerde tekrarlayan, anne ve bebek sağlığını riske sokan, mortalite ve morbidite oranını yükselten durumlarda ebelerin bu enfeksiyonların önlenmesi için gebelere bilgi, eğitim vermesi uygun olacaktır. Benzer şekilde İYE ile başvuran gebelere de verilecek hijyen eğitimi enfeksiyon semptomlarının görülmesini önleyecektir. Böylece sağlıklı gebelik ve doğumlar gerçekleşmesinde ebeler bağımsız fonksiyonlarını da göstermiş olacaktır.

1.7.10. Sağlık Eğitimi

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için en önemli unsur sağlık eğitimidir(96). Sağlık eğitiminin amacı bireysel ve toplumsal gereksinimlerin karşılanması, sağlıklı yaşam için sağlığın korunmasını, geliştirilmesini, tedavi olanaklarını kullanmayı ve olumlu çevre oluşturmayı sağlayacak davranış değişikliği oluşturmaktır.

Genel olarak sağlık eğitiminin temel amaçları;

- Sağlığın değerini bireylere anlatmak ve inandırmak
- Bireylerin sağlıkla ilgili doğru kararlar almasını sağlamak
- Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi oluşturacak davranışlarını desteklemek
- Bireylerin sağlık sorunlarını kendi kendilerine çözmeye alıştırmak
- Bireyi sağlıklı yaşamaya alıştırmak ve bakımın kalitesini yükseltmek
- Hastanın sağlığını kazanmasına destek olmak.

Etkin bir sağlık eğitimi, sağlığı olumlu yönde geliştirmek için bilinmesi ve yapılması gerekenleri; benimsenen bilgi, davranış ve alışkanlık haline getirmeyi hedeflemektedir(97).

Son 10 yılda sağlık eğitimiyle toplumda belirgin bir şekilde değişim olduğu ve insanların sağlık eğitimi konusunda daha bilgili hale geldiği belirtilmiştir(98).

Sağlık eğitiminin amaçlarına bakıldığında yalnızca bilgi aktarımı değil; bireylerin sağlıklı yaşamını destekleyecek davranış değişikliği kazanmalarını sağlayan dinamik bir süreç olduğunu görüyoruz(93).

Sağlık eğitimi ilke ve yöntemler açısından yetişkin eğitiminde önemlidir. Kişilerin algılama yetenekleri olduğu için, olgunluğa erişmiş kişilerde sağlık eğitimi bir bilgi aktarım yöntemi olarak kullanılabilir(99).

Sağlık eğitiminde genel ilkeler;

Açık amaç ilkesi

Bireysel farklılık ilkesi

Sıra ilkesi

Doğru uygulama ilkesi

Sonuçların doğruluğu ilkesi

1.7.11. Sağlık Eğitimi Yöntemleri

Eğitimcinin sağlık eğitiminde kullanabileceği çeşitli yöntemler vardır. Bu yöntemlerin seçiminde bireylerin eğitim durumu ve eğitilenlerin özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır.

1.7.11.1. Bireysel eğitim yöntemleri

Bireysel eğitim sağlık eğitiminde en etkili olan ancak zaman alan pahalı bir yöntemdir. Eğitimcinin eğitilen bireyle iyi ilişkiler kurması ve güven sağlaması bireyin sorunlarını çözümlemeye yardımcı olur.

Bireysel eğitimde; düz anlatım, soru cevap, gösterip yaptırma ve sorumluluk verme yöntemleri kullanılabilir, görsel eğitim araçları kullanılarak eğitimin etkinliği artırılabilir.

1.7.11.2. Grup eğitimi yöntemleri

Grup eğitiminden alınacak sonuç bireysel eğitimden daha düşük olsa da bu yöntem daha pratik ve daha geniş kapsamlıdır.

Grup eğitimlerinde; anlatma, tartışma (panel, sempozyum, konferans), rol yapma, beyin fırtınası, soru cevap yöntemleri kullanılabilir.

1.7.11.3. Toplum eğitimi yöntemleri

Toplum eğitiminin amacı toplumsal değişimi sağlamaktır. Sağlık eğitiminde; toplum eğitiminin hangi düzeyde yapılacağı, sağlık sorununun büyüklüğüne ve etkilerine bağlıdır. Toplum eğitiminde asıl önemli olan şey bölgesel-yerel/kitlesel

düzeyde sağlık eğitimi programlarını ve yöntemlerini belirleyebilmek ve kitleleri etkilemektir(93).

Sağlık eğitiminde ebeler özel bir konuma sahiptir. Gebeler ile devamlı iletişim halinde olmaları oldukça önemlidir. Ebeler verecekleri eğitim konularında yeterli bilgiye sahip olmalı ve iletişim tekniklerini iyi kullanmalıdırlar. Gebe bütüncül olarak ele alınmalı; kişinin sosyal, dini ritüellerine saygı duyulmalıdır. Günümüzde ebelik bilgilerini güçlendirmek ve bu bilgileri bakımın kalitesini arttırmak için kullanmak oldukça önemlidir(100).

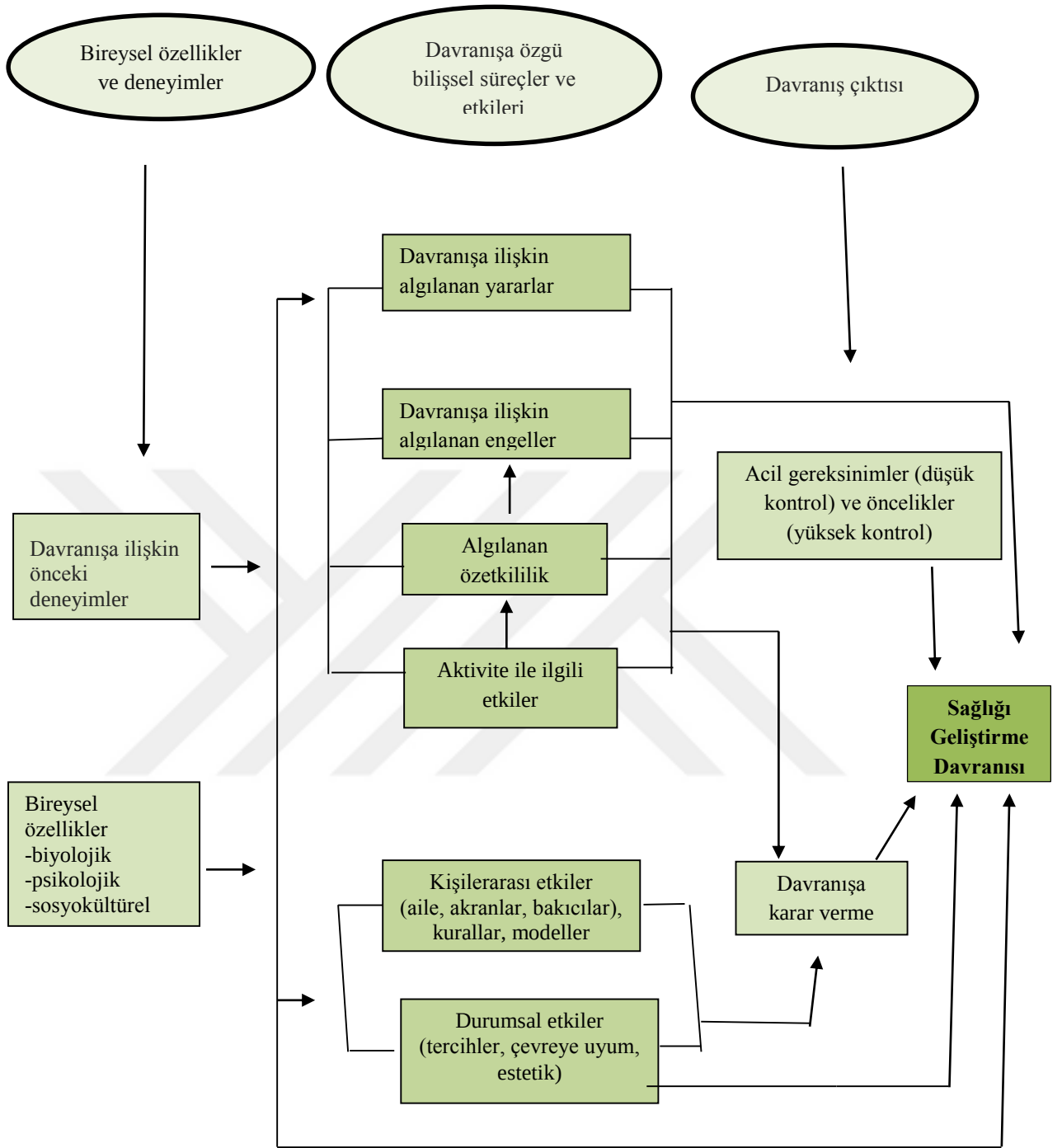
Sağlık eğitimi veren ebeler planlı bir şekilde çalışmalıdır. Hangi konuda eğitim verilecekse o konuda bilgi ve becerisini artırmalıdır. Kadınlara verilen planlı sağlık eğitimi kadınlarda davranış değişikliği oluşmasını sağlar(101).

Alınan eğitimin içeriği, kapsamı ve sürekliliği bilginin kalıcılığında önemli yer tutmaktadır(102,103). Eğitim programları gerekli düzenlemeler yapılarak bireylere olumlu davranışlar kazandırması için önemlidir(104).

Eğitim verilen bireye bilgi ve beceri kazandırılmalı böylece bireysel sorumluluklar artırılmalıdır. Sağlıklı birey yaşam kalitesini yükseltir. Sağlıklı birey sağlıklı toplumları oluşturur(4).

1.7.12. Sağlığı Geliştirme Modeli

Nola Pender tarafından 1980 yılında geliştirilen, ilk kez 1982 yılında ‘Hemşirelik Uygulamalarında Sağlığı Geliştirme (Health Promotion in Nursing Practice)’ kitabında yayınlanan model, 1987 ve 1996 yılında güncellenmiştir. Sağlığı geliştirme modeli (SGM), hemşirelik ve davranış bilimlerinin bakış açılarının birleştirilmesi ile oluşturulmuştur. SGM, sağlığı değiştirmek için davranış seçimini geliştirir. Model, Şekil2’ de gösterilmiştir(105).



Şekil 2 : Sağlığı Geliştirme Modeli

Kaynak: Sakraida, T.J. (2010). Nola Pender: Health Promotion Modeli

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, gebelik döneminde İYE tanısı alan gebelere verilen genital hijyen eğitiminin, İYE semptomları görülme durumuna etkisini değerlendirmek amacı ile yapılmış eğitsel bir müdahale çalışmasıdır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İzmir’de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe Polikliniği’ne başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan gebelere uygulanmıştır.

Veriler 15 Ocak 2015- 28 Şubat 2015 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırma Yerinin Altyapısı: İzmir Devlet Hastanesinin küçük bir odasında, 1957 yılının Nisan ayında Prof. Dr. Haluk Tavmergen tarafından kuruluşunun ilk adımı atılan Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı (o dönemlerdeki ismi ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Kürsüsü), daha sonraları Prof. Dr. Muvaffak Arıcan ve Prof. Dr. Kamil Kaptanoğlu’nun katılımları ile gelişmeye ve güçlenmeye başlamıştır. Kuruluşundan kısa bir süre sonra taşındığı İzmir Behçet Uz Çocuk Hastanesinde 50 yataklı bir servis ile her türlü jinekolojik ameliyatlara ve modern doğum ve tedavi yöntemlerinin uygulandığı bir sağlık kuruluşu olarak hizmete başlamıştır. 1973 yılının başlarında Bornova’daki Üniversite Hastanesinin 200 yataklı servisine taşınmıştır.

Ülkemizin ilk İn vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (İlk Tüp Bebek Uygulaması) de bu Anabilim Dalında gerçekleşmiş ve Türkiye’nin ilk tüp bebeği yine burada dünyaya gözlerini açmıştır. Daha sonraları Ege Üniversitesi Rektörlüğüne bağlı bir merkez haline dönüşen bu kuruluşun başkanlığını da bu dalın öğretim üyelerinden biri üstlenmiştir.

Anabilim Dalında her yıl yaklaşık 60.000 hasta ayaktan, 8.000 hasta yatarak tedavi görmekte, yılda 5.000 çeşitli operasyon ile 4000 doğum yapılmaktadır.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği 08.00-16.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Bu poliklinikte iki jinekoloji, iki obstetri, bir NST, bir görüşme odası ve bir de dinlenme odası bulunmaktadır. Kurum politikası gereği gebe polikliniğine bir günde en fazla 90 gebe

başvurusu kabul edilmektedir. Gelen gebeler öncelikle kilo ve tansiyon ölçümü için görüşme odasına alınmaktadır. Gebeler doktor istemine göre çekilen NST işlemi sonrasında muayene olacakları sırayı beklemektedirler. Poliklinik sağlık profesyonellerinin gözlemleri doğrultusunda ilgili polikliniğe başvuran gebeler arasında günde yaklaşık üç gebeye (ayda yaklaşık 66 gebe) idrar yolu enfeksiyonu tanısı konulduğu belirtilmiştir (106).

Araştırmada idrar kültürü sonucunda idrar yolu enfeksiyonu tanısı konan gebelere müdahale grubunda bulunanlara aynı gün içinde, doktor muayenesinden sonra görüşme odasına alınıp ki gebelere birebir yüz yüze görüşme tekniği ile bireysel hijyen eğitimi verilmiştir. Kontrol grubundaki gebelerle rutin tedavi uygulamasına devam edilmiştir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Evrenini; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği'ne 15 Ocak 2015 - 28 Şubat 2015 tarihleri arasında başvuran tüm gebelerden (2.880) idrar yolu enfeksiyonu olan (96) gebe oluşturmuştur.

Araştırma örnek grubunu Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran idrar yolu enfeksiyonu tanısı konulan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 73 gebe oluşturmuştur.

2.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.

Gebenin;

Çalışmaya katılmayı kabul etmesi

Türkçe konuşabilmesi

İdrar kültürü sonucuna göre idrarında (+++) / (10^5) bakteriüri görülmesi(34)

Riskli olmayan gebeliğinin olması

2.3.2. Araştırma Dışında Bırakılma Kriterleri

Gebelenin eğitim almak istememesi

Böbrek taşı olması

Organ transplantasyonu geçirmiş olması

Kortizon kullanması

Risk taşıyan bir rahatsızlığının olması

2.3.3. Örneklem Seçme Yöntemi ve Örnek Sayısı

Araştırmanın yapıldığı hastanenin gebe polikliniğine başvuran gebe sayısının 15 Ocak 2015- 28 Şubat 2015 tarihleri arasında 2.880 olduğu belirlenmiştir. Aynı tarihler arasında gelen gebelerden arasında idrar yolu enfeksiyonu tanısı konulan 96 gebe belirlenmiştir.

Örnek büyüklüğü istatistiksel olarak Güç Analizi (Power Analysis) ile belirlenmiştir. Güç analizi sonucunda %99 güven aralığı ve %83 güç ile 66 gebenin örnek grubuna alınması (müdahale grubuna 33 gebe ve kontrol grubuna 33 gebe) yeterli bulunmuştur. Örnek grubuna alınacak gebelerin çalışmaya devam etmeme durumlarında araştırmaya dahil edilmek üzere örnek büyüklüğünün %10 fazlası yedek olarak hesaplanmış ve toplam örnek büyüklüğü 73 gebeden oluşacak şekilde belirlenmiştir(107). Örneklem grubundaki gebelerden 7 kişiye araştırmanın II. Aşamasında telefonla ulaşılmasında sorun yaşanmıştır. Telefon ile ikinci görüşmede ulaşamayan gebeler çalışmadan çıkarılmış ve yedek örnekler ile çalışılmıştır. Böylece müdahale ve kontrol gruplarında 33'er kişiden oluşan toplam 66 gebe analize alınmıştır. Ayrıca müdahale ve kontrol gruplarının belirlenmesinde randomizasyon uygulanmıştır. Randomizasyon ile ilgili bilgi veri toplama yöntemi (2.5.) bölümünde belirtilmiştir.

2.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; müdahale ve kontrol grubunda bulunan gebelerin,

- Eğitim sonrası idrar yolu enfeksiyonu semptomları görülme durumu,
- Eğitim öncesi ve sonrası İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Genital Hijyen Bilgisi Değerlendirme Formu puan ortalamaları,
- Eğitim öncesi ve sonrası Genital Hijyen Davranışları Envanteri (GHDE) puan ortalamalarıdır.

Bağımsız değişkenler, gebelerin genital hijyen konusunda eğitim alıp almama (müdahale ya da kontrol grubunda olma) durumu, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, meslek, eşin eğitim durumu, gelir durumu, en uzun yaşadığı yer, evlilik

süresi, ilk evlilik yaşı, gebelik sayısı, doğum sayısı, doğum şekli, abortus sayısı, kürtaj sayısı, ölü doğum sayısı, aile planlaması yöntemi kullanma durumu, aile planlaması yöntemi, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, beslenme durumu, beden sağlığını ve ruh sağlığını algılama durumu, daha önce İYE geçirme durumu, İYE geçirenlerin tedavi alma durumu, vajinal duş uygulama durumu, vajinal duş yapış şekli, vajinal kaşıntı varlığı, vajinal akıntı varlığı, cinsel ilişki uygulama sıklığı, İYE semptomları türüdür.

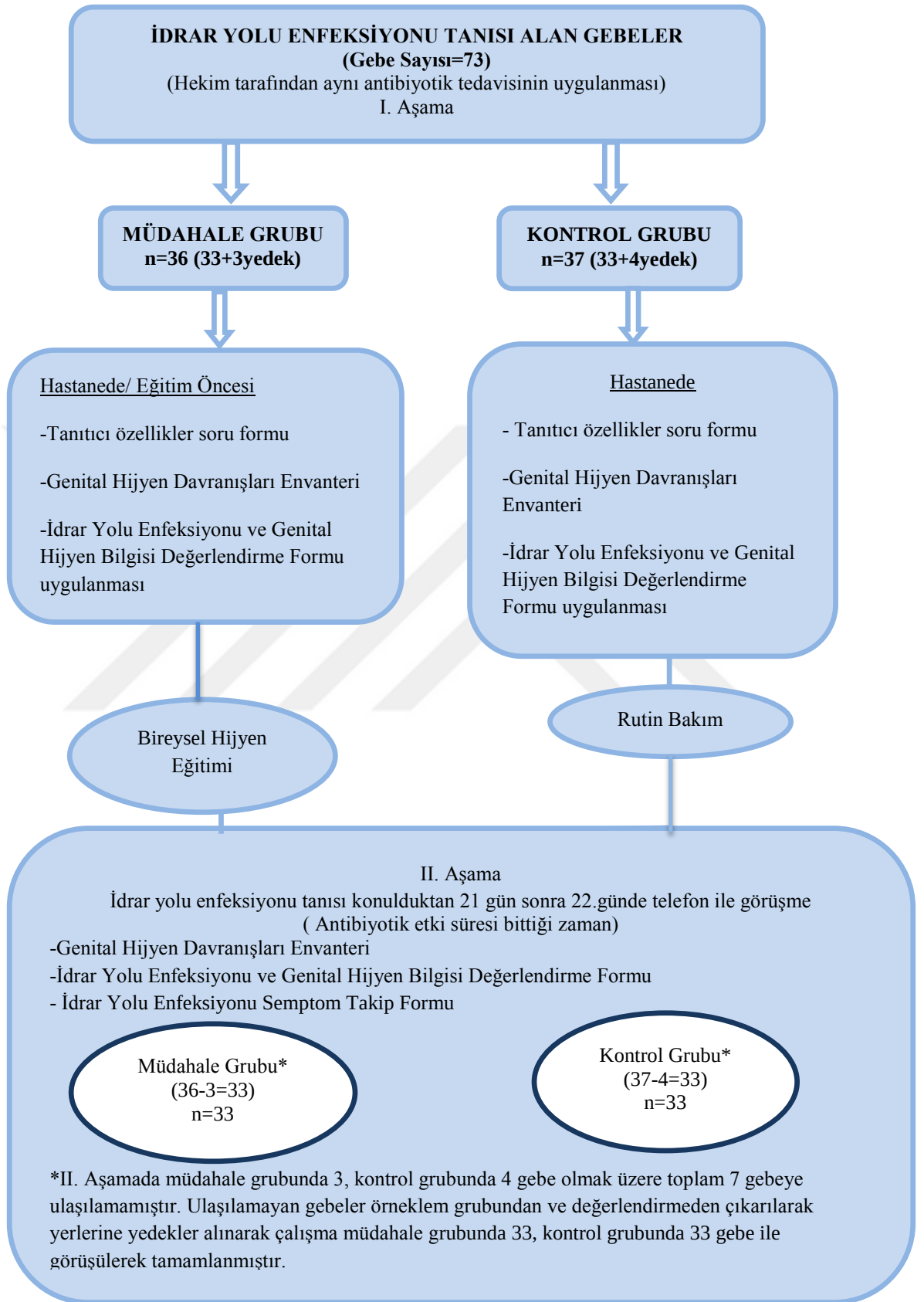
2.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Araştırma verileri Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği'ne 15 Ocak 2015 - 28 Şubat 2015 tarihleri arasında başvuran, idrar yolu enfeksiyonu tanısı konulan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan gebelerle görüşülerek toplanmıştır. İki aşamada randomizasyon uygulanmıştır. Randomizasyon işlemi bir müdahale- bir kontrol grubundan olmak üzere İYE tanısı alan gebelerin polikliniğe geliş ve muayene olma sıralarına göre tek ve çift rakamlar verilerek uygulanmıştır (Tablo 1). Tek sayılardaki gebeler kontrol grubuna, çift sayılardaki gebeler müdahale grubuna dahil edilmiştir.

Tablo 1. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Randomizasyonu

Hasta No	1	2	3	4	5	6
Grup	Kontrol	Müdahale	Kontrol	Müdahale	Kontrol	Müdahale

Araştırmanın veri toplama sürecine ilişkin akış şeması Şekil 3'de verilmiştir.



Şekil 3. Araştırma Akış Şeması

2.5.1. Araştırma Materyallerinin Düzenlenmesi; Araştırma materyalleri oluşturulmadan önce konu ile ilgili literatür taraması yapılmıştır. Literatür taraması sonucunda Bireysel Hijyen Eğitimi Rehberi oluşturulmuş ve müdahale grubundaki gebelere bu rehberden yola çıkarak yüzyüze görüşme tekniği ile eğitim verilmiştir.

I. Aşama; idrar yolu enfeksiyonu tanısı alan gebeler ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği görüşme odasında müdahale grubu için 36 gebe (33+3yede), kontrol grubu için 37 gebe (33+4yede) ile yüz yüze görüşmeler yapılarak veriler toplanmıştır. Araştırmacı tarafından, kontrol ve müdahale grubunda verilerin toplanmasının ardından müdahale grubunda yer alan gebelere birebir '*Bireysel Hijyen Eğitimi*' verilmiştir.

Bireysel hijyen eğitimi kapsamında;

- Vücut bakımı ve temizliği
- El temizliği
- Genital hijyen
- Tuvalet alışkanlığı ve temizliği
- Giyim konuları yer almaktadır.

Gebe polikliniğinde İYE tanısı konulan gebelere, erişkinlerin komplike olmamış üriner sistem enfeksiyonlarında tavsiye edilen tek doz 3 g'lık ve duyarlı patojenlerin neden olduğu komplike olmamış alt üriner sistem enfeksiyonlarının tedavisinde endike bir antibiyotik hekim tarafından tedavi protokolleri kapsamında verilmiştir. Antibiyotiğin etki süresi yedi gündür(108). Araştırmanın ikinci aşaması verilen tedavi yöntemine göre planlanmıştır.

II. Aşama; İdrar yolu enfeksiyonu tanısı konulduktan sonra verilen antibiyotiğin etki süresinin geçmesi için bir hafta (yedi gün) beklenmiştir. Ayrıca İYE semptomlarının yeniden gözlenme ihtimaline karşı gebelerle tekrar görüşmek için toplam 21 gün beklenmiştir. 22.günde, araştırmacı tarafından yapılan telefon görüşmesi ile İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Genital Hijyen Bilgisi Değerlendirme Formu ve Genital Hijyen Davranışları Envanteri (GHDE) yeniden uygulanmıştır. Ayrıca İYE Takip Formu ile de semptom sorgulayarak veriler toplanmıştır.

II. Aşamada müdahale grubunda 3, kontrol grubunda 4 gebe olmak üzere toplam 7 gebeye ulaşılamamıştır. Ulaşılamayan gebeler örnek grubundan ve

değerlendirmeden çıkarılarak yerlerine yedekler alınarak çalışma müdahale grubunda 33, kontrol grubunda 33 gebe ile görüşülerek tamamlanmıştır.

3.6. Kullanılan Gereçler

Araştırma verilerini toplamak üzere üç form, bir envanter kullanılmıştır. Bunlar;

- Genital hijyen eğitimi alan ve almayan gebeler için düzenlenmiş sosyo-demografik, obstetrik özelliklerine ve genel yaşam durumlarına ilişkin tanıtıcı özellikler soru formu (Ek I).
- Genital hijyen eğitimi alan ve almayan gebeler için düzenlenmiş İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Genital Hijyen Bilgisi Değerlendirme Formu (Ek II)
- Genital Hijyen Davranışları Envanteri (GHDE) (Ek III)
- İdrar Yolu Enfeksiyonu Semptom Takip Formu (Ek IV)
- Bireysel Hijyen Eğitiminde kullanılmak üzere araştırmacı tarafından oluşturulan Bireysel Hijyen Eğitim Broşürü (Ek V)
- Bireysel Hijyen Eğitiminde kullanılmak üzere araştırmacı tarafından oluşturulan Bireysel Hijyen Eğitim Rehberi (Ek VI)

Tanıtıcı Özellikler Soru Formu (Ek I):

Tanıtıcı Özellikler Soru Formunda gebelere toplam 39 soru sorulmuştur. Tanıtıcı Özellikler Soru Formunda, gebelerin sosyo-demografik durumlarına (yaş, eğitim durumu, meslek, eşin eğitim durumu ve mesleği, gelir durumu, evlilik süresi, evlilik yaşı, ilk evlilik yaşı) ilişkin 14 soru, obstetrik ve jinekolojik durumlarına (gebelik sayısı, doğum sayısı, doğum şekli, düşük sayısı, kürtaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, aile planlaması yöntemi kullanma durumu) ilişkin 10 soru, günlük alışkanlıklarına ilişkin (sigara, alkol, sürekli ilaç kullanma durumu) 3 soru, beden sağlığını, beslenmesini ve ruh sağlığını algılama durumuna ilişkin 3 soru ve kronik hastalığının olma durumu ile daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu gibi hastalıklara yönelik 9 soru yer almıştır.

İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Genital Hijyen Bilgisi Değerlendirme Formu (Ek II):

Bu soru formu araştırmacı tarafından literatür taranarak, gebelerin idrar yolu enfeksiyonu ve genital hijyen bilgisi hakkındaki bilgilerini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Doğru/Yanlış soru tipinde toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Her soru için 5 puan verilmiş olup toplam 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Genital Hijyen Davranışları Envanteri (GHDE) (Ek III):

Bu envanter ile gebelerin genital hijyen davranışlarının değerlendirmesi amaçlanmıştır. Genital Hijyen Davranışları Envanteri toplam 27 sorudan oluşmaktadır. Genital Hijyen Davranışları Envanteri (GHDE) Ege ve Eryılmaz tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir(4).

Yanıtlanması ve Puanlaması: Likert tipi geliştirilen envanterdeki her bir ifade 1'den 4'e kadar puanlanmıştır. Olumlu sorular için 'hiçbir zaman' yanıtına '1', 'bazen' yanıtına '2', 'sık sık' yanıtına '3' ve 'her zaman' yanıtına '4' puan verilmiştir.

Olumsuz sorulara ise 'her zaman' yanıtına '1' puan, 'sık sık' yanıtına '2' puan, 'bazen' yanıtına '3' ve 'hiçbir zaman' yanıtına '4' puan verilmiştir. envanterdeki 17. 26. ve 27. maddeler olumsuz ifadeler içerdiğinden puanlama ters yönde yapılmıştır.

Envanterden alınabilecek en düşük puan 27, en yüksek puan 108'dir.

Puanların yorumlanması: Envanterden alınan toplam puanın yüksekliği genital hijyen davranışlarının istendik düzeyde olduğunu gösterir.

Geçerliliği: Envanterin geçerliğini saptamak için içerik kapsam geçerliği ve yapı geçerliğine bakılmıştır. Yapı geçerliği sonucunda tek boyutlu GHDE elde edilmiş ve açıkladığı toplam varyans %44.99 bulunmuştur.

Güvenilirlik: Güvenilirlik ölçütlerinden biri olan test-tekrar test ölçütünü değerlendirmek için envanter Malatya ili AÇSAP Merkezine başvuran 220 kadına 2 hafta arayla 2 kez uygulanmış ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.83 bulunmuştur. Güvenilirlik ölçütlerinden bir diğeri olan iç tutarlılığı saptamak için madde toplam puan korelasyonu ve cronbach alfa güvenilirlik katsayısına bakılmıştır. Envanterin madde toplam puan korelasyonu $r=0.19$ ile $r=0.64$ arasında, cronbach alfa kat sayısı $\alpha=0.86$ bulunmuştur(4).

Orak ve arkadaşı tarafından yapılan bir çalışma da 120 kadına Genital Hijyen Davranışları Envanteri uygulanmış ve puan ortalaması 80.90 ± 10.54 olduğu saptanmıştır(109).

Dalbudak ve Bilgili tarafından GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde genital hijyen davranışlarını ve bu davranışların vajinal enfeksiyona etkisini belirlemek amacıyla vaka kontrol çalışması olarak yapılmıştır. 100 kişiye uygulanan

Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanı ortalamasını 82.58 ± 9.43 olduğunu bildirmişlerdir(110).

Kavlak ve arkadaşları tarafından Sağlık Bakanlığı Ege Doğum Evi Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'n de yapılan bir araştırmada 134 gebe katılmış ve Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanı ortalaması 81.68 ± 11.79 olduğu saptanmıştır(16).

3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package for Social Science (SPSS) 16.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın analizlerinde;

- Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler Ki kare analizi ile,
- Müdahale ve kontrol grubunda bulunan gebelerde hijyen eğitimi sonrası idrar yolu enfeksiyonu semptomlarının görülme durumu Ki kare analizi kullanılarak,
- Müdahale grubunda bulunan gebelerin eğitim öncesi İYE ve genital hijyen bilgi puanları arasındaki fark iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi- Student t testi kullanılarak, eğitim sonrası İYE ve genital hijyen bilgi puanları arasındaki farkı Mann Whitney U testi (Levene's testi dikkate alınarak çözümleme) yapılmıştır, kontrol grubunda bulunan gebelerin ön test ve son test İYE ve genital hijyen bilgi puanları arasındaki fark iki eş arasındaki farkın önemlilik testi- Student t testi kullanılarak,
- Müdahale ve kontrol grubunda bulunan gebelerin ön test ve son test Genital Hijyen Davranışları Envanter puanları arasındaki fark iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi- Student t testi kullanılarak,
- Müdahale grubunda bulunan gebelerin eğitim öncesi ve sonrası İYE ve genital hijyen bilgi puanları arasındaki fark Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi kullanılarak,
- Kontrol grubunda bulunan gebelerin ön test ve son testi İYE ve genital hijyen bilgi puanları arasındaki fark iki eş arasındaki farkın önemlilik testi- Student t testi kullanılarak,

- Müdahale grubunda bulunan gebelerin eğitim öncesi ve sonrası Genital Hijyen Davranışları Envanter puanları arasındaki fark iki eş arasındaki farkın önemlilik testi- Student t testi kullanılarak,
- Kontrol grubunda bulunan gebelerin Genital Hijyen Davranışları Envanter puanlarının ön test ve son test arasındaki fark iki eş arasındaki farkın önemlilik testi- Student t testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

3.8. Süre ve Olanaklar

Tezin literatür incelemesi Ocak 2014- Ekim 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Literatür incelemesi ardından gereç yöntemi belirlenmiş ve jüri üyelerine 4 Kasım 2014 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur.

Öneri sonrasında Aralık 2014- Ocak 2015 tarihinde etik kurul işlemleri yapılmış, etik kurul önerileri sonucu ilgili düzenlemeler yapılmış ve etik kurul onayı ile araştırmanın yürütüleceği kurumdan kurum izni alınmıştır.

Ocak ve Mart 2015 tarihleri arasında veri toplama aşaması gerçekleştirilmiştir. Mart ve Nisan 2015 tarihleri arasında araştırma verilerinin çözümlemesi yapılmıştır.

Mayıs ve Haziran 2015 tarihlerinde ise tezin yazımı ve düzenlenmesi gerçekleştirilmiştir.

Yukarıda belirtilen aşamalar Tablo 2’de araştırma zaman çizelgesinde şematize edilmiştir.

Yapılan çalışmalar	Ocak 2014 Ekim 2014	Ekim 2014	Kasım 2014	Aralık 2014	Ocak - Şubat 2015	Mart - Nisan 2015	Mayıs - Haziran 2015	Temmuz 2015
Literatür tarama								
Araştırma deseninin seçimi								
Araştırma önerisi								
Düzeltilmelerin yapılması ve etik kurula başvurma								
Verilerin toplanma aşaması								
Verilerin girişi ve analizi								
Tez yazımı								
Tez savunması								

Tablo 2. Araştırmaya Ait Zaman Çizelgesi

3.9. Etik Açıklamalar

Araştırma konusu Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onay formu (Ek VII),

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmıştır (Ek VIII).

Ayrıca araştırmanın uygulanacağı yer olan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan da resmi izin alınmıştır (Ek IX).

Genital Hijyen Davranışları Envanteri'ni geliştiren, geçerlik güvenirliğini yapan yazarlardan (Ege ve Eryılmaz) gerekli izinler alınmıştır (Ek X- Ek XI).

Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden 'Bilgilendirilmiş Onam Formu' yoluyla yazılı ve sözel izin alınmıştır (Ek XII).

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölümde; müdahale grubu (eğitim alan) ve kontrol grubu (eğitim almayan) gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre incelenmesi ve karşılaştırılması, müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Genital Hijyen Bilgisi Değerlendirme Formu puan ortalamaları ve Genital Hijyen Davranışları Envanteri (GHDE) puan ortalamalarının karşılaştırmalı çözümlenmesi yapılmıştır. Ayrıca müdahale ve kontrol grubunda antibiyotik tedavisi sonrası İYE semptomu görülme durumu incelenmiş ve karşılaştırmalı çözümlemesi yapılarak sunulmuştur.

3.1. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBU GEBELERE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	Müdahale grubu (n=33)		Kontrol grubu (n=33)		Toplam		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Yaş								
18-24 yaş	6	18.2	7	21.2	13	19.7	0.263	0.877
25-31 yaş	22	66.6	20	60.6	42	63.6		
32 yaş ve üzeri	5	15.2	6	18.2	11	16.7		
Yaş ortalaması	28.64±4.94		27.55±5.02		28.09±4.97			
Eğitim durumu								
İlköğretim	16	48.5	17	51.5	33	50.0	0.474	0.789
Orta öğretim	11	33.3	12	36.4	23	34.8		
Üniversite ve üzeri	6	18.2	4	12.1	10	15.2		
Mesleği								
Çalışıyor	7	21.2	12	36.4	19	28.8	1.848	0.174
Çalışmıyor	26	78.8	21	63.6	47	71.2		
En uzun süre yaşanılan yer								
Köy/İlçe/Kasaba	14	42.4	17	51.5	31	47.0	0.547	0.459
Kent Merkezi	19	57.6	16	48.5	35	53.0		
Gelir düzeyi								
0-1000TL	10	30.3	13	39.4	23	34.8	1.757	0.415
1001-2000 TL	15	45.5	16	48.5	31	47.0		
2001 TL ve üzeri	8	24.2	4	12.1	12	18.2		
Evlilik süresi								
0-5 yıl	21	63.6	20	60.6	41	62.1	0.064	0.800

6 yıl ve üzeri	12	36.4	13	39.4	25	37.9		
İlk evlilik yaşı								
19 yaş ve altı	5	15.2	7	21.2	12	18.2	0.407	0.523
20 yaş ve üzeri	28	84.8	26	78.8	54	81.8		
Evlilik yaş ortalaması		23.88±4.48		22.21±3.6		23.05±4.14		
Toplam	33	%50	33	%50	66	%100		

Araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo-1 de görülmektedir. Müdahale grubunun (Bireysel hijyen eğitimi alan gebeler) %66.7'si 25-31 yaş grubunda, %18.2'si 18-24 yaş grubundadır (Yaş ortalaması: 28.64±4.94 min:18, max:41). Kontrol grubunun (Bireysel hijyen eğitimi almayan gebeler) %60.6'sı 25-31 yaş grubunda, %21.2'si 18-24 yaş grubundadır (Yaş ortalaması: 27.55±5.02 min:18, max:38). Müdahale ve kontrol grubunda yer alan gebelerin yaşlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(p>0.05). Araştırma kapsamındaki her iki grubun da tümünün resmi nikahlı olduğu ve evde yaşadığı kişi sayılarına bakıldığında çekirdek aile tipine uygun oldukları saptanıp gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(p>0.05). Müdahale grubundaki gebelerin %48.5'i ilköğretim mezunu olduğunu belirtirken, kontrol grubundaki gebelerin eğitim durumlarına bakıldığında %51.5'inin ilköğretim mezunu olduğunu belirtmiştir. Her iki grupta yer alan gebelerin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(p>0.05). Müdahale grubundaki gebelerin %84.8'inin ilk evlilik yaşı 20 yaş ve üzeri, kontrol grubundaki gebelerin %78.8'inin ilk evlilik yaşı 20 yaş ve üzeri olarak saptanmıştır. Her iki grup arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05). Müdahale ve kontrol grubundaki tüm gebelerin; kendilerinin ve eşlerinin çalışıp-çalışmama durumları, en uzun yaşadıkları yerleri, gelir düzeyleri ve evlilik süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır(p>0.05).

Tablo 4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	Müdahale grubu (n=33)		Kontrol grubu (n=33)		Toplam		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
İlk gebelik yaşı								
19 yaş ve altı	4	12.1	4	12.1	8	12.1	-	1.000
20 yaş ve üzeri	29	87.9	29	87.9	58	87.9		*
İlk gebelik yaşı ortalaması	24.73±4.35		24.00±4.43		24.36±4.37			
Gebelik haftası								
I. Trimester (0-13 hafta)	9	27.3	10	30.3	19	28.8	1.80 6	0.405
II. Trimester (14-27 hafta)	14	42.4	9	27.3	23	34.8		
III. Trimester (28-40 hafta)	10	30.3	14	42.4	24	36.4		
Gebelik sayısı								
İlk gebelik	15	45.5	15	45.5	30	45.5	0.00 0	1.000
2 ve üzeri gebelik	18	54.5	18	54.5	36	54.5		
Gebelik sayı ortalaması					1.91±1.00			
Abortus varlığı								
Var	4	12.1	4	12.1	8	12.1	-	1.000 *
Yok	29	87.9	29	87.9	58	87.9		
Abortus sayı ortalaması					1.25±0.46			
Doğum yapma durumu								
Doğum yapmış	8	24.2	6	18.2	14	21.2	0.36 3	0.547
Doğum yapmamış	25	75.8	27	81.8	52	78.8		
Son doğum şekli**								
Normal vajinal	8	50.0	6	40.0	14	45.2	0.31 3	0.576
Sezaryen	8	50.0	9	60.0	17	54.8		
Gebelik öncesi korunma yöntemi kullanma durumu								
Evet	17	51.5	13	39.4	30	45.5	0.97 8	0.323
Hayır	16	48.5	20	60.6	36	54.5		

*Fisher'in Kesin Testi

** Küretaj (n=3) ve abortus (n=2) öyküsü olan gebeler 'doğum yapmamış' olarak kabul edilmiştir. Bu nedenle müdahale grubunda n=16 kontrol grubunda n=15 olarak alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ait bulgular Tablo-2 de verilmiştir. Müdahale grubundaki gebelerin ilk gebelik yaş ortalaması 24.73 ± 4.35 (min:18, max:35), kontrol grubundaki gebelerin ilk gebelik yaş ortalaması 24.00 ± 4.43 (min:15, max:34)'tir. Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin ilk gebelik yaş ortalamaları açısından aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Müdahale grubundaki gebelerin %42.4'ünün ikinci trimester döneminde olduğu, kontrol grubundaki gebelerin gebelik haftalarına bakıldığında %42.4'ünün üçüncü trimester döneminde olduğu saptanmış ve müdahale ve kontrol gruplarının aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Müdahale ve kontrol grubunun toplam gebelik sayıları ortalaması 1.91 ± 1.00 (min:1, max:4)'dir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Müdahale ve kontrol grubunun daha önce abortus geçirme durumuna bakıldığında abortus sayı ortalamaları 1.25 ± 0.46 (min:1, max:2), müdahale ve kontrol grubundaki gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Müdahale grubundaki gebelerin %75.8'i daha önce doğum yapmadığını belirtirken, kontrol grubundaki gebelerin % 81.8'i daha önce doğum yapmadığını belirtmiştir. Doğum yapıp yapmama durumlarına bakıldığında müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Müdahale grubunun %50.0'ının son doğum şeklinin sezaryen olduğunu, kontrol grubunun %60.0'ının son doğum şeklinin sezaryen olduğu saptanmıştır ve aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Gebelik öncesi korunma yöntemi kullanma durumuna müdahale grubunun %51.5'i evet derken, kontrol grubunun %39.4'ü evet olarak belirtmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Alışkanlıkları ve Kendi Sağlık Durumlarını Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	Müdahale grubu (n=33)		Kontrol grubu (n=33)		Toplam		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
<i>Sigara kullanma alışkanlığı</i>								
Evet	7	21.2	6	18.2	13	19.7	2.253	0.324
Hayır	26	78.8	27	81.8	53	80.3		
<i>Beslenme durumunu algılama</i>								
İyi / Çok iyi	21	63.6	18	54.5	39	59.1	0.564	0.453
Orta / Kötü	12	36.4	15	45.5	27	40.9		
<i>Beden sağlığını algılama</i>								
İyi	10	30.3	14	42.4	24	36.4	1.048	0.306
Normal	23	69.7	19	57.6	42	63.6		
<i>Ruh sağlığını algılama</i>								
İyi	10	30.3	14	42.4	24	36.4	1.048	0.306
Normal	23	69.7	19	57.6	42	63.6		

Araştırma kapsamına alınan gebelerin alışkanlıkları ve kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine ait bulgular Tablo-3'te verilmiştir. Müdahale grubundaki gebelerin %72.7'si, kontrol grubundaki gebelerin %81.8'i sigara kullanmadığını ifade etmiş, müdahale ve kontrol grubu gebelerin arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Müdahale grubundaki gebelerin %63.6'sı kendi beslenme durumunu iyi/çok iyi olarak ifade ederken, kontrol grubundaki gebelerin %54.5'i kendi beslenme durumunu iyi/çok iyi olarak belirtmiştir. Müdahale ve kontrol grubu gebeler arasında beslenme durumlarını algılama durumlarına ilişkin anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Müdahale grubundaki gebelerin %69.7'si beden sağlığını normal olarak ifade ederken, kontrol grubundaki gebelerin %57.6'sı beden sağlığını normal olarak belirtmiş, müdahale ve kontrol grubu gebelerin arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Müdahale grubundaki gebelerin %30.3'ü ruh sağlığını iyi olarak belirtmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin ruh

sağlığını değerlendirmesine bakıldığında %42,4'ünün iyi olarak ifade ettikleri saptanmış, iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin tümü alkol kullanmadıklarını ifade etmiştir.

Tablo 6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin İdrar Yolu Enfeksiyonu Öyküsü ve Genital Hijyen Davranışlarına Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	Müdahale grubu (n=33)		Kontrol grubu (n=33)		Toplam		χ^2	P
	N	%	N	%	N	%		
<i>İYE geçirme öyküsü</i>								
Evet	24	72.7	21	63.6	45	68.2	0.629	0.428
Hayır	9	27.3	12	36.4	21	31.8		
<i>Tedavi alma öyküsü</i>								
Evet	22	66.7	19	57.6	41	62.1	0.580	0.447
Hayır	11	33.3	14	42.4	25	37.9		
<i>Vajinal duş uygulama durumu</i>								
Evet	25	75.8	25	75.8	50	75.8	-	1.000*
Hayır	8	24.2	8	24.2	16	24.2		
<i>Vajinal duş uygulama yapış şekli (n=25)**</i>								
Su	18	72.0	15	60.0	33	66.0	-	0.551*
Su ve sabun	7	28.0	10	40.0	17	34.0		
<i>Vajinal kaşıntı durumu</i>								
Var	21	63.6	17	51.5	38	57.6	-	0.455*
Yok	12	36.4	16	48.5	28	42.4		
<i>Vajinal akıntı durumu</i>								
Var	27	81.8	25	75.8	52	78.8	-	0.764*
Yok	6	18.2	8	24.2	14	21.2		
<i>Cinsel ilişki uygulama sıklığı</i>								
Haftada 0-1 kez	18	54.5	22	66.7	40	60.6	-	0.450*
Haftada 2 ve üzeri	15	45.5	11	33.3	26	39.4		

*Fisher'in Kesin Testi

** Gebelerin vajinal duş uygulama şekli yüzdeleri vajinal duş uygulayan gebeler üzerinden alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin idrar yolu enfeksiyonu öyküsü ve genital hijyen davranışlarına ait bulgular Tablo-4'te belirtilmiştir. Müdahale grubunun %72.7'sinin, kontrol grubunun %63.6'sının daha önce İYE geçirdiği saptanmış,

müdahale ve kontrol grubu gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Daha önce İYE geçirip tedavi alma durumlarına bakıldığında müdahale grubunun %66.7'si evet yanıtını verirken kontrol grubunun %57.6'sı evet yanıtını vermiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Müdahale ve kontrol gruplarındaki gebelerin %75.8'i vajinal duş uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Vajinal duş uygulama durumlarına bakıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Vajinal duş yapan gebelerin vajinal duş yapış şekillerine bakıldığında, vajinal duşsırasında müdahale grubunun %72.0'si su kullandığını ifade ederken, kontrol grubunun %60.0'ı su kullandığı belirtilmiştir, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Müdahale grubunun %63.6'sı vajinal kaşıntı durumu varlığını ifade ederken, kontrol grubunun %51.5'inin vajinal kaşıntı durumu varlığını ifade etmiş, müdahale ve kontrol grubundaki gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Gebelerin vajinal akıntı durumlarına bakıldığında müdahale grubunun %81.8'inin, kontrol grubunun %75.8'inin vajinal akıntısı olduğunu ifade etmiştir. Vajinal akıntı durumları varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Müdahale grubunun %54.5'inin cinsel ilişki uygulama sıklığının haftada 0-1 kez olduğunu ifade ederken, kontrol grubunun %66.7'sinin cinsel ilişki uygulama sıklığı haftada 0-1 kez olarak ifade etmiştir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.2. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERDE SON TEST SONRASI İDRAR YOLU ENFEKSİYONU SEMPTOMLARININ GÖRÜLME DURUMU

Tablo 7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerde Son Test Sonrası İYE Semptomları ve Görülme Durumuna Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	Müdahale grubu (n=33)		Kontrol grubu (n=33)		Toplam		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Semptom								
Var	2	6.1	10	30.3	12	18.2	0.01 1	0.023 *
Yok	31	93.9	23	69.7	54	81.8		
Semptomlar**								
Dizüri	-	-	5	15.2	5	7.6		
Pollaküri	-	-	1	3.0	1	1.5		
Suprapubik hassasiyet	-	-	-	-	-	-		
Ateş/yanma hissi	2	6.1	4	12.1	6	9.1		
Duraksayarak idrar yapma	-	-	-	-	-	-		

**Anlamlı. Fisher'in Kesin Testi*

***Semptomları olan gebelere ait bulgular.*

Araştırma kapsamına alınan gebelerde hijyen eğitimi sonrası İYE semptomlarının görülme durumuna ait bulgular Tablo-7'de görülmektedir. Müdahale grubunun %93.9'unda hijyen eğitimi sonrası İYE semptomları saptanmamıştır. Kontrol grubundaki gebelerin %30.3'ü İYE semptomlarının olduğunu belirtmiştir. Hijyen eğitimi sonrası müdahale ve kontrol gruplarının semptom durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Müdahale grubunda semptomları olan gebelerin %6.1'i İYE semptomlarından ateş/yanma hissi olduğunu belirtirken, kontrol grubundaki gebelerin %15.2'si İYE semptomlarından dizürisi olduğunu ifade etmiştir.

3.3. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDA BULUNAN GEBELERİN ÖN TEST VE SON TEST İYE VE GENİTAL HİJYEN PUANI ORTALAMALARINA GÖRE DAĞILIMI

Tablo 8. Müdahale Grubundaki Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası İYE ve Genital Hijyen Bilgi Puanı Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Ön test Bilgi Puan Ortalaması		Son test Bilgi Puan Ortalaması		Z	P*
	X	SD	X	SD		
Müdahale grubu (N=33)	75.45	12.20	95.00	1.45	-5.014	0.00

**Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi uygulanmıştır*

Araştırma kapsamına alınan müdahale grubundaki gebelerin hijyen eğitimi öncesi ve sonrası İYE ve Genital Hijyen Bilgi Puanları ortalamalarına ait bulgular Tablo-6’da görülmektedir. Müdahale grubunun eğitim öncesi bilgi puan ortalaması 75.45±12.20 iken, eğitim sonrası bilgi puan ortalaması 95.00±1.45 olarak saptanmıştır. Müdahale grubu gebelerin eğitim öncesi ve sonrası İYE ve Genital Hijyen bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(p<0.05).

Tablo 9. Kontrol Grubu Gebelerin Ön Test ve Son Test İYE ve Genital Hijyen Bilgi Puanı Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Ön Test Bilgi Puan Ortalaması		Son Test Bilgi Puan Ortalaması		t	P*
	X	SD	X	SD		
Kontrol grubu (N=33)	71.36	14.75	73.48	14.81	-2.461	0.019

**Bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır*

Araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki gebelerin İYE Ve Genital Hijyen Bilgi Puanları ortalamalarına ait bulgular Tablo-7’de görülmektedir. Kontrol grubunun ön test bilgi puan ortalaması 71.36±14.75 iken, son test bilgi puan ortalaması 73.48±14.81 olarak bulunmuştur. Kontrol grubu gebelerin ön test-son test İYE ve genital hijyen bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(p<0.05).

3.4. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDA BULUNAN GEBELERİN ÖN TEST VE SON TEST İDRAR YOLU ENFEKSİYONU VE GENİTAL HİJYEN BİLGİ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 10. Müdahale ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Ön Test ve Son Test İYE ve Genital Hijyen Puanı Ortalamalarına Göre Dağılımı

Bilgi Puan Ortalamaları	Müdahale Grubu (N=33)		Kontrol Grubu (N=33)		Toplam	
	$\bar{X} \pm Sd$	Min-Max	$\bar{X} \pm Sd$	Min-Max	t	P
Ön Test Bilgi Puan Ortalamaları	75.45±12.20	45.00-95.00	71.36±14.75	25.00-90.00	1.414	* 0.292
Son Test Bilgi Puan Ortalamaları	95.00±1.45	90.00-95.00	73.48±14.81	25.00-95.00	Z=- 7.126* *	0.000

*Bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır

**Mann Whitney U testi uygulanmıştır. (Levene's testi dikkate alınarak çözümleme yapılmıştır.)

Araştırma kapsamına alınan gebelerde ön test ve son test İYE ve Genital Hijyen Bilgi Puanları ortalamalarına ait bulgular Tablo-6'da görülmektedir. Müdahale grubunun ön test bilgi puan ortalaması 75.45±12.20 (min:45.00- max:95.00) iken, kontrol grubunun ön test bilgi puan ortalaması 71.36±14.75 (min:25.00- max:90.00) olarak belirlenmiştir. Müdahale grubunun son test bilgi puan ortalaması 95.00±1.45 (min:90.00-max:95.00) iken, kontrol grubunun son test bilgi puan ortalaması ise 73.48±14.81 (min:25.00- max:95.00)'tir. Müdahale ve kontrol grubunda bulunan gebelerin ön test bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı(p>0.05), son test bilgi puan ortalamaları arasında ise, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır(p<0.05).

3.5. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDA BULUNAN GEBELERİN ÖN TEST VE SON TEST GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞLARI ENVANTER PUAN ORTALAMALARINA GÖRE DAĞILIMI

Tablo 11. Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi – Sonrası Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanı Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Ön test GHDE Puan Ortalaması		Son test GHDE Puan Ortalaması		t	P*
	X	SD	X	SD		
Müdahale grubu (N=33)	69.30	10.35	84.51	5.69	-7.300	0.000

**Bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır*

Araştırma kapsamına alınan müdahale grubundaki gebelerin hijyen eğitimi öncesi ve sonrası Genital Hijyen Davranışları Envanteri Puan ortalamalarına ait bulgular Tablo-9’da görülmektedir. Müdahale grubunun eğitim öncesi GHDE puan ortalaması 69.30±10.35 iken, son testte GHDE puan ortalamasının 84.51±5.69 olduğu saptanmıştır. Müdahale grubunun eğitim öncesi ve sonrası GHDE puanlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır(p<0.05).

Tablo 12. Kontrol Grubu Gebelerin Ön Test ve Son Test Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanı Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Ön test GHDE Puan Ortalaması		Son test GHDE Puan Ortalaması		t	P*
	X	SD	X	SD		
Kontrol grubu (N=33)	73.30	12.52	74.81	16.03	-0.276	0.784

**Bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır*

Araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki gebelerin ön test ve son test Genital Hijyen Davranışları Envanteri Puan ortalamalarına ait bulgular Tablo-10’da görülmektedir. Kontrol grubunun eğitim öncesi GHDE puan ortalaması 73.30±12.52 iken, eğitim sonrası GHDE puan ortalaması 74.81±16.03 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin ön test ve son test GHDE puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır(p>0.05).

3.6. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDA BULUNAN GEBELERİN ÖN TEST VE SON TEST GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞLARI ENVANTER PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 13. Müdahale ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Ön Test ve Son Test Genital Hijyen Davranışları Envanter Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Envanter Puan Ortalamaları	Müdahale Grubu (N=33)		Kontrol Grubu (N=33)		Toplam	
	$\bar{X} \pm Sd$	Min-Max	$\bar{X} \pm Sd$	Min-Max	t	P*
Ön Test Envanter Puan Ortalamaları	69.30±10.35	45.00-84.00	73.30±12.52	44.00-93.00	1.414	0.162
Son Test Envanter Puan Ortalamaları	84.51±5.69	71.00-93.00	74.81±16.03	43.00-133.00	-4.595	0.000

**Bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır*

Araştırma kapsamına alınan gebelerde ön test ve son test Genital Hijyen Davranışları Envanteri puanları ortalamalarına ait bulgular Tablo-11’de görülmektedir. Müdahale grubu gebelerin eğitim öncesi envanter puan ortalaması 69.30±10.35 (min:45.00- max:54.00) iken, kontrol grubu gebelerin eğitim öncesi envanter puan ortalaması 73.30±12.52 (min:44.00- max:93.00) olarak belirlenmiştir. Müdahale grubunun eğitim sonrası envanter puan ortalaması 84.51±5.69 (min:71.00- max:93.00) iken, kontrol grubunun son test envanter puan ortalaması 74.81±16.03 (min:-7.00- max:42.00)’dir. Müdahale ve kontrol gruplarının ön test GHDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır(p>0.05). Müdahale ve kontrol gruplarının son test envanter puan ortalamalarına bakıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır(p<0.05).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. MÜDAHALE ve KONTROL GRUBU GEBELERE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Çalışmanın bu bölümünde araştırma kapsamında yer alan müdahale ve kontrol grubundaki gebelere ilişkin tanıtıcı bilgiler tartışılmıştır.

4.1.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri

Bu çalışmada yer alan gebelerin yaşları incelendiğinde müdahale grubundaki gebelerin yaş ortalamasının 28.64 ± 4.94 (min:18,max:41), kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalamasının 27.55 ± 5.02 (min:18,max:38) olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu gebelerin tümünün yaş ortalaması 28.09 ± 4.97 'dir (Tablo 3). Kavlak ve arkadaşlarının (2010) 'Gebelerin Genital Hijyen Davranışlarının Belirlenmesi' adlı çalışmasında, çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalamasını 26.470 ± 5.33 'tür(16). Çalışmamızda gebelerin yaş ortalamaları Kavlak ve arkadaşlarının çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada yer alan gebelerin eğitim durumları incelendiğinde müdahale grubunun %48.5'inin ilköğretim, %33.3'ünün ortaöğretim, %18.2'sinin üniversite ve üzeri eğitimi olduğu, kontrol grubundaki gebelere bakıldığında ise %51.5'inin ilköğretim, %36.4'ünün ortaöğretim, %12.1'inin üniversite ve üzeri olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu gebelerin tümünün eğitim durumlarına bakıldığında %50'sinin ilköğretim, %34.8'inin ortaöğretim, %15.2'sinin üniversite ve üzeri olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre ülkemizde 25-29 yaş grubundaki kadınların %44'ü, 45-49 yaş grubundaki kadınların ise %18'i en az lise mezunudur(41). Bu çalışmada gebelerin eğitim durumları TNSA verisi ile benzerlik göstermektedir. Kadınların eğitim durumlarının yüksek olması, onların sosyal ve ekonomik açıdan güçlü olmaları kadar, kendilerinin ve çocuklarının sağlığıyla ilgili bilgilere kolay ulaşmalarını sağlaması açısından da önemlidir. Ayrıca kadınların eğitim düzeyleri sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının da en önemli belirleyicilerindendir(14).

Gebelerin çalışma durumlarına bakıldığında müdahale grubundaki gebelerin %78.8'inin, kontrol grubundaki gebelerin %63.6'sının herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 3). Çalışma kapsamına alınan tüm gebelerin %71.2'si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Keskinoglu ve arkadaşlarının (2006) 'İzmir İli Üzerinde Sağlık Ocağı Bölgesindeki Gebelerdeki İdrar Yolu Enfeksiyonu Sıklığı ve Tanı Yöntemlerinin İrdelenmesi' isimli çalışmasında gebelerin %98.5'inin çalışmadığı tespit edilmiştir(35). Keskinoglu ve arkadaşlarının çalışmasında da kadınların çoğunun çalışmadığı saptanmıştır. Kadınların çalışma durumları, kadının potansiyel girişimci gücünü ortaya çıkartarak kadının statüsünü artırıp sağlıklı bir birey ve toplum yapısının oluşmasına katkı sağlayacaktır.

Gebelerin yaşadıkları yerler incelendiğinde müdahale grubunun %57.6'sının, kontrol grubun %48.5'inin kent merkezinde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 3). Kavlak ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada gebelerin %35.1'inin en uzun süre ile şehirde, %33.6'sının büyük şehirde yaşadığı belirlenmiştir(16). TNSA 2013 verilerine göre kadınların %81'i kentsel alanda yaşamaktadır(41). Çalışmamızdaki gebelerin yaşadıkları yerleri, Kavlak ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ve TNSA 2013 verileri ile paralellik göstermektedir. Gebelerin yüksek oranda kentlerde yaşaması sağlık kuruluşlarına da daha rahat ulaşacaklarını düşündürmüştür.

Çalışmaya dahil edilen gebelerin %47.0'si aylık ortalama gelirinin 1001-2000TL arasında, %34.8'inin 0-1000TL arasında olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 3). Aylık ortalama gelirinin yüksek olması sağlık hizmetlerine ulaşmada olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi belirleyen ana unsurlar eğitim, gelir durumu ve meslektir(38). Rudd ve arkadaşları (1999) yoksulların hastalıkları önleme programlarına, tedavi hizmetlerine ulaşmada sıkıntı çektiklerini belirtmiştir(39).

Müdahale grubundaki gebelerin %63.6'sının, kontrol grubundaki gebelerin %60.6'sının evlilik süresinin 0-5 yıl arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Ege ve Eryılmaz'ın (2005) 'Genital Hijyen Davranışları Envanterinin Geliştirilmesi' adlı çalışmasında deney grubundaki kadınların %34'ünün, kontrol grubundaki gebelerin %30'unun 5 yıl ve daha az süre ile evli olduğunu saptamıştır(4).

İlk evlilik yaşına bakıldığında müdahale grubundaki gebelerin evlilik yaş ortalaması 23.88 ± 4.48 , kontrol grubundaki gebelerin evlilik yaş ortalaması 22.21 ± 3.6 'dır (Tablo 3). TNSA 2013 verilerine göre ortanca ilk evlenme yaşının 21

olduğu saptanmıştır(41). Evlilik yaşı ülkemizde giderek yükselmekte, özellikle kırsal bölgelere göre kentlerde daha ileri yaşlarda evlilik yapılmaktadır. Bu çalışmada da araştırmaya katılan gebelerin çoğunun kent merkezinde yaşamasının evlilik yaşlarını da yükselttiği düşünülmüştür.

Müdahale ve kontrol grubundaki gebeler arasında sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, mesleği, en uzun süre ile yaşanan yer, gelir düzeyi, evlilik süresi, ilk evlilik yaşı) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Müdahale ve kontrol grubundaki gebeler benzer özelliklerdedir. Bu benzerlik çalışmanın yansızlığı açısından önemli ve gereklidir(100,107).

Müdahale ve kontrol grubu gebelerin benzer sosyo-ekonomik özelliklere sahip olması, müdahale olmayan durumlarda enfeksiyonlara karşıda benzer koruyucu önlemleri alacaklarını veya benzer şekilde tedaviye uyum sağlayacaklarını düşündürmektedir.

4.1.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri

Sık aralıklarla doğum yapmak kadının üreme sağlığını kötü etkileyerek mortalite ve morbiditenin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca genital enfeksiyonlara da zemin hazırlamaktadır(84). Çalışmaya dahil edilen gebelerin %54.5'inin en az 2 ve üzeri gebelik sayısına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Doğum sayısı ile İYE sıklığı birlikte ele alındığında, doğum sayısının artışına paralel olarak enfeksiyon oranında artış saptanmıştır. Yapılan çalışmalar ve literatür bilgilerine bakıldığında doğum sayısı ile enfeksiyon sıklığı arasında yakın ilişkiden söz edilmektedir(14,80,81).

Çalışmada yer alan müdahale grubundaki gebelerin ilk gebelik yaş ortalaması 24.73 ± 4.35 , kontrol grubundaki gebelerin ilk gebelik yaş ortalaması 24.00 ± 4.43 olarak saptanmıştır (Tablo 4). TNSA 2013 verilerine göre 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ilk doğum yaşının ortancası 22.9 olduğu görülmektedir(41). Araştırmaya katılan gebelerin ilk gebelik yaş ortalaması ile TNSA 2013 verileri benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmadaki müdahale grubundaki gebelerin %42.4'ünün II. Trimester (14-27. gebelik haftası), kontrol grubundaki gebelerin %42.4'ünün III. Trimester (28-40. gebelik haftası) döneminde olduğu saptanmıştır. Kavlak ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında, çalışmaya katılan gebelerin %79.9'unun gebelik haftası 25-40 hafta

arasında olduğu belirlenmiştir(16). Keskinoglu ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında araştırmanın yapıldığı anda gebelerin %36.9'unun III. Trimester'da olduğunu saptamışlardır(35). Bu çalışmadaki gebelerin gebelik haftası ile Kavlak ve arkadaşlarının, Keskinoglu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalar ile benzerlik göstermektedir(16,35). Sheikh ve arkadaşları (2000) İYE ve gebelik süresi arasında anlamlı ilişki bulmamıştır(31). Müdahale grubundaki gebelerin çoğunun II. Trimester, kontrol grubundaki gebelerin çoğunun III. Trimester döneminde olması İYE sıklığının görülmesi açısından incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması gebelik haftasının çalışmada karıştırıcı bir parametre olmayacağını düşündürmüştür.

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik sayılarına bakıldığında müdahale grubundaki gebelerin %54.5'inin, kontrol grubundaki gebelerin de %54.5'inin 2 ve üzerinde gebelik sayısına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin gebelik sayı ortalamasının 1.91 ± 1.00 olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Kavlak ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada gebelerin %35.1'inin ilk gebeliği olduğu belirlenmiştir(16). Çalışmamızdaki gebelerin, gebelik sayı ve ortalaması Kavlak ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile benzerlik göstermektedir. Güneş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birden fazla çocuk sahibi olmanın İYE riskini artırdığını saptamıştır(33). TNSA 2013 verilerine göre ülkemizde toplam doğurganlık hızı (TDH) kadın başına 2.26 doğumdur. TNSA 2008'de elde edilen 2.16'dan istatistiksel olarak farklı olmayan bu hız, dönemsel doğurganlığın son beş yılda azalmadığını, aksine durağanlaştığını göstermektedir(41). Çalışmadaki gebelerin çoğunun 2'den fazla gebelik sahibi olması birden fazla çocuk sahibi olmanın İYE riskini artırdığını doğrulayıcı olabilir.

İdrar yolu enfeksiyonu gebelerde prematür doğum, düşük doğum ağırlığı ve fetal-neonatal mortaliteye neden olduğu bildirilmektedir(20,66). Çalışmadaki müdahale grubundaki gebelerin %12.1'inin, kontrol grubundaki gebelerinde %12.1'inin önceki doğumlarında abortus öyküsü olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Abortus/küretaj sonrası kanama ve travmaya bağlı olarak enfeksiyona yatkınlık artmaktadır(51,84). Bu nedenle abortus ve küretaj kadınlarda genital enfeksiyonlara yakalanma riskini artırabilir. Keskinoglu ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada gebelerin önceki gebeliklerinde abortus öyküsü %18.2 olduğu belirlenmiştir(35).

Ancak idrar yolu enfeksiyonunun tek başına abortustan sorumlu olduğunu söylemek mümkün değildir.

Çalışmaya katılan müdahale grubundaki gebelerin %50.0'sinin, kontrol grubundaki gebelerin %60.0'ının son doğum şekline bakıldığında sezaryen ile doğum yaptığı saptanmıştır (Tablo 4). T.C. 2012 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı verisine göre sezaryen oranı tüm doğumların %48.0'i olarak saptanmıştır. Çalışmadaki sezaryen oranı ile T.C. 2012 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı verisi benzerlik göstermektedir. Sezaryen doğumların gerek ülkemizde gerekse çalışmamızda DSÖ'nün ön gördüğü oranlardan daha yüksek olması sezaryen doğumlarla ilgili ülkemizdeki tartışmaların gerekliliğini bir kez daha göstermektedir.

Bu çalışmada müdahale grubundaki gebelerin %51.5'i, kontrol grubundaki gebelerin ise %39.4'ü gebelikleri öncesi korunma yöntemi kullanma durumlarına evet yanıtını vermişlerdir (Tablo 4). Müdahale grubu ile kontrol grubundaki gebelerin gebelik öncesi korunma yöntemi kullanma oranları farklı olsa da bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. TNSA 2013 verilerine göre 15-49 yaş arasındaki (evli kadınların) gebelerin %74'ünün aile planlaması yöntemi kullandığını saptamıştır(41).

Gruplar obstetrik ve jinekolojik özellikler (ilk gebelik yaşı, gebelik haftası, gebelik sayısı, abortus varlığı, doğum yapma durumu, son doğum şekli, gebelik öncesi korunma yöntemi kullanma durumu) açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Bu bulgular müdahale ve kontrol gruplarındaki gebelerin İYE'ye etki edebilecek doğurganlık özellikleri açısından birbirlerine benzer olduğunu göstermesi yönüyle önemlidir.

4.1.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Alışkanlıkları ve Kendi Sağlık Durumlarını Değerlendirmeleri

Müdahale grubundaki gebelerin %78.8'i, kontrol grubundaki gebelerin %81.8'i sigara kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Müdahale grubundaki gebelerin %63.6'sı, kontrol grubundaki gebelerin %54.5'i beslenme durumunu iyi/çok iyi olarak, müdahale grubundaki gebelerin %69.7'si, kontrol grubundaki gebelerin %57.6'sı beden sağlığını normal olarak, müdahale grubundaki gebelerin %69.7'si, kontrol

grubundaki gebelerin %57.6'sı ise ruh sağlığını normal olarak değerlendirip ifade etmişlerdir (Tablo 5). Enfeksiyon hastalıklarıyla savaşta en önemli yaptırım eğitimidir. Halk, sağlığı konusunda duyarlıdır, eksik ve yanlışları ancak bilgi eksikliğinden kaynaklanabilir. Kişilere yeterli ve dengeli beslenme, sigara- alkol gibi maddelerin vücutta yarattığı zararlar, beden sağlığı için yapılacak egzersizlerden bahsedilerek sağlık durumları iyileştirilebilir(47).

4.1.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin İdrar Yolu Enfeksiyonu Öyküsü ve Genital Hijyen Davranışları

Araştırmaya katılan müdahale grubundaki gebelerin %72.7'sinin, kontrol grubundaki gebelerin %63.6'sının daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirme öyküsü olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Müdahale ve kontrol grubu gebeler arasında daha önce İYE geçirme öyküsü bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu benzerlik İYE'nin yinelenmesi açısından çalışma için önemli eşleştirmelerden biridir. Keskinöğlü ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada öyküsü alınan gebelerin %28.8'inde önceki gebeliklerinde idrar yolu enfeksiyonu geğirdiği saptanmıştır(35). Önceki gebeliklerinde geçirilen İYE şuan ki gebeliklerinde enfeksiyon varlığını kolaylaştırıcı etkide bulunabileceği düşünölmektedir. Foxman, gebelerde İYE meydana gelmesinde rol oynayan nedenleri kötü hijyenik bakım, ileri yaş gebeliği, çok sayıda gebelik, düşük sosyo-ekonomik durum ve önceki gebeliklerde İYE öyküsü olarak sıralamıştır(36). Al-Sibai ve arkadaşları önceki gebeliklerde İYE sıklığını %45.8olarak saptamıştır(37).

Müdahale grubundaki gebelerin %66.7'si, kontrol grubundaki gebelerin %57.6'sı önceki İYE öyküsünde tedavi aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 6). İYE gelişmeden koruyucu önlemlerle (genital hijyen temizliğine dikkat edilmesi vb.) önüne geçilmesi olumlu etki yaratacağı düşünölmektedir. Yıldırım'ın (2009) 'Kırsal veya Kentsel Bölgede Yaşayan Kadınlarda Genital Hijyen Davranışları ve İlişkili Faktörler' adlı çalışmasında İYE öyküsü olan kadınların %44.8'inin tedavi aldıklarını saptamıştır(6). Yine aynı çalışmada kırsal bölgede yaşayan kadınların İYE öyküsü olup tedavi almama durumu %76.5 olarak saptanmıştır. Çalışmadaki oranın yüksek olmasının nedeni, çalışmanın üç büyük şehirden birinde yapıılıyor olmasından kaynaklandığı düşünölmektedir. Kaya'nın (1993) 'Genital Enfeksiyonların Kadının

Psikososyal Sağlığına Etkisi' adlı çalışmasında daha önceden genital enfeksiyon geçiren kadınların sadece %34.7'sinin bir kez tedavi olduğunu saptamıştır(95).

Normal vajinal sekresyon renksiz, kokusuz, kansız ve iç çamaşırında sarı ya da soluk kahverengi iz bırakabilir. Normal vajinal akıntı ciltte tahrişe neden olmaz(26,27,40). Vajinal duş uygulaması kadınlar arasında çok yaygın olduğu ve vajinal duşun genital enfeksiyonlarda önemli bir neden olduğu belirtilmektedir(96). Çalışmadaki müdahale grubundaki gebelerin %75.8'i, kontrol grubundaki gebelerin de %75.8'i vajinal duş uyguladığını ifade etmişlerdir. Gebelerin %66.0'ı vajinal duş uygularken su kullandıklarını, %34.0'ı ise su+sabun kullandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 6). Türkiye'de Ege ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada kadınların %61.5'inin vajinal duş uyguladıkları saptanmıştır(90). Çalışmamızdaki vajinal duş uygulama durumu ile Ege'nin yaptığı çalışma arasında benzerlik göstermektedir. Kadınlar vajinal duş uygulamasını normal bir davranış olarak görmektedir(97). Vajinal duş hijyenik davranışların bir parçası olarak görülmektedir(72). Oysa ki vajenin kimyasal yapısını bozmakta, floraya zarar vermekte, cinsel yolla bulaşan hastalıklar riskini artırmaktadır(98). Çalışmamızdaki gebelerin %57.6'sı vajinal kaşıntı varlığını ifade ederken, %78.8'i de vajinal akıntıları olduğunu belirtmişlerdir. Vajinal duş uygulamasının İYE için enfeksiyona zemin hazırladığı düşünülmektedir(99). Vajinal kaşıntı ve akıntı varlığı da gebelerin sosyal yaşamını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu durumlara olumsuz hijyen koşulları, eğitim seviyesi, sağlık kuruluşlarına gitmekten çekinme, muayene olmaktan korkma vb faktörler etkili olabilir. Genital hijyen uygulamaları için yapılacak eğitimler, genital hijyen uygulamalarını iyileştirir ve genital enfeksiyonların önlenmesine katkıda bulunabilir(80).

Çalışmamızdaki gebelerin %60.6'sı cinsel ilişki uygulama sıklığını haftada 0-1 kez olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 6). Yıldırım'ın (2009) yaptığı çalışmada kadınların cinsel ilişki sıklığı ile genital enfeksiyon görülmesi arasında ilişki saptanmamıştır(6). Cinsel ilişki cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi birçok genital enfeksiyonun görülme sıklığı artırır(14). Cangöl'ün yaptığı çalışmada da cinsel ilişki sıklığı ile genital enfeksiyon görülmesi açısından aralarında ilişki bulunmamıştır(95). Bu konuda yapılmış benzer çalışmalarda da ilişki sıklığı ile genital enfeksiyon görülme durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır(94).

Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin İYE öyküsü ve genital hijyen davranışı (İYE geçirme öyküsü, tedavi alma öyküsü, vajinal duş uygulama durumu, vajinal duş yapış şekli, vajinal kaşıntı durumu, vajinal akıntı durumu, cinsel ilişki uygulama sıklığı) açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Grupların benzer özellikte olması çalışma sonuçlarında eğitimin etkisini gösterebilmesi açısından önemlidir.

4.2. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERDE SON TEST SONRASI İDRAR YOLU ENFEKSİYONU SEMPTOMLARININ GÖRÜLME DURUMU

Çalışmanın bu bölümünde araştırma kapsamında yer alan müdahale ve kontrol grubundaki gebelerde son test sonrası İYE semptomlarının görülme durumu tartışılmıştır.

4.2.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Son Test Sonrası İYE Semptomları Görülme Durumu ve Var Olan Semptomları

Çalışmaya katılan müdahale grubundaki gebelerin %93.9'u verilen hijyen eğitimi sonrası İYE semptomlarının görülmediğini ifade ederken, kontrol grubundaki gebelerin ancak %39.7'si İYE semptomlarının olmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 7). Kontrol grubunda bulunan gebelerde antibiyotik kullanmalarına ve tıbbi tedavi almalarına rağmen hala %30.3 oranında İYE semptomlarının görülmesi; antibiyotik tedavisi kadar genital hijyen eğitiminin önemini göstermesi açısından önemli bir bulgudur. Müdahale grubunda İYE semptomlu gebe sayısı yalnızca iki gebedir. Bu gebeler semptom olarak ateş/yanma hissi olduğunu ifade ederken, kontrol grubundaki İYE semptomu olan gebelerin (%30.3); %15.2'si dizüri varlığını, %12.1'i ateş/yanma hissi olduğunu, %3.0'ü de pollaküri varlığını ifade etmişlerdir. Son test sonrası müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin semptom durumlarına bakıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Bu sonucun verilen hijyen eğitiminin semptomların tekrarlanmasını önlemede önemli olumlu etki gösterdiği düşünülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli unsurlarından biri bireylere verilen sağlık eğitimidir(96). Sağlık eğitimi içinde verilen genital hijyen uygulamalarına ilişkin bilgiler çok önemli yer tutmaktadır. Kadınlarda özellikle gebelerde yeterli ve doğru hijyen yapılmadığında kadında enfeksiyon oluşabilir ve anne-bebek sağlığı olumsuz etkilenebilir(77). Yavuz ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılan 'İdrar yolu enfeksiyonu saptanan 15-49 yaş grubu kadınların perine bakımıyla ilgili bilgi düzeylerinin saptanması' adlı çalışmada idrar yolu enfeksiyonu

saptanan 15-49 yaş grubu kadınların %50 oranında hastalığın bilgi eksikliği nedeniyle tekrarladığını saptamışlardır(2). Yine benzer çalışmalarda genital hijyene ilişkin bilgilerin daha çok yazılı ve görsel basından elde edildiği, sağlık personellerinden alınan bilgi oranının düşüklüğü saptanmıştır(82,83,95). Sağlık personellerinin vereceği hijyen eğitiminin önemi bu çalışmada bir kez daha vurgulanmaktadır.

4.3. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNUN ÖN TEST VE SON TEST İYE VE GENİTAL HİJYEN BİLGİ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmanın bu bölümünde araştırma kapsamında yer alan müdahale ve kontrol grubundaki gebelerde ön test ve son test İYE ve genital hijyen bilgi puanı ortalamalarına göre dağılımı tartışılmıştır.

4.3.1. Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi – Sonrası İYE ve Genital Hijyen Bilgi Puanı Ortalamaları

Çalışmada yer alan müdahale grubundaki gebelerin eğitim öncesi İYE ve genital hijyen bilgisi puan ortalaması 75.45 ± 12.20 iken, eğitim sonrası İYE ve genital hijyen bilgisi puan ortalaması 95.00 ± 1.45 olarak saptanmıştır (Tablo 6). Müdahale grubundaki gebelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası İYE ve genital hijyen bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında iki eş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Verilen hijyen eğitimi ile İYE ve genital hijyen bilgi soruları hakkında farkındalık yaratıldığı düşünülmektedir. Eğitim sonrası müdahale grubunun İYE ve genital hijyen bilgi puan ortalaması önemli ölçüde arttığı saptanmıştır. Eğitim ve öğrenmeyle ilgili görüşlere bakıldığında tekrarlanmayan bilgi unutulmaktadır. Bununla birlikte alınan eğitimin içeriği, kapsamı ve sürekliliği bilginin kalıcılığında önemli yer tutmaktadır(102,103). Ege ve Eryılmaz'ın (2006) yaptığı bir çalışmada planlı genital hijyen davranışı eğitiminin kadınların genital hijyen davranışlarını olumlu şekilde etkilediği saptanmışlardır(101).

4.3.2. Kontrol Grubu Gebelerin Ön Test ve Son Test İYE ve Genital Hijyen Bilgi Puanı Ortalamaları

Çalışmamızda yer alan kontrol grubundaki gebelerin ön test İYE ve genital hijyen bilgisi puan ortalaması 71.36 ± 14.75 iken, son test İYE ve genital hijyen bilgisi puan ortalaması 73.45 ± 14.81 olarak bulunmuştur (Tablo 7). Kontrol grubundaki gebelerin ön test ve son test İYE ve genital hijyen bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında iki eş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Bir hastalık yaşandığında buna ilişkin kişilerin çeşitli kaynaklardan bilgi

arayışına girdiği ve farkındalık ile bilginin bir miktar arttığı ancak ebe veya sağlık personeli tarafından verilen eğitim kadar etkili olmadığı görülmüştür.

4.4. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDA BULUNAN GEBELERİN ÖN TEST VE SON TEST İYE VE GENİTAL HİJYEN BİLGİ PUANI KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmanın bu bölümünde araştırma kapsamında yer alan müdahale ve kontrol grubundaki gebelerde ön test ve son test İYE ve genital hijyen bilgi puanı ortalamaları arasındaki fark tartışılmıştır.

4.4.1. Müdahale ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Ön Test ve Son Test İYE ve Genital Hijyen Bilgi Puanı Ortalamaları Arasındaki Fark

Çalışmaya katılan müdahale grubundaki gebelerin eğitim öncesi İYE ve genital hijyen bilgi puanı ortalaması 75.45 ± 12.20 'dir. Müdahale grubundaki gebelerin eğitim sonrası İYE ve genital hijyen bilgi puanı ortalaması 95.00 ± 1.45 'tir. Müdahale grubundaki gebelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası İYE ve genital hijyen bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Çalışmaya katılan kontrol grubundaki gebelerin ön test İYE ve genital hijyen bilgi puanı ortalaması 71.36 ± 14.75 'tir. Kontrol grubundaki gebelerin son test İYE ve genital hijyen bilgi puanı ortalaması 73.45 ± 14.81 'dir. Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin ön test bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Fakat müdahale grubundaki gebeler ile kontrol grubundaki gebeler arasında son test bilgi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p > 0.05$). Müdahale grubundaki gebelerin aldıkları hijyen eğitimi bilgi puanlarını artırdığı görülmüştür. Kontrol grubundaki gebelere uygulanan ön test bireylerde farkındalık yaratmıştır ve az da olsa bilgi puan ortalamalarını artırmıştır. Ünsal ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılan 'Doğu karadenizdeki bir belde ve ona bağlı dokuz köyde yaşayan bireylerin genital hijyen davranışları' adlı çalışmada genital hijyen hakkındaki bilgi düzeylerine bakıldığında; genital ve idrar yolu enfeksiyonlarının yaşanmaması için en önemli şey sorusuna araştırmaya katılan kadınların %66.7'sinin temizlik cevabını verdikleri saptanmıştır(18). Araştırmanın sonuçlarına göre bireylerin genital hijyen konusunda eğitime ihtiyaçlarının oldukları saptanmıştır. Toplumla ilgili pek çok sorunun çözümünde kadınların formal eğitim düzeyinin ve sosyal statüsünün artırılması önemlidir(104).

4.5. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN ÖN TEST VE SON TEST GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞLARI ENVANTER (GHDE) PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmanın bu bölümünde araştırma kapsamında yer alan müdahale ve kontrol grubundaki gebelerde ön test ve son test Genital Hijyen Davranışları Envanter puan ortalamaları arasındaki fark tartışılmıştır.

4.5.1. Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi – Sonrası Genital Hijyen Davranışları Envanter Puan Ortalamaları

Çalışmaya katılan müdahale grubundaki gebelerin eğitim öncesi GHDE puan ortalaması 69.30 ± 10.35 olarak hesaplanmıştır. Müdahale grubundaki gebelerin eğitim sonrası GHDE puan ortalaması 84.51 ± 5.69 olarak saptanmıştır. Müdahale grubundaki gebelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası GHDE puan ortalamalarına bakıldığında iki eş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Kavlak ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada gebelerin GHDE puan ortalaması 81.68 ± 11.79 olarak saptanmıştır(16). Ege ve Eryılmaz'ın (2005), gebe olmayan kadınlarda GHDE ile ilgili çalışmasında ölçek puan ortalaması 77.7 ± 12.8 olarak belirlenmiştir. Gebelikte GHDE puanının yüksek olması gebelikte kadınların prenatal bakım hizmeti alması nedeniyle sağlık personelleri ile daha sık görüşmeleriyle açıklanabilir. Kavlak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayla çalışmamız karşılaştırıldığında GHDE puan ortalamasının bu çalışmada daha yüksek olması verdiğimiz hijyen eğitiminin etkililiği ile açıklanabilir. Bu bulgular eğitimin bilgi kadar davranışlara da yansıdığını göstermektedir.

4.5.2. Kontrol Grubunun Ön Test ve Son Test Genital Hijyen Davranışları Envanter Puan Ortalamaları

Çalışmaya katılan kontrol grubundaki gebelerin ön test GHDE puan ortalaması 73.30 ± 12.52 , son test GHDE puan ortalaması 74.81 ± 16.03 'tür. Kontrol grubundaki gebelerin ön test- son test GHDE puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Kontrol grubundaki gebelerin ön test GHDE puan ortalaması ile son test GHDE puan ortalaması arasında az da olsa bir artış söz konusu olmuştur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum ön test uygulanırken gebelere hijyen bilgisi konusunda farkındalık yaratıldığı ile açıklanabilir.

4.6. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDA BULUNAN GEBELERİN ÖN TEST VE SON TEST GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞLARI ENVANTER PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

4.6.1. Müdahale ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Ön Test ve son Test Genital Hijyen Davranışları Envanter Puan Ortalamaları Arasındaki Fark

Çalışmaya katılan müdahale grubundaki gebelerin ön test GHDE puan ortalaması ile son test GHDE puan ortalaması arasındaki fark 15.21 ± 11.97 . Kontrol grubundaki gebelerin ön test GHDE puan ortalaması ile son test GHDE puan ortalaması arasındaki fark 1.51 ± 8.50 . Müdahale ve kontrol gruplarındaki gebelerin ön test envanter puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Müdahale ve kontrol gruplarındaki gebelerin son test envanter puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Dalbudak ve Bilgili tarafından 2013 yılında yapılan ‘GATA kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları ve bu davranışların vajinal enfeksiyona etkisi’ adlı çalışmalarında vajinal enfeksiyonu olan kadınların GHDE puan ortalamasının 77.41 ± 9.05 , vajinal enfeksiyonu olmayan kadınların GHDE puan ortalamasını 82.58 ± 9.43 olarak saptamıştır(108). Çalışma araştırma bulgularımızla paralellik göstermektedir. Kavlak ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında GHDE’den aldıkları puan ortalaması 81.68 ± 11.79 olarak saptanmıştır(16). Ege ve Eryılmaz’ın (2005) gebe olmayan kadınlarda GHDE ile ilgili çalışmasında ölçek puan ortalamasını 77.7 ± 12.8 olarak saptamıştır(101). Apay ve arkadaşlarının (2014) ‘Yedi Farklı İldeki Kadınların Genital Hijyen Davranışlarının Belirlenmesi: Çok Merkezli Kesitsel Bir Çalışma’da en yüksek GHDE puan ortalamasına sahip olan ili Ankara (83.15 ± 12.09), en düşük GHDE puan ortalamasına sahip olan ili de Erzurum (74.12 ± 12.19) olarak saptamıştır(46). Çakmakçı ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılan ‘Gebelikte olumlu davranış envanteri: Bir metodolojik çalışma’ da lise ve üzeri eğitim alan gebelerin olumlu davranış skorlarını, ilköğretim mezunu olan gebelere göre daha yüksek bulmuştur. Eğitim faktörü her alanda olduğu gibi kadın sağlığını da etkileyen önemli bir faktördür. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça sağlıkla ilgili olumlu davranışlar uygulama durumları da artmaktadır(40).

Nola Pender’in geliştirdiği Sağlığı Geliştirme Modeli’nde davranışa ilişkin algılanan yararlılardan bahsetmiş ve sağlık davranışı sonucunda oluşması beklenen

olumlu çıktıları belirtmiştir. Birey kazanması gereken sağlık davranışının sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini algılar ve bilirse bu davranışa başlama ve sürdürmeye kolaylıkla karar verebileceğini saptamıştır(105).

Sağlık eğitiminde; birey, aile ve toplumun kendi beklentilerini, önceliklerini, geleneklerini, inanç ve değerlerini, sağlık ve hastalık algılarını dikkate alarak istendik davranış değişikliği sağlamak son derece önemlidir. Kişilerde davranış değişikliği oluşturulurken, eğitim düzeyleri, o konudaki bilgileri, sosyo-kültürel faktörler ve hastalığı/sağlığı algılamalarına bağlıdır(97).

Simonds; kişilerde eğitim sonunda davranış değişikliği meydana geliyorsa o zaman o sağlık eğitiminin amacına ulaşmış olduğunu belirtmiştir(98). Çalışmada gebelerde genital hijyen uygulamaları konusunda davranış değişikliği olduğu düşünülmüştür.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

Gebelik döneminde İYE tanısı alan gebelere verilen genital hijyen eğitiminin, İYE semptomları görülme durumuna etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada;

Hijyen eğitimi sonrası müdahale ve kontrol gruplarının semptom durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgular ile H1 hipotezi doğrulanmıştır. H1: ‘Genital hijyen eğitimi alan ve almayan gebelerin eğitim sonrasında idrar yolu enfeksiyonu semptomlarının varlığı açısından aralarında fark vardır’.

Müdahale grubunun %93.9’unda hijyen eğitimi sonrası İYE semptomları saptanmamıştır. Kontrol grubundaki gebelerin ise %30.3’ü İYE semptomlarının olduğunu belirtmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular ile ikinci hipotez doğrulanmıştır. H2: ‘Genital hijyen eğitimi alan gebelerde almayan gebelere göre idrar yolu enfeksiyonu semptomları görülme durumu düşük düzeydedir’

Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin eğitim öncesi bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p<0.05$). Bu bulgular ile üçüncü hipotez doğrulanmamıştır. 3: ‘Genital hijyen eğitimi alan ve almayan gebelerin eğitim öncesi bilgi düzeyleri arasında fark vardır’.

Müdahale ve kontrol gruplarının eğitim sonrası İYE ve genital hijyen bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgular ile dördüncü hipotez doğrulanmıştır. H4: ‘Genital hijyen eğitimi alan gebelerin almayan gebelere göre eğitim sonrası İYE ve genital hijyen bilgi puanı daha yüksektir’.

Müdahale ve kontrol grubundaki gebeler arasında eğitim öncesi GHDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgular ile beşinci hipotez doğrulanmamıştır. H5: ‘Genital hijyen eğitimi alan ve almayan gebelerin eğitim öncesi Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanları arasında fark vardır’.

Müdahale ve kontrol gruplarının eğitim sonrası GHDE puan ortalamalarına bakıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgular ile altıncı hipotez doğrulanmıştır. H6: ‘Genital hijyen eğitimi alan gebelerin almayan gebelere göre eğitim sonrası Genital Hijyen Davranışları Envanter Puanları daha yüksektir’.

Çalışmada tüm bu bulgular ışığında idrar yolu enfeksiyonu olan gebelere verilen genital hijyen eğitiminin gebelerin bu konuda bilgilerini arttırdığı, davranışlarını geliştirdiği ve tüm bunlarında idrar yolu enfeksiyonu semptomlarının iyileşmesine katkıda bulunduğunu söylemek mümkündür.

5.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- İYE semptomları olan gebelere genital hijyen konusunda davranış becerilerini geliştirmek için genital hijyen eğitiminin rutin olarak verilmesi,
- Sadece gebelere değil tüm kadınlara gerek bireysel düzeyde gerekse toplu eğitimlerle genital hijyen uygulamaları hakkında sağlık eğitiminin verilmesi,
- Birinci basamakta İYE tanısı konulup erken girişim ve eğitim verilmesi,
- Genital hijyen konusunda daha kapsamlı ve karşılaştırmalı çalışmaların yapılması,
- Genital hijyen davranışları için farklı ölçekler kullanılarak çalışmalar yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Nguyen HT. Bacterial infections of the genitourinary tract. In: Tanagho EA, McAninch JW, editors. Smith's General Urology 17th ed. New-York: McGraw-Hill Pres; 2008; (13) :193-213.
2. Yavuz D, Kavlak H, Arslan Ş, Bulut A, Aslan Ş. İdrar yolu enfeksiyonu saptanan 15-49 yaş grubu kadınların perine bakımıyla ilgili bilgi düzeylerinin saptanması. Burdur: 1. Burdur Sempozyum Kitabı, 2007: 1572-1575.
3. Gönen İ, Akçam ZF, Yaylı G. Kadınlarda sık görülen üriner enfeksiyonlara yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2004;13:4:128-130.
4. Ege E, Eryılmaz G. Genital Hijyen Davranışları Envanterinin Geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005;8:3:67-75.
5. Demirbağ AC. Kadınlarda idrar yolu enfeksiyonlarında hijyenik alışkanlıklarla ilgili risk faktörleri, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000;4(2):5258.
6. Yıldırım F. Kırsal veya kentsel bölgede yaşayan kadınlarda genital hijyen davranışları ve ilişkili faktörler. (2009). Tez (Yüksek Lisans). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
7. İnci M, İnci M, Davarcı M. Gebelikte görülen üriner sistem enfeksiyonları ve tedavisi. Gebelikte Ürolojik Problemler Türk Üroloji Seminerleri 2011;2:124-6.
8. Çolak H. Gebelik, doğum ve abortusla ilgili enfeksiyonlar. Enfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi. Editörler: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002;1:1089-101.
9. Uzun Ö. Gebelikte üriner sistem enfeksiyonları (Nasıl Tedavi Edelim). Hacettepe Tıp Dergisi 2001;32:154-9.
10. William W, Beck Jr, C MD. The National Medical Series For Independent Study. Kadın Hastalıkları ve Doğum. Uçar A (editör). İstanbul: 67-68.
11. Sweet RL. Bacteriuria and pyelonephritis during pregnancy. Semin Perinatol 1977;1:25-40.
12. Sobel JD, Kaye D. Urinary tract infections. Mandel GL, Bennett JE, Dolin R (eds). In: Principles of practice of infectious diseases. Fifth edition. Volume 1. USA: Churchill Livingstone; 2000:773-805.
13. Sargın S, Arpalı E. İdrar yolu enfeksiyonları. Campell Üroloji. Anafarta MK, Yaman MÖ, editörler. 8. baskı. Cilt 1. Ankara: Güneş Kitabevi; s:515-602.

14. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara. 11. Baskı. 2012.
15. Hacıoğlu N, İnandı T, Pasinlioğlu T. Erzurum ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve merkezine başvuran kadınlarda genital yol enfeksiyonlarının sıklığı ve risk faktörleri. Atatürk Üniversitesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. Erzurum 2000;3:11-18.
16. Kavlak O, Saruhan AO, Er S, Şen E, Sevil Ü. Gebelerin genital hijyen davranışlarının belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2010;26:53-63.
17. Çalışkan D. Geleneksel intravaginal uygulama ‘vajinal duş, lavaj’ yapılmalı mı? Yapılmamalı mı?. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2005;14:1:15-18.
18. Ünsal A, Özyazıcıoğlu N, Sezgin S. Doğu karadenizdeki bir belde ve ona bağlı dokuz köyde yaşayan bireylerin genital hijyen davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13:2.
19. Saltoğlu N. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Toplumdan edinilmiş enfeksiyonlara pratik yaklaşımlar sempozyum dizisi. 2008;139-150.
20. Mittal P, Wing DA. Urinary tract infections in pregnancy. Clin Perinatal. 2005;32:749-764.
21. Dason S, Dason JT, MBBS, CCFP, Kapoor A. Guidelines for the diagnosis and management of recurrent urinary tract infection in women. Canadian Urology Association Journal. 2011;316-322. Doi: 10.5489/cuaj.11214. Erişim Adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3202002/pdf/cuaj-5-316.pdf>.
22. Hawn TR, Scholes D, Li SS, Wang H, Yang Y, Roberts PL. Toll-like receptor polymorphisms and susceptibility to urinary tract infections in adult women. 2009. PLoS ONE, 4(6), e5990. Doi:10.1371/journal.pone.0005990. Erişim Adresi: <http://www.plosone.org/article/info%2F10.1371%2Fjournal.pone.0005990>.
23. Kodner CM, Gupton EKT. Recurrent urinary tract infections in women: Diagnosis and management. American Family Physician, 82, 638-643. 2010. Erişim Adresi: <http://journals.dev.aafp.org/XML-journal-files/afp/2010/0915/svn/text-base/afp20100915p638.pdf.svn-base>.
24. Lee YS, Kim JY, Park WH, Choo MS, Lee KS. Prevalence and treatment efficacy of genitourinary mycoplasmas in women with overactive bladder symptoms. Korean Journal of Urology, 51,625-630. Erişim Adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2941811/pdf/kju-51-625.pdf>.

25. Bleidorn J, Gagyor I, Kochen MM, Wegscheider K, Hummers-Pradier E. Symptomatic treatment (ibuprofen) or antibiotics (ciprofloxacin) for uncomplicated urinary tract infection? Results of a randomized controlled pilot trial. 2010. BMC Medicine, 8,30. Doi:10.1186/1741-7015-8-30. Erişim Adresi: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-8-30.pdf>.
26. Marin MG, King R, Sfameni S, Graeme JD. Adverse behavioral and sexual factors in chronic vulvar disease. Am J Obstet Gynecol.2000;183:34-8.
27. Karaer G, Özvarış ŞB. Bir sağlık merkezi bölgesindeki gecekondularda yaşayan kadınların genital hijyene ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2006;10(1):7-14.
28. Mashburn J. Etiology, diagnosis and management of vaginitis. Journal of Midwifery&Women's Health.2006;51:423-430.
29. Andriole VT, Patterson TE. Epidemiology natural history and management of urinary tract infections in pregnancy. Med Clin North Am 1991;75:359-73.
30. McLean AB. Urinary tract infection in pregnancy. Int J Antimicrob Agents 2001;17:273-277.
31. Sheikh MA, Khan MS,Khatoun A, Arain GM. Incidence of urinary tract infection during pregnancy. East Mediterr Health J. 2000;6:265-271.
32. Uzun Ö. Gebelikte üriner sistem enfeksiyonları. Hacettepe Tıp Dergisi. 2001;32:2:154-159.
33. Güneş G, Güneş A, Tekiner S, Karaoğlu L, Kaya M, Pehlivan E. Bacteriuria and socioeconomic associations among pregnant women in Malatya, Turkey. Public Health,2005;119:1039-1041.
34. Himmetoğlu Ö, Onan MA. Gebelikte üriner sistem enfeksiyonları ve hastalıkları. İçinde: Yamaç K, Gürsoy R, Çakır N, editörler. Gebelik ve Sistemik Hastalıklar. Ankara: MN Medikal&Nobel, 2002:628-639.
35. Keskinöğlu P, Giray H, Meseri R, Sönmez Y, Karakuş N. İzmir ili üzerinde sağlık ocağı bölgesindeki gebelerdeki idrar yolu enfeksiyonu sıklığı ve tanı yöntemlerinin irdelenmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2006;15:12:207-213.
36. Foxman B. Epidemiology of urinary infections incidence,morbidity and economic costs. Am J. Med 2002;113:55-113.
37. Al Sibai H, Saha A, Rasheed P. Socio-biological correlates of bacteriuria in Saudi pregnant women Public Health 1989;130:113-121.

38. Aktaş AM. Türkiye’de kadın sağlığını etkileyen sosyo-ekonomik faktörler ve yoksulluk. *Aile ve Toplum*. 2007;3:12:65-72.
39. Rudd RE, Moeykens BA, Colton TC. Health and Literacy. *Annual Review of Adult Learning and Literacy*. Comings J, Garners B, Smith C. eds. New York, Jossey-Bass,1999.
40. Çakmakçı A, Eser E. Gebelikte olumlu davranış envanteri: Bir metodolojik çalışma. *Hemşirelik Forumu*, 2003;6:3,8-18.
41. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması(TNSA) 2013.
42. Fakhri M, Hamzehgardeshi Z, Hajikhani GN, Komili A. Promoting menstrual health among persian adolescent girls from low socioeconomic backgrounds: a quasiexperimental study. *BMC Public Health*. 2012;12:193:1-5. [PMID:22420743].
43. Dongre AR, Deshmukh PR, Garg BS. The effect of community-based health education intervention on management of menstrual hygieneamong rural Indian adolescent girls. *World Health Popul*. 2007;9:3:48-54. [PMID:18272942].
44. Ott MA, Ofner S, Fortenberry JD. Beyond douching: use of feminine hygiene products and STI risk among young women. *J Sex Med*.2009;6:5:1335-1340. [PMID:19170863].
45. Çankaya S, Yılmaz SD. Factors associated with Genital Hygiene Behaviours in pregnant and non-pregnant women in Turkey. *International Journal of Human Sciences*. 2015;12:1.
46. Apay SE, Özdemir F, Nazik E, Potur D, Hadımlı A, Tanrıverdi D ve ark. Yedi farklı ildeki kadınların genital hijyen davranışlarının belirlenmesi: Çok merkezli kesitsel bir çalışma. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;17:4.
47. Ellidokuz H, Aksakoğlu G. Enfeksiyon hastalıklarına epidemiyolojik bakış. *STED*. 2002;11:4:291-294.
48. Batur AF. İdrar kaçırın kadın hastalarda idrar yolu enfeksiyonu görülme sıklığı ve risk faktörleri. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı. (Uzmanlık Tezi). Ankara;2010.
49. Balcı O, Çapar M. Vajinal enfeksiyonlar. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*. 2005;2(5):14-20.
50. Kingsley C, Emmanuel A, Ijeoma A, Gregor R. Lactobacillus vaginal microbiota of women attending a reproductive health care service in benin city. Nigeria. *Sexually Transmitted Diseases*. 2006;33(1),59-62.

51. Kısa S. Ankarada bir AÇSAP merkezine başvuran 15-49 yaş evli kadınlarda vajinal enfeksiyonların hemşire tarafından tanılanmasında semptom yaklaşımının geçerliliği ve etkinliği. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.(Doktora tezi). 2007.
52. Cameron ST, Elton A, Glasier R, Melvin L. pH-balanced tampons: do they effectively control vaginal pH? BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.2008;115:639-645.
53. Kaya A. Genital enfeksiyonların kadının psiko sosyal sağlığına etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.(Yüksek Lisans Tezi). 1993.
54. Schaeffer AJ, Schaeffer EM. Infections of the urinary tract. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, editors. Campbell-Walsh Urology 9th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Pres, 2007;1(8):223-303.
55. Robson SE, Waugh J, editors. Medical Disorders in Pregnancy: A Manual for Midwives. 2th ed. Wiley Blackwell;2013.
56. Taşkın L, editör. Yüksek riskli gebelik ve doğum. 2. Baskıdan çeviri. Ankara: Palme Yayıncılık; 2011.
57. Schnarr J, Smaill F. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy. European Journal of Clinical Investigation. 2008;38(S2):50-57. DOI: 10.1111/j.1365-2362.2008.02009.x.
58. Connolly A, Thorp JM Jr. Urinary tract infections in pregnancy. Urol Clin North Am. 1999;26:779-87.
59. Whalley P. Bacteriuria of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1967;97:723-38.
60. Dafnis E, Sabatini S. The effect of pregnancy on renal function: physiology and pathophysiology. Am J Med Sci. 1992;303:184-205.
61. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Doğum Bilgisi. McGraw-Hill. Nobel Tıp Kitabevi:2001;1253-1271.
62. Hooton TM, Scholes D, Stapleton AE, Roberts P, Winter C, Gupta K et. al. A prospective study of asymptomatic bacteriuria in sexually active young women. N Engl J Med. 2000;343:992.
63. Little PJ. The incidence of urinary infection in 5000 pregnant women. Lancet 1966;2:925-928.
64. Cunningham FG, Lucas MJ. Urinary tract infections complicating pregnancy. Baillieres Clin Obstet Gynaecol. 1994;8:353-373.

65. Güner H, editör. Yüksek riskli gebelikler yönetim seçenekleri. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi;2008.
66. Romero R, Oyarzun E, Mazor M, et al. Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. *Obstet Gynecol.* 1989;73:576-582.
67. Johnson E, Kim E. Urinary tract infections in pregnancy. *Medscape*. 2011. Erişim Adresi: <http://emedicine.medscape.com/article-overview/>.
68. Tharpe NL, Farley CL, Jordan RG. Clinical practice guidelines for midwifery&women's health. 4th ed. Jones&Bartlett Learning, 2013;p.126-138.
69. Yarış F, Dikici MF, İğde FA. Kadınlarda Basit (Sistit) Üriner Sistem Enfeksiyonları. *Türkiye Klinikleri JFam Med-Special Topics*. 2012;3(5):9-15.
70. Mabie WC, Barton JR, Sibai B. Septic shock in pregnancy. *Obstet Gynecol.*1993;36:855.
71. Cunningham FG, Lucas MJ, Hankins GDV. Pulmonary injury complicating antepartum pyelonephritis. *Am J Obstet Gynecol.*1987;156:797.
72. Czerwinski BS. Variation in feminine hygiene practices-as a function of age. *Journal of Obstetric Gynecologic&Neonatal Nursing*. 2000;29:625-633.
73. Blyth MJ, Fortenberry JD, Or DP. Douching behaviours reported by adolescent and young adult women at high risk for sexually transmitted infections. *Journal of Pediatry Adolescent Gynecology* 2003;16:95-100.
74. Wardell DW, Czerwinski B. A military challenge to managing feminine and personal hygiene. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2001;13(4):187-193.
75. Zincir H, Temel AB. Ria'ya özel danışmanlık ilkesine göre ria uygulanması, genital hijyen eğitimi ve vulvovajinal enfeksiyonlarının görülme ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*. 2010;19(1):60-67.
76. Karatay G, Özvarış BŞ. Bir sağlık merkezi bölgesindeki gecekondularda yaşayan kadınların genital hijyene ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesi. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;10:7-14.
77. Öner S, Demirhindi H, Erdoğan Ş, Tuncer İ, Şaşmaz T, Sütölük Z, ve ark. Doğankent Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş arası kadınlarda genital enfeksiyon prevalansı. *MEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;5(2):138-144.

78. Daşıkın Z, Kılıç B, Baytok C, Kocairi H, Kuzu S. Genital akıntı şikayetleriyle polikliniğe başvuran kadınların genital hijyen uygulamalarının incelenmesi. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı Kongresi 2005, Ankara, s:214
79. Erten H, Özen T, Yılmaz H. Isparta ili karaağaç sağlık ocağına bağlı 15-49 yaş kadınların üreme sağlığı durumlarının, üreme sağlığı ile ilgili bilgi ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi, 4. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongresi 2005, Ankara, Bildiriler, s: 224.
80. Özkan S. 15-49 yaş doğurgan çağı kadınlarda vajinitisin tanımlanmasında hemşirenin etkinliğinin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 1998, İzmir.
81. Sobel TD. Vaginit ve Vaginal Flora Tartışmalı Bir Konu. Enfeksiyon Hastalıkları Gündemi. Turgut Yayıncılık. 1996;8:38-43.
82. Temel M, Metinoğlu, M. Tekirdağ iline bağlı I ve IV nolu sağlık ocaklarına başvuran 15-49 yaş kadınlarda genital hijyen uygulamalarının incelenmesi, İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi. 2007 15(59): 91-99.
83. Özer A. İki farklı aile sağlığı merkezine kayıtlı doğurgan çağıdaki evli kadınların genital hijyen davranışları. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Denizli,2013.
84. Aytaç A. Kadınlarda üreme sağlığı davranışlarının ve geliştirilen vajinal akıntı tanılama formu (vaft) ile konulan tanı sonucunun değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007 İstanbul.
85. Güler Ç. Kişisel hijyen. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2004;3:6:119-132.
86. Tuzcular VZ, Gönenç I, Aka N, Köse G, Tüfekçi EC. Türk kadınlarının vajinal duş hakkındaki bilgi ve tutumları. 6.Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı:170,23-25 Nisan 2009, Ankara.
87. Kukulu K. Vajinal douching practices and beliefs in Turkey. Culture, Health&Sexuality An International Journalfor Research, Intervention and Care,2006;8:4:371-378.
88. Ege E, Eğri M, Sunar B, Timur S, Zincir H. Women's douching practices and related attitudes in eastern Turkey. Japan Society of Obstetrics and Gynecology 2007;33(3): 353-359.
89. Çalışkan D, Çöl M, Akdur R, Yavuzdemir S, Yavuz Y. Frequency of vaginal douching and affecting factors for women of ages 15–49 at the Park Health Care Center. Journal of Ankara University Faculty of Medicine. 1996;49:73–80.

90. Çalışkan D, Ocaktan E, Özdemir O. Cezaevi sağlığı. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2005;15(2):3-9.
91. Daşikan Z, Kılıç B, Baytok C, Kocairi H, Kuzu S. Genital akıntı şikayetleriyle polikliniğe başvuran kadınların genital hijyen uygulamalarının incelenmesi. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongresi 20–23 Nisan 2005, Ankara, Bildiriler, s:214.
92. Martino JL, Vermud SH. Vaginal douching: evidence for risk or benefits to women's health. Epidemiol Rev. 2002; 24:109-124.
93. Cottrell A. An updated review of of evidence to discourage douching. MCN AM J Matern Child Nurs. 2010;35(2):102-107.
94. Eschenbach DA, Hillier S, Critchlow C, Stevens C, DeRouen T, Holmes KK. Diagnosis and clinical manifestations of bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol. 1988 Apr;158(4):819-28. PubMed PMID: 3259075.
95. Cangöl E. Uzunköprü Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne jinekolojik muayene için başvuran kadınlarda genital enfeksiyonların sıklığı ve genital hijyen davranışlarının değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans tezi. Edirne,2010.
96. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Erişim Adresi: http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/04/cevre_saglik/Bilesen12.pdf [Erişim Tarihi:21.06.2015].
97. Hacıalıoğlu N. Hemşirelikte Öğretim Öğrenme ve Eğitim. Nobel Tıp Kitabevleri 2013.
98. Glanz K, Rimer B, Vıswanath K, editors. Health Behavior and Health Education. 4th ed. Jossey-Bass;2008.
99. Gökkoca FZ. Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. STED. 2001;10(10):371-374.
100. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, editörler. Hemşirelikte Araştırma. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2014.
101. Ege E, Eryılmaz G. Kadınlara verilen planlı eğitimin genital hijyen davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;9(3):8-16.
102. Boydak A. Öğrenme Stilleri, Beyaz Yayınevi 2001; İstanbul.
103. Kaya H, Akçin H. Öğrenme biçimleri/ stilleri ve hemşirelik eğitimi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2002; 6: 31-35.
104. Uskun E, Alptekin F, Öztürk M, Kişioğlu AN. Ev hanımlarının ev kazalarını önlemeye yönelik tutum ve davranışları ile ev kazalarına yönelik ilkyardım bilgi düzeyleri. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi. 2008;14(1):46-52.

105. Ocakçı AF, Alpar ŞE, editörler. Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi;2013.
106. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Web Sitesi. Erişim Tarihi: 23.06.2015 [http://egehastane.ege.edu.tr/].
107. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. Meta Basım Matbaacılık İzmir,2013.
108. Vademecum Online. Erişim Adresi: <http://www.vademecumonline.com.tr/>. [ErişimTarihi:24.05.2015]
109. Orak NŞ, Canuygur A. Jinekoloji kliniğinde yatan hastaların genital hijyen davranışlarının incelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3:3:130-134.
110. Dalbudak S, Bilgili N. GATA kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları ve bu davranışların vajinal enfeksiyona etkisi. Gulhane Med J. 2013;55(4):281-287.

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Afyon’da doğdu. Lisans eğitimini 2012 yılında Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü’nde tamamladı. 2012 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans eğitimine başladı.

2013 yılında Mardin Halk Sağlığı Müdürlüğü, Kızıltepe Toplum Sağlığı Merkezi, Yüceli Köyü Sağlık Evi’nde ebe olarak görev yaptı.

2014 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Ebelik Bölümü’nde Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı (ÖYP) kapsamında Araştırma Görevlisi olarak göreve başladı.

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü’nde Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktadır.