



**T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI**

**EMEK AİLE HEKİMLİĞİ MERKEZİ'NE BAŞVURAN
15-49 YAŞ ARASI VAJİNAL AKINTILI KADINLARDA
CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYON SIKLIĞI**

Dr. Hande Gül ERSUN

UZMANLIK TEZİ

BURSA 2008



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

EMEK AİLE HEKİMLİĞİ MERKEZİ'NE BAŞVURAN
15-49 YAŞ ARASI VAJİNAL AKINTILI KADINLARDA
CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYON SIKLIĞI

Dr. Hande Gül ERSUN

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Yeşim UNCU

BURSA 2008

İÇİNDEKİLER

- Türkçe Özetii
- İngilizce Özetiii-iv
- Giriş1-3
- Genel Bilgiler4-18
- Gereç ve Yöntem19-21
- Bulgular22-30
- Tartışma ve Sonuç31-39
- Ekler40-44
- Kaynaklar45-52
- Teşekkür53
- Özgeçmiş54

ÖZET

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) “human immunodeficiency virus (HIV)” enfeksiyonunun tanımlanmasıyla yeniden güncellik kazanan tüm dünyada önemsenen enfeksiyonlardır. Bulaşma yollarının özellikleri, neden oldukları akut ya da kronik sağlık sorunları, geç dönem sekelleri, infertilite, ektopik gebelik, yenidoğanda körlüğe kadar giden göz enfeksiyonları gibi sosyal ve yaşamsal sonuçlarıyla önem taşırlar. Günümüzde çok sayıda genç ve cinsel yönden aktif insan CYBE ile karşılaşma riski altındadır.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (UÜTF) Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'na bağlı Emek Aile Hekimliği Merkezi'ne başvuran 15-49 yaş arası kadınlarda (s:112) CYBE'lerin görülme özelliklerini belirlemek için kesitsel bir araştırma amaçladık. Araştırma CYBE'lar açısından sosyodemografik, jinekolojik ve obstetrik özelliklerin sorgulandığı anket, yapılan jinekolojik muayene sonucu alınan örneklerin direk mikroskopi, gram boyama ve Chlamydia hızlı antijen testi ile değerlendirilmesini içermektedir. Elde edilen veriler bilgisayara girildikten sonra SPSS 13.0 paket programıyla analiz edilmiştir.

Çalışma evreninde %17 Candida, %9,8 Bakteriyel vajinoz, %2,7 Trichomoniasis, %2,7 Chlamydia trachomatis, %0,9 Gonokok enfeksiyonu tesbit edilmiştir. Tüm olgulara etkene yönelik tedavi önerilmiştir.

Büyük ölçüde tedavi edilebilen, hatta alınacak tedbirlerle tamamen önlenilecek CYBE'lar için toplumun eğitimi, hastalıkların erken tanı ve tedavisini kapsayan ulusal programların yürütülmesinde biz aile hekimlerine önemli görev ve sorumluluk düşmektedir.

Anahtar kelimeler: Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, Candida, Trichomonas, Bakteriyel vajinoz, Chlamydia trachomatis, Gonokok

SUMMARY

Frequency Of Sexually Transmitted Diseases in Women That Admitted To Emek Family Medicine Center And Between 15-49 Years Of Age

Sexually transmitted diseases (STD) have been considered important infections, especially after human immunodeficiency virus (HIV) had described. Because of social and life threatening results like properties of transmission ways, acute or chronic health problems that they cause, late sequelae, infertility, ectopic pregnancy, eye infections in newborn that may cause blindness; STD have importance. Today, many young and sexually active people have risk of having STD.

We planned a sectional study to assess presence of STD in women (n:112) that are between 15-49 years of age and admitted to Emek Family Medicine Center of Uludağ University Faculty of Medicine Family Medicine Department. This study includes a questionnaire that asks about sociodemographic, gynaecologic and obstetric features for STD, and evaluation of samples, that obtained by gynaecologic examination, with direct microscopy, Gram staining and Chlamydia Rapid Antigen Testing. The data was analysed by SPSS 13.0 statistical package programme.

We found out 17% Candida infection, 9,8% Bacterial vaginosis, 2,7% Trichomoniasis, 2,7% Chlamydia trachomatis infection, 0,9% Gonococcal infection in our region. Each cases were requested treatment against the causative agent.

We, family practitioners, have important mission and responsibility for public education for STD, conducting national programmes including early diagnosis and treatment of diseases that can be treated mostly and can be prevented completely by precautions.

Key words: Sexually transmitted diseases, Candida, Trichomonas, Bacterial vaginosis, Chlamydia trachomatis, Gonococcus

GİRİŞ

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur. Olumsuz etkileri sağlık konusuyla sınırlı kalmamakta, sosyoekonomik alanda da karşımıza çıkmaktadır. CYBE'lar yalnızca cinsel ilişkiyle değil, yakın beden teması, anal ilişki, ağız-meme teması veya oral seks ile de bulaşabilir. CYBE'ların bazıları ise, transplasental veya perinatal olarak geçebilirler. Hastalık etkeni mikroorganizmalar genital sisteme yerleşebilir, vücut salgılarında ve kanda bulunabilirler (1).

HIV enfeksiyonu ve AIDS (Acquired Immune deficiency sendrom/ kazanılmış immün yetmezlik sendromu) hastalığının en önemli bulaşma yolunun cinsel ilişki olması ve diğer CYBE'in bu bulaşmayı kolaylaştırdığının anlaşılması, yakın zamanda CYBE'a verilen önemin çok artmasına yol açmış, çok çeşitli global önleme programları uygulamaya konmaya başlanmıştır (2). Dünyada her yıl yaklaşık 333 milyon yeni CYBE vakası ortaya çıkmaktadır. Bu vakaların 170 milyonu *Trichomonas vaginalis*, 89 milyonu *Chlamydia trachomatis*, 62 milyonu gonore, 12 milyonu ise sifiliz etkeniyle olmaktadır (3).

CYBE'lar açısından riskli kabul edilen özellikler; düşük sosyokültürel düzey, eğitim eksikliği, birden fazla cinsel eşi olan erkek veya kadınlar, i.v. ilaç bağımlılığı, homoseksüel ilişki, paralı seks, önceden geçirilmiş CYBE öyküsü ve korunmasız cinsel ilişki olarak sayılmaktadır. Vakaların üçte birini yaşı 25'in altında olan gençler oluşturmaktadır (4).

Bu enfeksiyonların tüm dünyada görülme sıklığının artış nedenleri; özellikle gelişmekte olan ülkelerde cinsel eğitim programlarının yetersizliği, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde cinsel ilişki yaşının küçülmesi, evlilik öncesi cinsel ilişki ve cinsel eş sayısındaki artış, seyahat imkanlarının artışı,

cinsel davranışlardaki değişiklikler, kondom dışı doğum kontrol yöntemlerinin kullanımında artış, tanı ve tedavi imkanlarının gelişmesiyle hastalıkların daha doğru ve sık olarak tespit ediliyor olması, antibiyotiklere direnç nedeniyle tedavide rastlanan zorluklar olarak tespit edilmiştir (5,6).

Türkiye'nin nüfus yapısı incelendiğinde, 22 Ekim 2000'de yapılan genel nüfus sayımında nüfusun 67,8 milyon, 15-49 yaş arası kadın nüfusunun 17,9 milyon, aynı yaş grubundaki erkek nüfusunun ise 18,5 milyon olduğu görülmektedir. Devlet İstatistik Enstitüsü'nün tahminlerine göre 2010 yılında Türkiye nüfusunun 76 milyona ulaşması beklenmektedir (7). Son nüfus sayımı sonuçlarına göre 1990-2000 yılları arasında nüfus Türkiyede'deki coğrafi bölgelerde farklı oranlarda artış göstermiştir (8). Marmara Bölgesi'nin nüfusunun binde 26,6 hızında artması bu bölgeye devamlı bir göç olduğunu düşündürmektedir. Kuzey ve Doğu Anadolu bölgelerinde artış sadece binde 3,65 ve 13,92 olarak gerçekleşmiştir. Bu durum hızla dışa doğru bir göçün varlığını, yüksek doğum oranlarıyla birlikte ortaya koymaktadır (9). Kısaca genç nüfusun hakim olduğu, köyden kente ve büyük şehirlere hızlı bir göç olgusunun yaşandığı ülkemizde CYBE özelliklerinin ve risk faktörlerinin saptanması, sıklığının belirlenmesi çok önemlidir.

Kondom kullanımı, CYBE'lerin ve HIV'in yayılımını önlemede kritik davranış biçimidir (10). Spermisid olarak kullanılan nonoxynol-9 maddesinin CYBE etkenlerine karşı önleyici olduğu söylenmektedir. Ancak HIV geçişini engellediğine dair çelişkili sonuçlar vardır (11). Ülkemizde evli kadınların %20'sinin uyguladığı en popüler korunma yöntemi rahim içi araç (RİA) kullanımudur (12). RİA kullanımı klamidyaya ve gonore ile oluşan pelvik inflamatuvar hastalık (PİH) riskini 1,5 kat arttırırken, oral kontraseptifler (OKS) servikal mukusu kalınlaştırarak, patojen etkenlerin vajenden uterusu penetrasyonunu zorlaştırırlar ve PİH riskini %50'den fazla oranda azaltırlar (13). Bununla birlikte OKS kullananlarda kandida, klamidyaya, gonore ve genital kondilomaların, RİA kullananlarda bakteriyel vajinozis ve klebsiella enfeksiyonlarının daha sık izlendiği bildirilmiştir (14,15).

CYBE'lerin önemli etken mikroorganizmalarını inceledikten sonra, klinik görünüm olarak karşılaştığımız vajinit ve servisit de enfeksiyöz etkenlerinin sıklığına göre ayırımını yaptık; klinikte karşılaştığımız en sık vajinit etkenlerini

1-Bakteriyel vajinoz %40-50

2-Vulvovajinal kandidiyoz %20-25

3-Trichomonas vajiniti %15-20 olarak sıralayabiliriz (16).

Donders ve arkadaşları (17) yayımladıkları araştırmalarında, vajinada inflamatuvar bulgular ile birlikte, sarı pürülan akıntı, pH>4.5, akıntı örneklerinde bol lökosit, laktobasil negatif, clue cell negatif olan olguları aerobik vajinit olarak tanımlamışlardır. Aerobik vajinitte etken olarak, grup B streptokoklar, S.aureus ve E.coli gösterilmiştir.

Servisit etkeni mikroorganizmalar ise bakteriyel; N. gonorrhoeae, C. trachomatis, M. tuberculosis, viral; HSV, Human herpes virüs 6 (HHV 6), HPV ve parazit; Schistosoma'dır (16)

CYBE'in kontrolünde ve yayılımının önlenmesinde, enfeksiyona yol açan mikroorganizmaya kaynak oluşturan toplum kesimlerinin tanımlanması oldukça önemlidir. Bu nedenle nüfusun içindeki çekirdek grupların belirlenmesi ve hastalık açısından risk altındaki toplumun ortaya konulması gerekmektedir (18). CYBE'lerin önde gelen sağlık problemi olduğu tüm ülkelerde amaç bu hastalıkların kontrolünde, sağlıklı cinsel davranış biçimlerinin desteklenmesi, riskli davranışları olan kişilerin tarama programlarına alınması, CYBE etkenlerinden biri saptandığında diğer etkenlerin de aranması ve eş tedavisi son derece önem taşımaktadır (19).

Bizde çalışmamızda, CYBE'lara yönelik bir tarama yaparak, bu hastalıklara karşı toplumda duyarlılık sağlamak, enfeksiyonu taşıyanların özelliklerini saptamak ve bu sayede bölgemizde ne tür bir hizmete ihtiyaç olduğunu görmek ve sunduğumuz hizmetin kalitesini bu yönde geliştirmek için veri oluşturmayı amaçladık.

GENEL BİLGİLER

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara neden olan mikroorganizmalar vücuda vajen, serviks, üretra, rektum ve farenks gibi mukoza ile kaplı bölgelerden ya da deri yoluyla (ektoparazitler) bulaşır. Her türlü cinsel temas en önemli bulaş yoludur. Cinsel yolla bulaşma özelliği olan 30'dan fazla mikroorganizma bilinmektedir (Tablo-1). Hepatit B virusu (HBV), HIV gibi bazı viral ajanlar kanda yoğun bulunmaları nedeniyle kan transfüzyonları ile de bulaşabilirler. Hastalık etkenleri kimyasal ve fiziksel faktörlere duyarlıdır ve pratik olarak çevrede serbest olarak bulunmazlar. Bilinen bir hayvan rezervuarları yoktur, asemptomatik kişiler en önemli rezervuarlardır (20).

Tablo-1:Cinsel İlişkiyle Bulaşan Hastalık Etkenleri (21)

Bakteriler	Virüsler	Parazitler	Fungal ajanlar	Ekto parazitler
<ul style="list-style-type: none">• Neisseria gonorrhoea• Treponema pallidum• Chlamydia trachomatis• Haemophilus ducrei• Calymmatobacterium granulomatis• Ureaplasma urealyticum• Gardnerella vaginalis• Salmonella sp.• Shigella sp.• Campylobacter sp.• Streptococcus group B• Mobiluncus sp.	<ul style="list-style-type: none">• Human immunodeficiency virus• HIV (tip 1 ve 2)• Herpes simplex virus• (tip 1 ve 2)• Human papilloma virus• HPV• Hepatitis virus A,B,C,D• Cytomegalovirus• Epstein-barr virus• Molluscum contagiosum virus• Enterik virusler	<ul style="list-style-type: none">• Trichomonas vaginalis• Entamoeba histolytica• Giardia intestinalis	<ul style="list-style-type: none">• Candida albicans	<ul style="list-style-type: none">• Phthirus pubis• Sarcoptes scabiei

Gonore

Gonore cinsel yolla veya perinatal olarak bulaşan ve çok eski çağlardan beri bilinen bir bakteriyel enfeksiyondur. Etken, gram negatif intrasellular bir diplokok olan *Neisseria Gonorrhoeae*'dir (16). ABD'de her yıl yaklaşık 1 milyon yeni vaka görülmektedir (22). Ülkemizde ise bildirimlerin yetersiz yapılması nedeni ile gerçek insidansını bilmek zordur. Doğal olarak yalnızca insanlarda bulunan bakterinin esas rezervuarı asemptomatik enfeksiyonlu kişilerdir (21). Başta üretra, endoserviks gibi alt genital sistem mukozası olmak üzere rectum, orofarinks ve konjonktivayı direkt olarak etkileyebilir. Enfeksiyonun üst genital organlara yerleşmesi önemli komplikasyonlara yol açar (22). Enfekte kadından erkeğe bulaşma riski tek ilişkide %20 dolayında iken, dört veya daha fazla ilişkide risk %60-80'e ulaşabilmektedir. Erkekten kadına bulaşma riski tek ilişkide %50, üç veya daha fazla ilişkide %90'ın üzerindedir. Rektal yoldan ilişki önemli bir bulaş yoludur, ancak oral seks ile bulaş çok düşüktür. Her iki cinste de partner ve ilişki sayısı arttıkça enfeksiyonun gelişim ve yayılma riski artmaktadır (23,24).

Gonore erkek ve kadınlarda farklı klinik görünüşlerle seyrederek. Erkeklerde enfeksiyon çoğunlukla semptomatik seyrederken, kadınlarda ancak komplikasyonlar ortaya çıktığında tanı konmaktadır. Erkeklerde esas olarak üretrayı etkilemektedir. Başlangıçta az ve mukoid fakat bir kaç gün içinde bol ve pürülan olan akıntı (%80), dizüri (%50) ve meatusta eritem en önemli belirtilerdir. Vakaların %10'unda asemptomatik enfeksiyon olabilir. Nadir görülen komplikasyonlar, epididimit, prostatit, penil ödem, lenfanjit, peri-üretal apse, seminal vesikülit ve üretal strüktürdür. Asıl önemli komplikasyonu ise dissemine gonokokkal enfeksiyondur (25). Kadın hastalarda en sık endoserviks, üretra, rektum ve farenkste lokalize olmaktadır. Genellikle kadınlarda *C. trachomatis* ve *T. vaginalis* gibi diğer patojenlerle koinfeksiyon şeklinde seyrettiğinden klinik seyri erkeklerdeki kadar iyi anlaşılamamıştır. Enfekte kadınların %50'si asemptomatiktir veya çok az semptoma sahiptir.

Semptomlu olanlarda servisit ön plandadır. Pürülan vasıflı vajinal akıntı olguların %50'sinde görülür. Dizüri, menstü-rasyon arası kanamalar görülür. Abdominal ve pelvik ağrı genellikle salpinjit lehinedir. Faringeal enfeksiyon asemptomatik seyreder (26). Gonoreli kadınların %10-20'sinde endometrit, salpinjit, tuboovarian apseler, pelvik peritonit gibi PİH'lar meydana gelebilir. Genç kızlarda ve RİA kullanan kadınlarda PİH riski diğer kadınlardan daha fazladır. Gonokokkal PİH'ların en önemli sekeli fallop tüplerinde obstrüksiyon ve bunun sonucunda gelişen infertilitedir. Bir kez geçirilen hastalıktan sonra infertilite riski %15-20 iken, üç veya daha fazla tekrarlayan enfeksiyonlardan sonra risk %50-80'e ulaşmaktadır. Gebe kadınlarda ise spontan abortus, prematüre doğum, erken membran rüptürü ve perinatal mortalite riskini artırır (25).

Gonorenin tanısı enfekte sahalardan alınan örnekte N.gonorrhoeae'nin görülmesi ile konur. Gram boyası ile boyanan klinik örneklerde, nötrofillerin içinde ve dışında bol miktarda gram (-) diplokoklar halinde görülürler. Gram boyanın duyarlılığı semptomatik uretriti olan erkeklerde %95-100, kadınlarda %40-60, özgüllüğü ise %95-100 arasındadır (24,25). Son yıllarda enfekte sekresyonlarda gonokokları belirlemek için enzim immünassay, direk floresan mikroskopi, gonokokkal DNA'nın belirlenmesi ve DNA amplifikasyonu testleri, gibi testler kullanılmaya başlanmıştır. Kültüre göre çabuk sonuç veren bu testlerin duyarlılığı daha düşüktür. Yeni yöntemlere rağmen, gonore tanısında günümüzde halen en güvenilir tanı yöntemi kültür ile etkenin izolasyonudur (24,27). Ancak N. gonorrhoeae izolasyonu için kültür rutin olarak yapılmaz. Sonuçlar bir iki gün içinde öğrenilemediğinden, ilk tedavi kararı için yardımcı olmaz. Kültür, sadece gonokokların izolasyonunun gerekli olduğu durumlarda (örneğin: Beta laktamaz üretiminin gösterilmesinde ya da gönderilen laboratuvarında antimikrobiyal duyarlılık testinin yapılmasında) önem kazanır (28).

Komplike olmamış gonokoksik enfeksiyonların tedavisinde 3. kuşak sefalosporinler, kinolonlar, karbapenem ve monobaktamlar kullanılabilenekte

ve tedavi seçeneklerinin başında, tek doz seftriakson, siprofloksasin ve ofloksasin gelmektedir. Tek doz tedavilerin dezavantajı non-gonokoksik veya postgonokoksik üretritlere etkili olmamasıdır. Bu nedenle gonokoksik ve non-gonokoksik üretritlerin koinfeksiyon şeklinde görüldüğü yerlerde önerilen rejimlerden biri 7 günlük doksisisiklin tedavisidir. Bu iki ilacın kullanılmadığı durumlarda ve gebe hastalarda eritromisin 7-10 gün kullanılabilir (29,30).

ICD-10 Kodu: A54

Sifiliz

Sifiliz (frengi) Treponema pallidum adlı spiroketin etken olduğu belirtili ve belirtsiz dönemlerle seyretme özelliği olan, bulaşıcı sistemik bir hastalıktır (31). Hastadan sağlam insana bulaşmada, enfekte insanların derilerindeki taze lezyonların sızıntıları, tükürük, meni, kan ve vajen salgısı gibi vücut sıvıları önemlidir. Cinsel temas, bulaşlı eşya veya kan nakli ile bulaşma da mümkündür (32,33). Anneden fetusa plasenta yolu ile geçerek konjenital sifilize neden olur. Konjenital sifiliz sıklıkla intrauterin görülse de doğum sırasında, doğum kanalından bulaşma ile de olabilir (32).

Sifiliz,

1.Edinsel sifiliz

- a)Erken sifiliz
- b)Latent sifiliz
- c)Geç sifiliz (tersiyer sifiliz)

2.Konjenital sifiliz olarak sınıflandırılır (16).

1.Edinsel Sifiliz

Erken sifiliz: Primer ve sekonder olarak iki dönemde incelenir (32). Primer sifilizin karakteristik lezyonu şankrdir. Genellikle tektir, nadiren (özellikle HIV ile infekte kişilerde) multipl olabilir. En sık görüldüğü yerler eksternal genital organlar, serviks, perianal bölge, anal kanaldır (31,34,35). Şankrın başlangıcından bir hafta kadar sonra bölgesel lenfadenopati ortaya çıkar. Bu lenf bezleri az sayıda cerahatsiz, sert, ağrısız ve hareketlidir. Sifiliz şankrının

ayırıcı tanısında; ulkus molle, uyuz şankrı, genital herpes infeksiyonları, genital aft, Behçet hastalığı, lenfogradülam venerum, tüberküloz ülserasyonu, ilaçlara bağıli erozyon ve piyodermilere bağıli ülserasyonlar düşünölmelidir (34). Sekonder sifiliz belirtileri maköler, makölopapöler, papöler, püstöler lezyonlar biçiminde ortaya çıkar. Lezyonlar genellikle gövde ve ekstremiteilerin proksimal kısmında başlar. Aynı anda değışik fazdaki lezyonlar birlikte bulunabilir. Avuç içi, ayak tabanındaki lezyonlar kuvvetle sifilizi düşünörmelidir. Kıl folliköleri tutulduğunda alopesi, kaş ve sakallarda dökölme görölür. Papöller büyüyüp açılarak, geniş, ağrısız, sulantılı, gri-beyaz plaklar oluşur (condyloma lata). Sekonder enfeksiyonlar oluşmadıkça ağrısızdır (31,34,35).

Latent Sifiliz: Spesifik treponemal testlerin pozitif olduğü, ama klinik bulgunun görölmediğı dönemi tanımlar. Latent dönem enfekte kişilerin %60-70'inde yaşam boyu sürer, %30-40'ında ise bir kaç ay sonra geç dönem sifiliz belirtileri ortaya çıkar (32,35).

Geç Sifiliz: Primer enfeksiyondan ortalama 3-5 yıl sonra ortaya çıkan, tüm organlarda belirtiler verebilen, yavaş ilerleyen enflamatuvar bir hastalıktır. Nörosifiliz, kardiyovasköler sifiliz ve geç benign (gommatöz) sifiliz, geç sifilizin başlıca klinik formlarıdır. Nörosifiliz hastalığın geç dönemindeki santral sinir sisteminin (SSS) tutulumunu tanımlayan bir terimdir. HIV enfeksiyonu olan hastalarda nörosifiliz daha hızlı gelişir. Nörosifiliz temel olarak bir kronik menenjitir (32). Geç benign sifilizde görölen granöloamatöz lezyonlara gom adı verilmektedir. Gomlar iskelet sisteminde, deri, mukokutanöz dokular veya herhangi bir organda farklı büyüklükte bir veya birden fazla sayıda ortaya çıkabilir (32,34,35).

2.Konjenital Sifiliz

En erken belirtisi genellikle rinittir ve hemen arkasından diffüz makölopapöler lezyonlar gelişir. Jeneralize osteokondrit ve perikondrit bulunabilir. Karaciğer sıklıkla ağır şekilde enfektedir. Neonatal ölüm genellikle

karaciğer yetersizliği, ağır pnömoni veya pulmoner hemorajiye bağlıdır. Splenomegali, anemi, trombositopeni ve sarılık konjenital sifilizde sıklıkla ortaya çıkan bulgulardır. Neonatal konjenital sifilizin; rubella, sitomegalovirüs, toksoplazmoz gibi diğer jeneralize konjenital enfeksiyonlardan ayırıcı tanısı yapılmalıdır (32,34,35). Primer, sekonder ve erken konjenital sifilizde tanıya götüren en hızlı ve direk yöntem karanlık alan mikroskopisidir (32,34). Sifiliz tanısı için yapılan serolojik testler ile iki değişik tip antikor ölçümü yapılır. Bunlar non-treponamal ve anti-treponamal antikorları belirlemeye yarayan testlerdir. Günümüzde yapılan başlıca spesifik testler FTA-abs (floresan T.pallidum antikor absorpsiyon testi) standardizasyonu zor ve pahalı bir testtir, TPHA (T.pallidum hemaglütinasyon assay) spesifik treponemal antikorları ölçer, MHA-TP testi de TPHA'nın modifiye edilmiş bir formudur (32).

Sifilizin her döneminde kullanılacak ilaç penisilindir (31,32,35,36). Her kalçaya 1.200.000 Ü verilmek üzere bir defada yapılan 2.400.000 ünite benzatin penisilin iki hafta boyunca yeterli kan düzeyini sağlar. Penisilin duyarlı hastalarda, 15 gün eritromisin veya tetrasiklinler kullanılabilir (31,32).
ICD-10 Kodları: A50 Konjenital sifiliz, A51 Erken sifiliz, A52 Geç sifiliz

Chlamydia Trachomatis İnfeksiyonları

Chlamydia trachomatis'in yol açtığı en eski hastalık trahom olup, genital sistem enfeksiyonlarındaki rolü 20.yy başlarında açığa çıkmıştır (37). CDC'nin (Centers for Disease Control and Prevention/hastalık kontrol merkezinin) kayıtlarına göre, dünyada en az 90 milyon kişinin C.trachomatis ile enfekte olduğu, sadece ABD'de her yıl 4 milyon yeni genital klamidya olgusunun ortaya çıktığı bilinmektedir (37,38). C.Trachomatis'in mikroimmünofloresan (MİF) yöntemiyle belirlenen antijenik yapılarına göre 15 serotipi belirlenmiştir (Tablo-2).

Tablo-2:Chlamydia Trachomatis serotipleri (16)

Serotipler	Bulaşma yolu	Doğal konak	İnsanda yaptığı hastalıklar
LGV (L1,L2,L3)	Cinsel temas	İnsanlar	Lenfogradüloz venereum
Trahom	El-göz teması,sinekler	İnsanlar	Trahom
(A,B,Ba,C) (B,Ba,D-K)	Cinsel,el-göz teması,doğum kanalı	İnsanlar	Erişkinde ve çocukta okülojenital hast. yenidoğanda pnömoni

Erkeklerde C.trachomatis'e bağlı olarak gelişen genital enfeksiyonlar, nongonokoksik ve postgonokoksik üretrit (NGÜ, PGÜ), epididimit, prostatit, proktit, proktokolit ve reaktif artritdir (16). C.trachomatis erişkin kadınlarda servikal kolumnar epitel hücrelerini enfekte eder. Vajinit ancak puberte öncesi kızlarda görülür. Endoservikal enfeksiyonu olan kadınların %70'i ya asemptomatiktir ya da vajinal akıntı, kanama, abdominal ağrı ve dizüri gibi yakınmaları vardır. Akut üretral sendrom ise dizüri, sık idrara gitme ve piyüri ile kendini gösterir. Son yıllarda C. trachomatis'in servikal skuamöz hücreli karsinom ile ilişkili olduğu anlaşılmıştır (16). Endoservikal C. trachomatis enfeksiyonu olan ve tedavisiz kalan kadınların %40 kadarında enfeksiyon üst genital yollara yayılarak önce endometrit, daha sonra PİH'a yol açar. PİH, perihepatit ve asitin olduğu akut, ciddi hastalık tablosundan asemptomatik hastalık tablosuna kadar değişen şekillerde görülebilir. Akut ya da subklinik PİH'nin uzun dönem komplikasyonları; tubal infertilite, ektopik gebelik ve kronik pelvik ağrıdır (39, 40). Gebe kadınlardaki yineleyen spontan abortuslar ile geçirilmiş ya da persistan klamidyal enfeksiyonlar arasında bir ilişki olabileceği düşünülmektedir. Gebelik sırasında bu enfeksiyonun tedavisinin hem erken membran rüptürü ve prematüre doğum riskini azaltacağı, hem de yenidoğan enfeksiyonlarının gelişimini önleyeceği ileri sürülmüştür (37,41,42).

Tanıda;

1)Özgül yöntemler (sitolojik inceleme, hücre kültüründe üreme, antijen arama, nükleik asit arama, seroloji)

2)Özgül olmayan yöntemler (lökosit esteraz testi) kullanılabilir.

Antijen arama, hücre kültürünün teknik ya da mali olanaksızlıklar nedeniyle uygulanamadığı durumlarda alternatif olarak kullanılabilir bir yöntemidir. İki ayrı ticari test vardır. Bunlardan biri direk immünofloresan (DİF), floresanla işaretlenmiş monoklonal antikorlar ile örneğin karşılaştırılması ile yapılan bir testtir. DİF testinin, duyarlılık ve özgüllüğünün %90'ın üzerinde olması, kısa sürede sonuç vermesi avantajlarıdır. Diğeri ise antijen arama testi olan enzim işaretli immün deney (enzyme immünoassay=EİA)'dir (43,44). EİA testinin duyarlılık ve özgüllüğü DİF testine göre daha düşüktür. Son yıllarda, temeli EİA prensibine dayanan ve 10-15 dakikada sonuç veren hızlı testler geliştirilmiştir (43).

Tedavide etkili olan antibiyotiklerin başında tetrasiklinler ve türevleri, makrolidler ve türevleri, ve kinolonlar gelmektedir. C.trachomatis'e karşı invitro koşullarda en etkin bulunan makrolid klaritromisindir. Günde iki kez 7 gün kullanılan klaritromisinin erkek ve kadınlarda etkenin eradikasyonunu sağladığı gösterilmiştir (45,46,47). Gebelik sırasında tedavide eritromisin ve klindamisin kullanılmalıdır (39,48).

ICD-10 Kodları: A55 Lenfogranüloma venerum

Şankroid (Yumuşak Şankr)

Etken gram negatif bir basil olan Haemophilus ducreyi'dir. H.ducreyi bütünlüğü bozulmamış deriyi infekte etme yeteneğine sahip değildir bu nedenle şankroid, seksüel aktivite sırasında travmatize olmuş bölgelerde bulunma eğilimindedir (22). Beyaz ırktan olmayanlarda ve erkeklerde şankroid insidansı yüksektir (49). Genellikle gelişmişlik düzeyi düşük ülke ve bölgelerde, fuhuş ile yayılır.

Kadınlarda sıklıkla asemptomatiktir. Erkeklerde genellikle bulaşmadan bir hafta sonra ortaya çıkan, dış genitalerde ağrılı, etrafında eritmatöz halosu olan beyaz renkli, yüzeyi pürüklü, zimba ile delinmiş gibi çukurlaşmış ülserler

ile karakterlidir. Ülserler daha çok penis gövdesinde, glansda ya da koronal sulkusda ortaya çıkarlar. Sifilizden farklı olarak ülserler soliter değil genellikle çok sayıdadır. Enfeksiyon olguların yarısında ağrılı inguinal lenf adenopatiye neden olur ve bu lenf adenopatilerin %25-60'ı açılarak akar (50).

Lenf bezinden ya da ülserden gram boya ile boyanan yayma preparatlarda zincirler halinde kokobasillerin görülmesi kesin tanı koydurur (50). HIV ile yüksek birlikteliği nedeni ile HIV enfeksiyonu taraması önerilmektedir. Tedavide azitromisin, seftriakson veya siprofloksocin verilmelidir (16).

ICD 10 Kodu: A57

Genital Herpes

Etken Herpes simpleks (HSV) Tip 1 ve 2, çift sarmal DNA virüsleridir. Tip 2 genital hastalıklara daha sık neden olan virüstür. Olgular çoğunlukla asemptomatiktir ve enfeksiyonu en fazla bu kişiler yayar. İlk atakta 2 ila 4 haftada kendiliğinden geçen, çok sayıda kaşıntılı, ağrılı, yüzeysel ülserler ve sulu vaginal akıntı görülebilir. %50'den fazla olguda enfeksiyon tekrarlar. Ataklar genellikle 4-5 gün sürer, ara dönem klinik olarak latent dönemdir. HSV enfeksiyonları, hikaye, klinik bulgu ve serolojik testlere göre üç gruba ayrılır (50).

1)Primer

2)Non primer ilk epizod

3)Rekürrent

Gebelikte, ilk trimester primer HSV enfeksiyonlarının yüksek oranda spontan abortus ve ölü doğuma yol açtığı bildirilmektedir. Geç dönemde ortaya çıkan primer enfeksiyonlarda ise erken doğum riski vardır. Primer HSV enfeksiyonlarında, vajinal doğumda infantların etkilenme oranı %40'tır (51). Etkilenen fetusların yarıdan fazlasında ölüme neden olmakta, %35-40 oranında ağır nörolojik sekellere yol açmaktadır. Tekrarlayıcı semptomatik HSV enfeksiyonlarında fetusun etkilenme oranı %5'ten düşüktür (52).

Lezyonlardan alınan örneklerle yapılan viral kültür %95 sensitiviteye sahiptir. Veziküllerden alınan smear örneğinin Wright boyası ile boyanması ile nükleus içinde, eozinofilik inklüzyonlarla karakteristik dev multi-çekirdekli hücreler görülebilir (22). PCR, viral DNA'nın düşük konsantrasyonlarında bile çok sensitiftir (50).

Akut dönemde, yani ilk 48 saat içinde asiklovir krem 3 saatte bir uygulanır. Lezyonlar var oldukça asiklovir ya da valasiklovir kullanılması semptomların süresini ve viral yayılmayı azaltır. Sık rekürrenslerde asiklovir veya famsiklovir alevlenmelerin sıklığını ve şiddetini azaltmada etkilidir, ancak kullanımı 6 aydan daha az süre ile sınırlıdır (22).

ICD-10 Kodu: A60

Kondiloma Akuminata

İnsan papilloma virüsü (HPV) nedeniyle oluşur. En sık görülen serotip 6 ve 11 dir. Tüm kadınların %2-4'ünde bu DNA virüsü bulunmuştur ve polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) teknikleri kullanıldığında %60'a varan hastada virüsün olduğuna dair kanıt vardır. Virüs fiziki şartlara dayanıklıdır. Genelde deriden deriye temas ile bulaşır, otoinokülasyon da sıktır. İnkübasyon süresi ortalama 3 aydır (3 hafta ile 8 ay arası değişir). Enfekte bir hasta ile ilişkiden sonra bireylerin % 65'i enfekte olur (22).

Başlangıçta küçük ve tek tek ortaya çıkan ağrısız, keratinize papiller çıkıntılar, giderek birleşir ve karnıbahar benzeri kitleler oluşturur. Genital bölgenin orta hattını geçen simetrik lezyonlar sıktır. Kabaca vulvar lezyonları olan kadınların 1/3'ünde ayrıca vajinal siğiller veya vajinal intraepitelyal neoplazi (VAIN) vardır. Hastaların yaklaşık %40'ında servikal tutulum vardır (22,50). Servikal kondiloma genellikle düzdür, tanı için pap smear ve beyaz kalkık, parlak, plakları görünür hale getiren %3-%5 asetik asit uygulaması kolposkopi yapılması yeterlidir (22).

Tedavide kullanılan podofilin (%10-25'lik) korozif etkilidir ve normal dokuya sürülmemeli, sadece lezyonlara dokundurulmalı ve uygulamadan 1 ila 4 saat sonra bol su ile yıkanmalıdır. Dört haftalık tedaviye rağmen lezyon inatla varlığını sürdürüyorsa alternatif tedaviler uygulanmalıdır (53).

1)Triklorasetik asid-%80-90'lık

2)CO₂ lazer vaporezasyonu

3)5-FU

4)Kriyoterapi

5)Elektrokoterizasyon

6)Cerrahi eksizyon

ICD-10 Kodu: B07 Viral siğiller

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV)

HIV enfeksiyonu, yardımcı T lenfositleri enfekte eden bir retrovirüs tarafından oluşturulan, makrofajlar, santral sinir sistemi hücreleri ve plasentanın da enfekte olabildiği bir tablodur (25). İmmün yetmezlik sendromu ilk kez 1981 yılında ABD'de 16 homoseksüel erkekte tanımlanmıştır. Etken virüs 1984 yılında kesin olarak izole edilmiştir. 2004 yılı Haziran ayına kadar Türkiye'de toplam 1802 HIV(+) olgusu saptanmıştır. Bunların 524'ü AIDS olgusudur. Ülkemizde epideminin başlarında en sık bulaşma yolu homoseksüel ilişki, damar içi madde kullanımı ve heteroseksüel ilişki iken, 1996 yılından beri en sık bulaş yolu heteroseksüel ilişki ve damar içi madde kullanımı olarak değişmiştir (53).

HIV enfeksiyonu asemptomatik taşıyıcılıktan AIDS'e kadar uzanan bir klinik spektruma sahiptir. Asemptomatik enfeksiyondan AIDS'in ortaya çıkışına kadar geçen süre oldukça değişkendir (birkaç ay-17 yıl) ve ortalama 10 yıl olduğu kabul edilmektedir. HIV ile enfekte olan kişiler uzun süre asemptomatik kalmakta, ancak bu süre içinde virüs replikasyonu ve cinsel

temas, kan ve kan ürünleri, iğnelerin ortak kullanımı, anne sütü, plasenta yolu ile yayılımı devam etmekte, kişinin immün sistem fonksiyonları da progresif olarak bozulmaktadır (54).

Tanıda enzime bağlı immünoabzorbent assay (ELIZA) ile elde edilen pozitif sonuçlar Western blot analizi ile doğrulanır (sensivite ve spesifite >%99). Enfeksiyondan sonra 6-12 haftaya kadar antikor saptanmayabilir. Zidovudine hamilelik sırasında vertikal geçişi azaltmak için kullanılır. HIV ile enfekte bireylerde çoklu ilaç tedavisi sıktır ama en iyi kombinasyon daha belirlenmemiştir ve öneriler sürekli değişmektedir (22).

ICD-10 Kodu: B20 HIV hastalığı, başka yerde sınıflanmamış

Bakteriyel Vajinoz

Bakteriyel vajinoz, vajinal mikrofloranın peptostreptokoklar, Bacteroides spp., Gardnerella vaginalis, Mobilincus spp. ve genital mikoplazmaların aşırı çoğalması sonucunda meydana gelir. Gerçek bir enfeksiyondan ziyade, vajinal mikrobiyal ekosistem bozulması sonucunda gelişen inflamasyon söz konusudur. Cinsel olarak aktif kadınlarda en sık görülen vajinit etkenidir. Vajinal enfeksiyonların %33-50'sini oluşturur. Gebelerde %16-29 oranında görülebilir. Bakteriyel vajinoz gelişiminde önemli risk faktörlerinden birisi RİA kullanımınıdır (55). Bakteriyel vajinozda karakteristik balık kokusunun oluşma nedeni, anaerob bakteriler tarafından volatil amin yapımının artmasıdır (56). Olguların %50'si asemptomatiktir. Özellikle cinsel ilişki sonrası görülen, kötü kokulu, çok koyu olmayan, grimsi beyaz akıntı mevcuttur. Kaşıntı, dizüri ve ağrılı ilişki nadirdir (16). Çeşitli obstetrik komplikasyonlara neden olabilmesi açısından önemlidir. Koryoamniyonit, erken doğum, prematüre doğum ve postpartum ateş nedeni olabilir. Abortus sonrası ateş, post histerektomi ateşi ve kronik mast hücre endometriti gibi jinekolojik sekellere neden olabilir. Son zamanlarda tedavi edilmemiş bakteriyel vajinoz ile servikal inflamasyon ve

düşük dereceli displazi arasında ilişki olabileceğinden söz edilmektedir (56-58).

Klinik bulgular, bakteriyel vajinoz tanısı için yeterli değildir. Klinik tanı aşağıdaki Amsel kriterlerden en az üçünün bulunması ile konulabilir (59-61).

- 1)Yapışkan, beyaz homojen akıntı,
- 2)Pozitif amin testi (vajinal sekresyona %10 KOH ilave edildiğinde balık kokusunun oluşması),
- 3)Vajinal pH>4.5 olması,
- 4)Işık mikroskobunda clue hücrelerinin olması.

Clue hücrelerinin pozitif olması en önemli tanı kriteridir. Clue hücreleri *G. vaginalis* ile örtülü, hücre sınırları belirgin olmayan vajinal skuamöz epitel hücreleridir. Bazen bu hücreler üzerinde Gram negatif basiller (*mobilius* spp.) görülebilir. Vajinal sekresyonların Gram yöntemi ile boyanarak incelenmesi %93 duyarlılık, %70 özgüllük gösterir (62,63). En etkin oral tedavi metranidazol ile sağlanır (59).

ICD-10 Kodu:A 64 Başka türlü adlandırılmamış CYBE

Trichomoniasis

Trichomonas vaginalis cinsel temasla bulaşan, hareketli anaerob bir protozoondur. Çok eşlilik, kondom dışı kontraseptif kullanımı predispozan faktörler arasındadır. Dünyada yıllık olgu sayısı yaklaşık 180 milyon kişi civarındadır (56). *T.vaginalis*in en önemli bulaş yolu cinsel temastır. İdrar, semen, tuvalet kağıtları ve giysiler üzerinde bir kaç saat canlı kalabilmesine karşın cinsel ilişki dışında bulaşma nadirdir (55).

Vajinal akıntı olguların %50-70'inde, kaşıntı ise %25-50'sinde var olup, rahatsız edici boyuttadır. Ağrılı cinsel ilişki ve idrar kaçırmaya olabilir. *Trichomoniasis* ile eş zamanlı bir başka mikroorganizmaya bağlı salpenjit

gelişirse pelvik ağrı olabilir (59). Semptomlar genellikle menstrüasyon sırasında veya hemen sonrasında ortaya çıkar. Fizik bulgular hastalığın ciddiyetine göre değişir. Vulvar eritem (%10-33), ödem ve sarı-yeşil, yapışkan pis kokulu akıntı mevcuttur. Vajina duvarı eritamatöz ve granüler görünümündedir. Serviksteki nokta hemorajiler, çilek görünüm (colpitis macularis) verir. Çıplak gözle görülme oranı %1-2 civarındayken, kolposkopi ile %45 oranında tanımlanabilir. Gebelerde erken membran rüptürü ve prematüre doğum nedeni olabilir (16).

Vajinal pH genellikle 5'in üzerindedir. Serum fizyolojik ile yapılan mikroskopik incelemede polimorf nüveli lökosit (PMNL) artışı görülebilir. PMNL'lerden biraz büyük motil parazitler oval formda görülebilir. Islak preparat pozitifliği %40-80'dir. Gram, giemsa ve akridin oranj (AO) boyalarının, taze örnek incelemesine üstünlükleri yoktur. Kültür, T.vaginalis tanısında duyarlılığı çok yüksek ve 'altın standart' olarak kabul edilen bir yöntemdir. Ancak kültür zaman alan ve pahalı bir yöntemdir (duyarlılık %95) (55, 56, 64). Tedavi 5-nitroimidazol türevleri ile (metranidazol, ornidazol, tinidazol) yapılır (56).

ICD-10 Kodu: A59

Vulvo-Vajinal Kandidiyoz

Vajinadan izole edilen mayaların %85-90'ı C.albicans'tır. C.glabrata %10 ve C. tropicalis %5 ile diğer sık rastlanan tiplerdir (55,65,66). Candida spp. asemptomatik, sağlıklı ve doğurganlık çağındaki kadınların genital sisteminden %20 oranında izole edilebilir. Bu çağıdaki kadınlarda ilk atağın görülme sıklığı %75 iken, ikinci atağın görülme sıklığı %40-50 civarındadır. Asemptomatik kandida kolonizasyonunu ve kandida vajinitini arttıran nedenler aşağıda verilmiştir (56, 65, 66).

1-Gebelik

2-Kontrol edilemeyen Diabetes Mellitus

3-Kortikosteroid/immünosupresif tedavi

4-Antimikrobiyal tedavi (sistemik ya da topical)

5-HIV enfeksiyonu

6-Sık koitus

7-Oral kontrseptifler

8-İntruterin araç

9-Spermisid kullanımı

10-Oral-genital seks

En sık rastlanılan semptom kaşıntıdır. Vajinal akıntı genellikle minimaldir. Tipik olarak peynirimsi görünümde olup, sulu ve homojen koyu kıvamda olabilir. Vajinal irritasyon, vulvar yanma, dizüri sıklıkla vardır. Koku minimaldir. Labia ve vulvada ödem, püstülo-papüler periferik lezyonlar görülür. Serviks normaldir. Vajinal mukozaya eritemli ve beyaz yapışkan akıntı ile örtülüdür (55).

Tanı vajinal sekresyonun mikroskopik incelenmesi ile konur. Taze preparat incelemesinin duyarlılığı %40-60'tır. %10 KOH ile hazırlanan pre-paratta tomurcuklanmış maya ya da hifa formu vakaların %50-70'inde görülebilir. Vajinal pH 4-4.5 arasında tespit edilir (16,22).

FDA (Food and Drug Administration) 1994'te oral flukonazolü vajinal candidiazis tedavisinde kabul etmiştir. Candida türlerinin çoğu imidazollere (clotrimazol, miconazol) duyarlıdır. Bununla birlikte C.albicans grubunda %15 oranında imidazol direnci saptanmıştır. C.albicans, triazolere (flukanazol, terconazol) daha duyarlıdır. Çeşitli çalışmalarda tek doz (150 mg) oral flukanazolun etkinliği desteklenmiştir. Oral itrakanazol tek doz ya da 3 günlük tedavi şeklinde önerilmektedir (55, 64).

ICD-10 Kodu: B37

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (UÜTF) Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'na bağlı Emek Aile Hekimliği Merkezi'nde yapılmış kesitsel bir araştırmadır. Araştırma evrenini Nisan 2006-Aralık 2007 tarihleri arasında Bursa İli Emek İlçesi UÜTF Aile Hekimliği Merkezi'ne başvuran 15-49 yaş arası kadınlar oluşturmuştur. Çalışma UÜTF etik kurulu tarafından onaylanmıştır.

Çalışmanın yapıldığı dönemde, aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalardan 150'si kadın sağlığına yönelik nedenlerle gelmiş olup, bunların 20'si sadece aile planlaması yöntemleri hakkında danışmanlık almak üzere başvurmuşlardır. 130 kadının 18'i ise araştırma hakkında bilgi aldıktan sonra çalışmaya katılmak istemediklerini belirtmişler ve araştırmaya 112 kadın dahil edilmiştir. Çalışmamıza dahil olan tüm kadınlarla araştırmayı yürüten Dr. Hande Gül Ersun birebir görüşmüş, anketleri yüz yüze görüşme sırasında doldurmuş ve jinekolojik muayenelerini yapmıştır. Araştırmaya katılan tüm kadınlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Ankette kadınların yaşları, öğrenim durumları, medeni durumları, meslekleri, eşlerinin öğrenim durumları ve meslekleri, YTL cinsinden gelir düzeyleri, ilk adet yaşları, gebelik sayıları, canlı doğum sayıları, düşük sayıları, yaşayan çocuk sayıları, evlilik süreleri, son üç ay içinde kullandıkları gebeliği önleyici yöntem, eşleri ile haftada kaç kez cinsel ilişkiye girdikleri, cinsel ilişki sonrası vajinal duş yapıp yapmadıkları, genital bölge temizliklerini nasıl yaptıkları, daha önce akıntılı kadın hastalığı geçirip geçirmediikleri ve bu nedenle tedavi görüp görmedikleri, eş tedavisi verilip verilmediği, sigara alışkanlıkları sorulmuştur. Gelir düzeyleri; 2006 yılı Ocak ayı asgari ücreti, 9/1 orta derece devlet memuru maaşı ve üst düzey devlet memur maaşı kriter alınarak sınıflandırılmıştır. Buna göre 400 YTL ve altı birinci grup, 400-1000 YTL arası ikinci grup, 1000-4000 YTL arası üçüncü grup, 4000 YTL ve üzeri

dördüncü grup olarak belirlenmiştir; ancak çalışmamızda katılan olgulardan hiçbirisi 4000 YTL ve üzeri kazanca sahip olmadığından bu seçenek tabloda belirtilmemiştir. Çalışma bölgesi Bursa'nın merkezinde bir bölge olmakla birlikte oldukça fazla göç alan ve sosyoekonomik durumun son derece düşük olduğu bir bölgedir. Jinekolojik muayene öncesi hastada vajinal akıntı, kaşıntı, disparoni, postkoital kanama, dizüri, kötü koku, kasık ağrısı, eşlerinin penil akıntıları, kaşıntı, yanma, genital siğil varlığı sorulmuştur. Söz konusu anket formu Ek 1'de yer almaktadır.

Vajinal muayenede, dış genital organların inspeksiyonunu takiben her hastaya tek kullanımlık spekulum, kayganlaştırıcı kullanılmaksızın uygulanmıştır. Vajinal pH, Merck pH indikatörüyle vajenin yan ve arka fornixten alınan sürüntüde ölçülmüştür. Vajinal akıntıdan alınan örnekten üç ayrı preparat hazırlanmıştır. Örneklerden birine %10 KOH damlatılarak preparatta balık kokusu olup olmadığına bakılmıştır. Candida miçelleri, hifa ve pseudo hifaları aranmış, görülmesi Candidiasis yönünden anlamlı kabul edilmiştir. Diğer preparata %0.9 SF damlatılarak, DM (direk mikroskopi) ile preparatta hareketli Trichomonaslar araştırılmıştır. Clue cell hücrelerinin gözlenmesi, balık kokusu varlığı ve pH'ın 4.5 ve üzerinde olması Bakteriyel vajinoz için tanısal kabul edilmiştir. Ayrıca preparatta PNL'lerin var olup olmaması veya yoğunluğu, laktobasillerin olup olmaması da değerlendirilmiştir. Endoservikal örnek almak için serviks kuru ve steril gazlı bir bezle silindikten sonra pamuklu çubuk yardımıyla alınan örnek lama yayılarak havada kendi kendine kurumaya bırakılmıştır. Ardından preparat alevde tespit edilerek, Gram boyasıyla boyanmış ve immersiyon objektifi 40 ile gonokok açısından incelenmiştir. Endoserviksdan alınan diğer bir örnek Chlamydia MF kiti ile (hastadan elde edilen antijenin lipopolisakkarid chlamydia monoklonal antikoru ile karşılaştırma esasına dayalı) Chlamydia açısından değerlendirilmiştir.

Jinekolojik muayene bimanual uterus ve adneksiyal alanların değerlendirilmesi ile tamamlanmıştır. Tüm mikrobiyolojik incelemeler ve

laboratuvar değerlendirmeleri, sağlık merkezi içinde bulunan laboratuvarda yapılmıştır.

Laboratuvar incelemesi sonucu tanı konulan olgulardan; Candidiasis vakaları, hepsi rekürren enfeksiyona sahip olduklarından eşleri ile birlikte flukanazol 150 mg tek doz ile tedavi edildi. Trichomoniasis saptanan olgulara metranidazol 2x500 mg tablet 7 gün, Bakteriyel vajinozis bulunan kadınlara ise metranidazol 2x500 mg tablet 5 gün verildi. Chlamydia saptanan olgular 2x250 mg klaritromisin ile tedavi edilip, eşlerine de aynı tedavi verilmiştir. Gonokok saptanan bir kadına ise 2x100 mg doksisisiklin verilmiş, eşine de aynı tedavi uygulanmıştır. Enfeksiyon saptanan ve tedavi verilen tüm olgular on gün sonra kontrole çağrılıp tekrar değerlendirilmiştir.

Veriler bilgisayara girildikten sonra SPSS 13.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile, sürekli değişkenler ortalama, standart sapma minimum, maksimum ve medyan değerleri ile birlikte verilmiştir. Kategorik değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerinin belirlenmesinde ki-kare analizi kullanılmıştır. Çalışmada anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma süresince toplam 112 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma grubuna alınan kadınların yaşları 16 ile 49 arasında değişmekteydi ve yaş ortalaması $30,66 \pm 8,14$ (SD) idi.

Çalışmaya katılan kadınların %70,5'i, 15-34 yaş grubundaydı; %60,7'si ilköğretim mezunu olup, yüksek öğrenim eğitimi alan yoktu. Olguların %94,6'sı ev hanımı ve büyük çoğunluğu (%78,6) orta gelir seviyesine sahipti. Olguların %98,2'si evli (s:110) olduğunu, %1,8'i ise (s:2) eşlerinin vefat ettiğini bildirmiştir. Katılımcı eşlerinin %74,1'inin ilköğretim, %3,6'sının ise yüksek öğrenim eğitimi vardı. Serbest meslek sahibi olanlar çoğunlukta iken (%58,0), işsizlerin oranı %6,3'tü (Tablo-3).

Tablo-3: Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikleri	Sayı (s)	Yüzde (%)
Yaş (Yıl)		
15-24 yaş	28	25,0
25-29 yaş	27	24,1
30-34 yaş	24	21,4
35-39 yaş	14	12,5
40-44 yaş	12	10,7
45-49 yaş	7	6,3
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	28	25,0
Okur-yazar	10	8,9
İlköğretim	68	60,7
Lise	6	5,4
Mesleği		
Ev hanımı	106	94,6
Kamu çalışanı	1	0,9
Özel sektör	4	3,6
Serbest meslek	1	0,9
Gelir düzeyi		
Düşük(400 YTL veya daha az)	15	13,4
Orta (400-1000 YTL)	88	78,6
İyi (1000-4000 YTL)	9	8,0
Eşlerin Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	2	1,8
Okur-yazar	7	6,3
İlköğretim	83	74,1
Lise	16	14,3
Yüksek öğrenim	4	3,6
Eşlerin Mesleği		
Kamu çalışanı	1	0,9
Özel sektör	30	26,8
Serbest meslek	65	58,0
Emekli	9	8,0
Evlilik Durumları		
Evli	110	98,2
Dul	2	1,8
Evlilik yılı		
0-4 yıl	31	27,7
5-9 yıl	13	11,6
10-14 yıl	25	22,3
15-19 yıl	22	19,6
20 yıl ve üzeri	21	18,8

Sigara kullanımı katılımcı eşlerinde daha fazla (%55,4) iken, kullanıp bırakma oranı iki grupta da eşit (%8,9) olarak saptandı.

Tablo-4: Çalışma grubunun ve eşlerinin sigara içme alışkanlığı

Sigara Alışkanlığı	Katılımcı Sayı (s)	Katılımcı Yüzde (%)	Eş Sayı (s)	Eş Yüzde (%)
Kullanmıyor	70	62,5	40	35,7
Kullanıyor	32	28,6	62	55,4
Bırakmış	10	8,9	10	8,9
Toplam	112	100	112	100

Kadınların %93,7'si (s:105) halen adet görmekte, %6,3'ü (s:7) ise menapozda idi. Araştırma grubunun menarş yaşı en düşük 9, en yüksek 17, ortalama menarş yaşı $13,79 \pm 1,36$ idi. Hiç gebe kalmamış olanların oranı %11,6, en fazla gebelik sayısı ise 15 idi (Tablo-5). Olguların gebelik ortalaması $3,54 \pm 2,83$ (SD), maksimum canlı doğum sayısı 13, canlı doğum ortalaması ise $2,73 \pm 2,14$ (SD) dür. Hastaların %58'i (s:65) hiç düşük yapmadıklarını belirtmişlerdir. Olguların %18,8'i (s:21) bir kez, %14,3'ü (s:16) iki kez, %3,6'sı (s:4) üç kez, %3,6'sı (s:4) dört kez, % 0,9'u (s:1) beş kez, % 0,9'u (s:1) altı kez düşük yapmışlardır. Düşüklerin hepsi istemli düşük olup düşük sayısı ortalaması $0,82 \pm 1,23$ 'tür. Yaşayan çocuk sayısı en fazla 9 olarak bildirilmiş, yaşayan çocuk sayısı ortalaması $2,52 \pm 1,82$ (SD) bulunmuştur.

Katılımcıların %29,5'i hiç bir gebeliği önleyici yöntem kullanmazken, en sık kullanılan yöntem %30,4 ile RİA, en az kullanılan yöntem ise % 0,9 ile aylık hormonal enjeksiyondur (Tablo-5).

Çalışmaya grubundaki kadınların hepsi tek eşli olup, cinsel partnerleri evli oldukları eşleridir. Haftalık cinsel ilişki sıklığı sorgulandığında %7,1'i (s:8)

haftadan bir kereden daha seyrek ilişkiye girdiklerini belirtmişlerdir. Çalışmamıza katılan kadınların %31,3'ü (s:35) grand multi pariteye sahiptir (Tablo-5).

Tablo-5: Katılımcıların obstetrik özelliklerine göre dağılımı

Obstetrik özellikler	Sayı (s)	Yüzde(%)
Menarş yaşı		
9 yaş	1	0.9
11 yaş	3	2.7
12 yaş	14	12.5
13 yaş	30	26.8
14 yaş	26	23.2
15 yaş	29	25.9
16 yaş	7	6.3
17 yaş	2	1.8
Gebeliği önleyici yöntem		
RİA	34	30,4
Kullanmıyor	33	29,5
Geri çekme	22	19,6
Kondom	14	12,5
Hap	4	3,6
Tüp ligasyonu	4	3,6
Norplant veya enjeksiyon	1	0,9
Haftalık cinsel ilişki sıklığı		
Hiç olmuyor	8	7,1
1-2 kez	23	20,5
3-4 kez	64	57,1
5 kez ve üzeri	17	15,2
Gebelik sayısı		
Hiç gebeliği olmayanlar	13	11.6
1-4 kez gebe kalanlar	64	57.1
5 ve üzeri gebe kalanlar	35	31,3

Olguların %46,4'ü (s:52) cinsel ilişki sonrasında vajinal duş yaparken, %53,6'sı (s:60) vajinal duş yapmıyordu. Genital bölge temizliklerini %40,2'si su ile, %50,9'u (s:57) su ve sabun ile, %2,7'si (s:3) özel şampuanlarla yaparken, %6,3'ü (s:7) herhangi bir temizlik yapmadıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcılar geçirilmiş vajinal enfeksiyon ve aldıkları tedavi yönünden incelendiklerinde; %32,1'i daha önce hiç vajinal enfeksiyon geçirmediğini ifade etmiş, %48,2'si ise iki veya daha fazla rekürren enfeksiyon geçirdiğini belirtmiştir. Daha önce enfeksiyon geçirdiği halde %21,4'ü tedavi olmamıştı.

Vajinal akıntı %83,9 ile başvuru şikayetlerinin başında gelmekteydi. Bunu %68,8 ile kasık ağrısı, %58,9 ile kötü koku şikayeti izledi. Hiç şikayeti olmayan sadece bir kadın vardı (%0,9). Başvuru şikayeti olan 111 (%99,1) kadının 104'ünde (s:%93.7) ise birden fazla başvuru şikayeti vardı (Tablo-6).

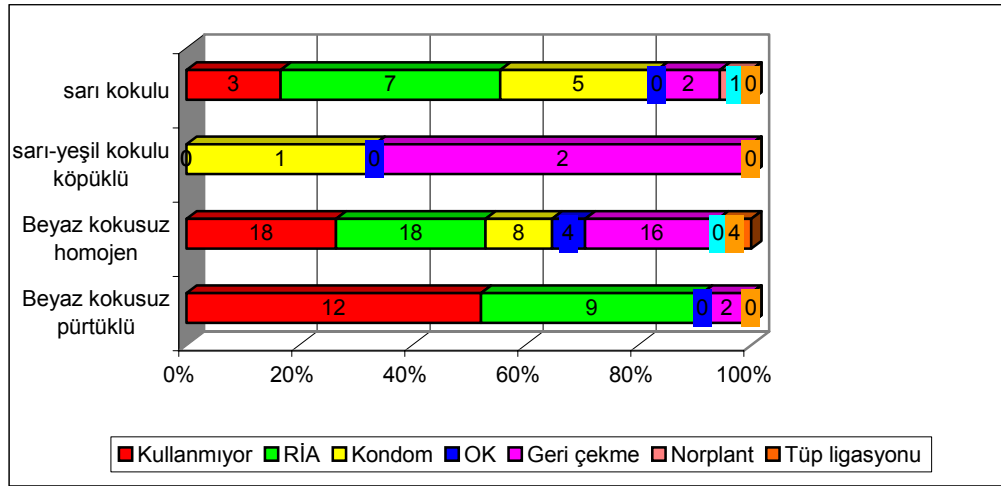
Tablo-6: Olguların jinekolojik özellikleri

Jinekolojik özellikler	Sayı (s)	Yüzde (%)
Geçirilmiş Vajinal Enfeksiyon		
Geçirmemiş	36	32,1
Bir kez geçirmiş	22	19,6
2-4 kez geçirmiş	24	21,4
5-7 kez geçirmiş	7	6,3
8 kez veya daha çok geçirmiş	23	20,5
Tedavi		
Geçirmemiş	36	32,1
Tedavi olmamış	24	21,4
Sadece kendi tedavi olmuş	48	42,9
Eşiyle beraber tedavi olmuş	4	3,6
Başvuru Şikayeti		
Şikayeti yok	1	0,9
Akıntı	94	83,9
Kaşıntı	41	36,6
Disparoni	60	53,6
Postkoital Kanama	14	12,5
Dizüri	30	26,8
Kötü Koku	66	58,9
Kasık Ağrısı	77	68,8
Urgency	4	3,6
Muayene Bulguları		
Pelvik hassasiyet	24	21,4
Servikal erozyon	42	37,5
Akıntı	97	87,5
Diğer	6	5,4

Katılımcıların eşlerine ait bulgularda 97'sinin (%86,6) hiç şikayeti olmadığı, 8'inde (%7,1) penil akıntı olduğu, 3'ünde (%2,7) kaşıntı, 4'ünde ise (%3,6) dizüri şikayeti olduğu öğrenildi.

Yapılan jinekolojik muayenelerde en sık rastlanan bulgu %87,5 ile akıntı idi. Nabothi kisti ve polip %5,4 oranında saptandı ve diğer bulgular grubuna dahil edildi. Vajinal hiperemi ise %35,7 (s:40) kadında mevcuttu.

Çalışmaya alınan kadınların vajinal pH ölçümleri sonucunda; %20,6'sında (s:23) pH 4-4.5 arasında, %34,8'inde (s:39) pH 5-5.5 arasında, %44,6'sında ise (s:50) pH 6 ve üzerindedir.



Şekil-1: Gebeliği önleyici yöntem kullanımına göre akıntı nitelikleri

Jinekolojik muayene sonucu, vajinal akıntı saptanan kadınların 60,7'sinde beyaz, kokusuz, homojen nitelikte akıntı, %2,7'sinde sarı-yeşil, kokulu, köpüklü akıntı saptanmıştır. Sarı-yeşil, kokulu, köpüklü vajinal akıntısı olan olguların kullandıkları gebeliği önleyici yöntem incelendiğinde bir kadının kondom, diğer ikisinin ise geri çekme yöntemini kullandıkları görülmüştür (Şekil-1).

Çalışmamıza katılan 112 kadının 31'in de (%27,7) enfeksiyon etkeni saptanmış, 81'inde ise (%72,3) mevcut laboratuvar koşullarında herhangi bir

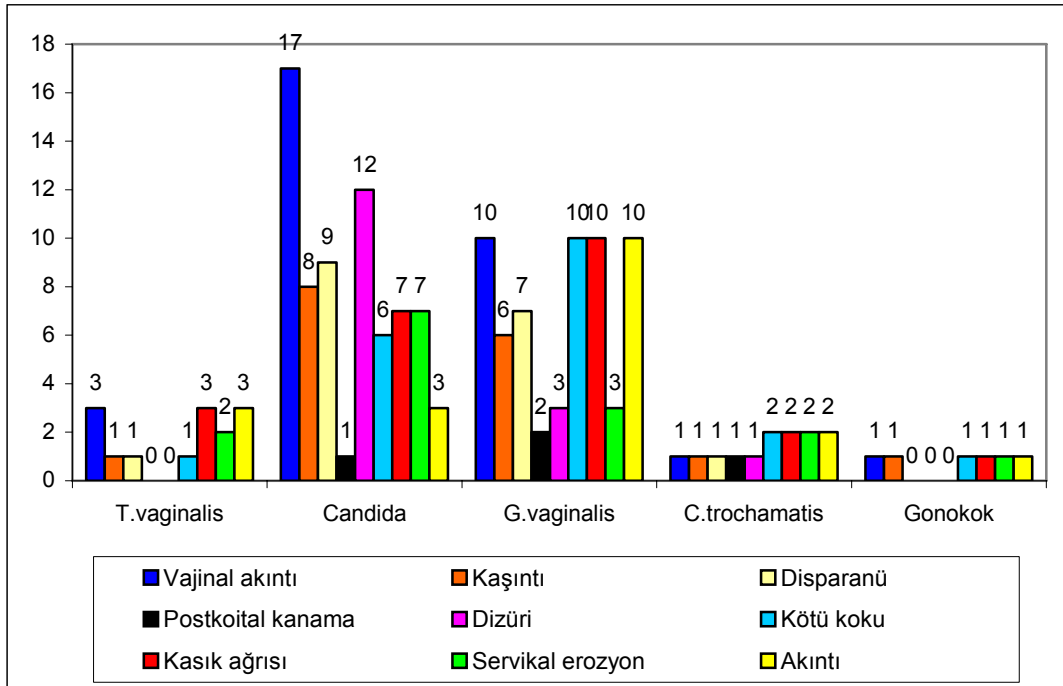
etken saptanmamıştır. Gebeliği önleyici yöntem olarak RİA kullanan 34 kadının %35,3'ünde (s:12), geri çekme kullanan 22 kadının %22,7'sinde (s:5), kondom kullanan 10 kadının %40'ında (s:4), herhangi bir yöntem kullanmayan 33 kadının %24,2'sinde (s:8) enfeksiyon saptanmıştır.

Candida enfeksiyonu saptanan 19 kadının, %52,6'sında (s:10); beyaz, kokusuz, homojen, %31,6'sında (s:6); beyaz, kokusuz, partiküllü, %5,3'ünde (s:1); sarı yeşil, kokulu, köpüklü, %10,5'inde (s:2); sarı, kokulu idi. Bakteriyel vajinozlu 11 kadının, %63,6'sında (s:7); beyaz, kokusuz, homojen, %27,3'ünde (s:3); beyaz, kokusuz, partiküllü, %9,1'inde (s:1); sarı, kokulu vajinal akıntı saptanmıştır (Tablo-7).

Tablo-7: Enfeksiyon etkenlerinin akıntı niteliğine göre karşılaştırılması

Akıntı nitelik		T.vaginalis	Candida	G.vaginalis	C.trochamatis	Gonokok
Akıntı yok	Sayı (s)	0	1	1	1	0
	Yüzde (%)	0	5,3	9,1	33,3	0
Beyaz,kokusuz, partiküllü	Sayı (s)	0	6	3	0	0
	Yüzde (%)	0	31,6	27,3	0	0
Beyaz,kokusuz, homojen	Sayı (s)	1	9	6	2	1
	Yüzde (%)	33,3	47,3	54,5	66,7	100
Sarı,yesil,kokulu, köpüklü	Sayı (s)	2	1	0	0	0
	Yüzde (%)	66,7	5,3	0	0	0
Sarı kokulu	Sayı (s)	0	2	1	0	0
	Yüzde (%)	0	10,5	9,1	0	0
Toplam	Sayı (s)	3	19	11	3	1
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100

Enfeksiyon saptanan olgular geliş şikayetleri ve muayene bulguları açısından incelendiklerinde T.vaginalis saptanan hastaların %100'ünde, hem vajinal akıntı hem de kasık ağrısı şikayeti vardı. Muayene sonrasında %100'ünde akıntı, %66,7'sinde (s:2) servikal erozyon saptandı, pelvik hassasiyet hiçbirinde yoktu. Candida enfeksiyonlu kadınların, %89,5'inde (s:17) vajinal akıntı, %63,1'inde (s:12) dizüri şikayeti mevcuttu ve muayene sonucunda sadece %15,8'inde (s:3) vajinal akıntı görüldü. Bakteriyel vajinozlu hastaların %90,9'unda (s:10) vajinal akıntı, kasık ağrısı ve kötü koku şikayeti vardı. Gonokok saptanan hastanın muayene sonucunda pelvik hassasiyeti olduğu saptandı (Şekil-2).



Şekil-2: CYBE saptanan kadınların başvuru şikayetleri ve muayene bulguları

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda bakteriyel vajinoz ile kötü kokulu akıntı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,026$). Muayene bulguları açısından değerlendirdiğimizde ise servikal erozyon, candida enfeksiyonu olan olgular arasında anlamlı olarak yüksekti ($p=0,011$).

T. vaginalis'li kadınların %66,7'si (s:2) kondom, %33,3'ü (s:1) geri çekme, candida saptanan hastaların %31,6'sında (s:6) RİA, %21,1'i (s:4) kondom, gonokok'lu hastanın ise kondomu gebeliği önleyici yöntem olarak kullandığı saptandı (Tablo-9).

Tablo-9: Enfeksiyonların gebeliği önleyici yöntem kullanımına göre dağılımı

	T. vaginalis	Candida	G. vaginalis	C. trochamatis	Gonokok
Kullanmıyor	0	5	2	1	0
RİA	0	6	6	0	0
Kondom	2	4	1	1	1
OK	0	1	0	1	0
Geri çekme	1	3	1	0	0
Norplant Enjeksiyon	0	0	0	0	0
Tüp ligasyon	0	0	1	0	0
Toplam	3	19	11	3	1

TARTIŞMA VE SONUÇ

İnsan yaşamının önemli bir parçası olan cinselliğin biz hekimler için en çok ilgi çeken alanı, aile planlaması hizmetleri ve CYBE'dir (67). Üreme sağlığı, kadın sağlığı, cinsel sağlık, anne ve çocuk sağlığı gibi kavramlar, son 50 yıl içinde gündeme gelse de, aslında insanoğlunun var olduğu günden, günümüze kadar önemini korumuştur (68). Dünyada üreme sağlığı açısından ulaşılan son noktada, insanların istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları yanında güvenli, tatmin edici ve sağlıklı bir cinsel yaşam haklarının bulunduğu kabul edilmektedir (69,70). Ülkemizde aile planlaması hizmetleri 1965 yılından sonra verilmeye başlanmış ve son kırk yıl içerisinde ciddi gelişmeler göstermiştir. Özellikle sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde ağırlıklı olacak şekilde, yıllardır verilen aile planlaması hizmetlerinde ülkemizde önemli kazanımlar elde edilmiştir (68). Başlangıçtan beri CYBE'lerin kontrolüne karşı ilgisizliğin temelinde dört neden olduğu bilinmektedir (1):

- 1) CYBE'lerin ölümcül olmadığı düşüncesi,
- 2) Tanı ve tedavilerinin güç ve pahalı olması,
- 3) Bu hastalıkların değiştirilmesi zor olan cinsel davranışla ilgili olması, baş edilmesinin kolay olmaması,
- 4) Aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı programları içerisinde CYBE'lara öncelik tanınmasının bu hizmetlere karşı bir damgalama oluşmasına neden olması.

CYBE'lerin toplumsal ve ekonomik yükünün farkına varılmasıyla bu enfeksiyonların kontrolü konusu giderek daha ciddi olarak gündeme gelmiştir. Son yıllarda HIV enfeksiyonu ve AIDS'in pandemi haline gelmesi, AIDS'in ölümcül bir hastalık olduğunun anlaşılması ve bazı CYBE'lerin HIV yayılımını kolaylaştıran faktörler arasında yer alması, artan ilginin en önemli nedenleridir (1).

Türkiye'nin sosyodemografik özelliklerinin kadın sağlığı ile birlikte incelendiği en kapsamlı araştırma Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

(TNSA)dir. Çalışmaya aldığımız grubun sosyodemografik özelliklerini, TNSA-2003 ile karşılaştırmanın çalışma evreninin özellikleri hakkında yorum yapmamıza katkısı olacağını düşündük. TNSA-2003'te araştırmaya alınan kadınların 15-39 yaş aralığındaki dağılımı %42,2 iken, bizim çalışmamızda bu oran %83'tü. TNSA-2003'te 15-49 yaş kadınların %67'si araştırma sırasında halen evli ve %30'u hiç evlenmemişti. Eşi ölmüş ve boşanmış kadınların oranı %1'in biraz üzerinde iken ayrı yaşayanların oranı %1'in altında idi. Bizim çalışmamızda ise kadınların %98,2'si evli ve %1,8'nin eşleri vefat etmiştir. Sonuç olarak çalışma grubumuzdaki kadınlar Türkiye genelindeki kadınlara göre daha genç ve evlilik oranı hayli yüksektir (71). Kadınların eğitim düzeyinin artması, Türkiye'de aile planlaması ve cinsel sağlık davranışında önemli değişimlere neden olmaktadır. TNSA-2003'te kadınların %21,8'i eğitimi olmayan veya ilköğretimi tamamlamamış, %61,1'i ilköğretimi bitirmiş, %17'sinin ise lise ve üzeri eğitim aldığı görülmüştür. TNSA-1993 bulguları ile karşılaştırıldığında, günümüzde doğurganlık çağında olan kadınların daha eğitilmiş oldukları ve buna bağlı olarak modern aile planlaması yöntemlerini daha fazla kullandıkları görülmektedir (71). Çalışma grubumuzda ise eğitimi olmayan grubun oranı %38 (okur-yazar değil %28, okur-yazar %10), ilköğretim %68, lise %6 olarak saptanmış, çalışmanın yapıldığı bölgeye uygun olarak Türkiye geneline göre eğitim seviyesi daha düşük bulunmuştur. Kullanılan gebeliği önleyici yöntem dağılımına bakıldığında TNSA-2003'te; herhangi bir yöntem kullanmayanların oranı %29 iken, en fazla kullanılan yöntemin %26,4 ile geri çekme, en sık kullanılan modern yöntemin ise %20,2 ile RİA olduğu görülmüştür. Çalışma grubumuzda bu dağılım; yöntem kullanmayanlar, %29,5; geri çekme, %19,6; RİA, %30,4; şeklinde olmuştur. 1988 ile 1998 arasında %63 dolayında seyreden gebeliği önleyici yöntem kullanımının, 2003'e gelindiğinde %71 düzeyine ulaştığı gözlenmektedir.

Çalışmamızda yaş ve eğitim düzeyi farklılıklarına rağmen gebeliği önleyici yöntem kullanma oranının %70,5'le nerede ise Türkiye ortalaması ile eş değer olması sevindiricidir. Burada kadınların aile planlaması yöntemlerini

kullanmalarında eğitim dışı faktörlerin de etkisinin olduğu düşünülmektedir. Çalışma bölgemiz sosyoekonomik durum açısından Bursa geneline göre daha geride bir bölge olmakla birlikte, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu açısından oldukça şanslı bir bölgedir. Emek Belediye'si bünyesinde, Bursa Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı ve UÜTF ve Emek Belediye'sinin ortak hizmet verdiği üç birinci basamak sağlık merkezinde toplam 15 doktor, 14 sağlık personeli görev yapmakta, ayrıca iki özel sağlık merkezinde bölge halkına hizmet verilmektedir. Tüm bu merkezlerde aile planlaması hizmetleri verilmektedir.

Düşük oranlarını incelediğimizde, TNSA-2003'te isteyerek düşük oranı %24 olarak saptanmış ve isteyerek düşük yapmış olma yüzdesinin eğitim düzeyine göre çok az farklılık gösterdiği ortaya konmuştur. Çalışma grubumuzda isteyerek düşük oranı %42 ile oldukça yüksek bir oranda bulunmuştur. Gebeliği önleyici yöntem kullanım oranlarının benzer, ancak isteyerek düşük oranının yüksek görülmesi bize, çalışma grubumuzdaki kadınların gebeliği önleyici yöntemleri etkin olarak kullanmadıklarını düşündürmüştür.

TNSA-2003'te tüm kadınların ortalama canlı doğum sayısı 1,84 iken, evli kadınlarda ortalama canlı doğum sayısı 2,64 olarak saptanmıştır. Ortalama yaşayan çocuk sayısı tüm kadın grubunda 1,69, evli kadınlardaki ortalama yaşayan çocuk sayısı 2,43'dür. Bizim çalışmamızda kadınların tamamına yakını evli, canlı doğum ortalaması $2,73 \pm 2,14$ (SD) ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması $2,52 \pm 1,82$ (SD) ile TNSA'daki evli kadınların canlı doğum ve yaşayan çocuk sayısı ortalamaları ile uyumlu bulunmuştur (71).

Vajinal duş tüm dünyada özellikle gelişmekte olan ülkelerde, siyah ırkta ve Müslüman olan ülkelerde yaygın geleneksel bir uygulamadır. Vajinal duş ile ilişkilendirilen sağlık sorunlarının başında PID ve buna bağlı gelişen ektopik gebelik, fertilitenin azalması ya da infertilite, AIDS dahil olmak üzere artan cinsel yolla bulaşan hastalık riski, bakteriyel vajinozis ve serviks kanseri

gelmektedir. Ancak vajinal duşun mu enfeksiyona yol açtığı, yoksa vajinal enfeksiyona sahip olan kişilerin mi vajinal duş alışkanlığı olduğu hala tartışmalıdır (72,73). Ankara'da 1996 yılında Çalışkan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada doğurgan çağ kadınlarının %63,2'sinin, Hodoglugil ve arkadaşları Karadeniz Bölgesi'nde yaptıkları bir çalışmada ise RİA kullanan kadınların %64'ünün vajinal duş yaptıklarını bulmuşlardır (74). Çalışmamızda vajinal duş oranı %46,4 ile Türkiye'de yapılan diğer çalışmalardan daha düşük bir oranda saptanmış ve CYBE görülmesi ile ilişkisi saptanmamıştır.

Vajinal enfeksiyonlar etkene yönelik olarak; bakteriyel vajinosiz, vulvo-vajinal mantar enfeksiyonları ve Trichomonas vaginalis enfeksiyonu, olarak 3 grupta ele alınmaktadır (75). Biz de çalışma sonuçlarımızı bu şekilde gruplandırarak inceledik.

Bakteriyel vajinoz ilk kez Gardner ve Duker (76) tarafından 1955 yılında tarif edilmiş ve G. vaginalis'in özellikleri belirlenmiştir. Yaptıkları iki ayrı çalışmada ilk bulgularını destekler veriler elde etmişlerdir. Bakteriyel vajinozisi bulunan 2251 kadının % 94,5'inde ve 993 kadının %84'ünde etken olarak G. vaginalis saptamışlardır. Gardner bu konunun önemini vurgulamak için 'G.vaginalis Bakteriyel vajinozda tek ajan değilse de primer ajandır' demiştir (77).

Çalışmamızda 112 kadının 11'inde (%9,8) G. vaginalis saptanmıştır. Kaymak ve ark. (78) vajinal akıntı şikayeti ile başvuran yaşları 19-58 arasında değişen 100 kişilik çalışmalarında %9 bakteriyel vajinoz saptamışlardır. Rewari ve ark. (79) aile planlaması kliniğine başvuran vaginal akıntılı olgularda G. vaginalis görülme oranını %79 olarak vermişlerdir. Çalışmamızda bakteriyel vajinoz literatürle uyumlu olarak, vulvo-vajinal kandidoz sonrası ikinci en sık enfeksiyon etkeni olarak saptandı. Garnerella vaginalis saptadığımız olguların hepsi 15-39 yaş grubu arasında olup, kadınların %54,5'i gebeliği önleyici yöntem olarak RİA kullanıyordu ve

enfeksiyon görülmesi RİA kullanan ve kullanmayan grup arasında anlamlı bir fark göstermiyordu.

Tosun ve ark. (80) yaşları 17-59 arasında değişen, 200'ü RİA'lı ve 200'ü RİA'sız olmak üzere 400 olguluk çalışmalarında, RİA'lı grupta %32, RİA'sız grupta %14 bakteriyel vajinoz saptamış ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğunu bulmuşlardır ($p<0,05$). Bu çalışmada istatistiksel olarak önemsiz olsa da *G. vaginalis* saptanma sıklığı her iki grupta da 31-40 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre daha fazla gözlenmiştir. Bakteriyel vajinoz tablosunun RİA'lı olan kadınlarda daha fazla görüldüğü değişik çalışmalarda gösterilmiş olup Hodoglugil ve ark. (81) RİA'lılarda bakteriyel vajinoz saptanma oranını RİA'sızlara göre üç kat fazla bulmuşlardır. Bununla birlikte bakteriyel vajinoz ile kullanılan kontraseptif yöntem arasında ilişki olmadığını gösteren yayınlar da vardır (82). Sağlık Bakanlığı Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberinde de RİA'nın daha önce geçirilmiş CYBE öyküsü olan veya birden fazla cinsel eşi bulunan kadınlar açısından risk oluşturduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda bakteriyel vajinoz tespit edilen kadınlarda bu risk faktörlerinin olmaması RİA'nın enfeksiyon açısından riskli bulunmamasının nedeni olabilir.

CYBE'lerin büyük çoğunluğu asemptomatiktir. Klamidya enfeksiyonlu erkeklerin %30'u, kadınların %70-75'i, gonore enfeksiyonlu erkeklerin %10'u, kadınların %90'ı, trikomonas enfeksiyonlu kadınların %50'si asemptomatiktir. Bu nedenle bu kişilerin tanı ve tedavi almaları ve hastalığın gerçek sıklığının ölçümü kolay değildir (1). CYBE'ler çoğunlukla asemptomatik seyretmekle birlikte etken ne olursa olsun en sık rastlanan klinik bulgu genital akıntıdır (83). Bu olguların bize başvuru şikayetleri, %90,9'u vajinal akıntı, kötü koku ve kasık ağrısı idi. Başvuru şikayetleri açısından bakteriyel vajinozis ile yalnızca kötü koku arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Vulvovajinitler kadınlarda yarattığı rahatsızlık hissi yanısıra, kadının günlük yaşantısını da olumsuz etkileyen sık görülen enfeksiyonlardır.

Vulvovajinit etkenleri arasında Candida'lar, Bacteroides vaginalis'den sonra ikinci sırada gelmektedir (84).

Çalışmamıza katılan 112 kadından 19'unda (%17) Candida pozitif bulunmuş olup enfeksiyon etkenleri arasında ilk sırada yer almaktadır.

Nemut ve ark. (85) vajinal akıntı ve ağrı şikayet ile başvuran 18-62 yaş arası 306 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada %21,2 oranında; Duran ve ark. (86) yaşları 16-63 arasında genital enfeksiyon şüphesi olan toplam 534 kişilik araştırmalarında %14,2 oranında Candida tespit etmişlerdir. Kaymak ve ark. (78) 100 kişilik çalışma gruplarında %9 oranında Candida saptamışlardır.

Candida enfeksiyonunun görülme oranı diğer çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte çalışma sonuçlarımızın farklılık gösterdiği önemli bir nokta, bizde saptanan tüm vakaların (%100) rekürren enfeksiyon olmasıdır. Kaymak ve arkadaşlarının çalışmasında rekürren enfeksiyon oranı %59,5 olarak verilmiştir (78). Candida vakalarını başvuru şikayetleri açısından incelediğimizde, olguların %89,5'inde vajinal akıntı, %63,1'inde dizüri, %47,3'ünde dispareni, %42,1'inde kaşıntı şikayeti kaydedilmiştir. Akıntı niteliği %47,3'ünde beyaz, kokusuz, homojen, %31,5'inde beyaz, kokusuz, partiküllü gözlenmiştir. Muayene bulguları açısından kadınların %36,8'inde var olan servikal erozyon ile Candida enfeksiyonu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,01). Yapılan diğer çalışmalarda akıntı özellikleri çalışmamızdaki sonuçlarla benzerdi. Kaymak ve ark. (78) %72 oranında kokusuz, peynirimsi, beyaz renkli akıntı bildirmişlerdir. Fizik muayene bulguları açısından frajilite, servikal hiperemi, servikal erozyon bulguları ile Candida arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edememişlerdir. Bizim çalışmamızda saptadığımız erozyon Candida ilişkisinin vakaların rekürren enfeksiyon özelliğinden kaynaklanmış olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda 3. sıklıkta görülen enfeksiyon etkeni %2,7 (s:3) ile T.vaginalis'dir. Bu üç olgu 25-34 yaş grubu içerisindeydi. Bu kadınların tümünde vajinal akıntı ve kasık ağrısı başvuru şikayeti olarak mevcuttu. Kaşıntı, disparanü ve kötü kokudan yalnızca 1'i şikayetçi idi. Gebeliği önleyici yöntem olarak 1 hasta geri çekme yöntemi, 2 hasta kondom kullanıyordu. Jinekolojik muayenede 1'inde beyaz, kokusuz, homojen, 2'sinde sarı, yeşil, kokulu, köpüklü akıntı ve 2 kişide servikal erozyon saptandı.

Karaman ve ark. (87) Malatya ili ve çevresinden, vaginal akıntısı olan 675 kadında %8,1 oranında T.vaginalis tespit etmişlerdir. Ülkemizde yapılan değişik çalışmalarda araştırma yapılan olgulara ve kullanılan yöntemlere bağlı olarak %3-72,3 arasında değişen oranlarda T. vaginalis saptandığı bildirilmektedir (88). Çeşitli kültür besiyerlerinin kullanıldığı çalışmalarda, DM ile kültür yöntemlerinin aynı ya da kültür yöntemlerinin daha hassas olduğunu bildiren sonuçlar bulunmaktadır. Suay ve ark. (89) 300 hayat kadınında DM ile %40,3, kültür yöntemi ile %72,3'ünde, Ertabaklar ve ark. (90) ise vajinal akıntılı 220 olguda DM ile %5,45, TYM (Trypticase-Yeast-Maltose) kültür yöntemi ile %7,27 T.vaginalis saptadıklarını bildirirken; Aksoy ve ark. (91) 119 vajinal akıntılı olgunun %4,2'sinde, Daldal ve ark. (92) Malatya'da konsomatris olarak çalışan 33 kadının %42,4'ünde; Akarsu ve ark. (93) 246 genelev kadınının %4,9'unda DM ve kültür yöntemi ile eşit oranda T.vaginalis saptadıklarını bildirmişlerdir. Diğer çalışmaların büyük çoğunluğunda DM-kültür yöntemleri arasında önemli fark olmadığını gösterilmesi nedeniyle çalışmamızda saptadığımız düşük T.vaginalis oranının tanı yönteminden kaynaklanmadığını düşünmekteyiz.

Gonokok enfeksiyonu 112 vakanın sadece 1'inde (%0,9) saptandı. Bu olgunun geliş şikayeti vajinal akıntı, kaşıntı, kötü koku ve kasık ağrısı idi ve muayenede vajinal akıntı ile birlikte servikal erozyon vardı.

Zarakolu ve ark. (94) Ankara'da kayıtlı seks çalışanı kadınlarda N. gonorrhoeae prevalansını %2,3 olarak; Ortaylı ve ark. (95) aile planlaması

kliniğine başvuran kadınlarda C.trachomatis prevalansını % 1,9, T.vaginalis prevalansını %2,6 olarak bildirirlerken hiç N. gonorrhoeae saptamamışlardır. Akarsu ve ark. (96) seksüel geçişli hastalıklar polikliniğine başvuran 100 hastada %20 oranında N.gonorrhea tespit etmişler, enfeksiyonu en sık 15-25 yaş arasında, düşük eğitim düzeyli grupta görmüşlerdir. Gebeliği önleyici yöntem olarak kondom kullanan kadınların hiçbirinde gonokok enfeksiyonuna rastlamamışlardır. Bizim çalışmamızda hem C.trachomatis'li bir olguda hem de gonokok saptanan olguda gebeliği önleyici yöntem olarak kondom belirtilmesi, oldukça düşündürücüdür. Bunun nedeninin kadınların düşük sosyokültürel düzeylerine bağlı olarak kondomun uygunsuz kullanımı sonucu olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışma grubumuzda C. trachomatis %2,7 (s:3) oranında tespit edilmiştir. Bu hastaların 2'sinde kasık ağrısı, kötü koku, 1'inde akıntı, kaşıntı, disparoni, postkoital kanama başvuru şikayeti idi. C.trachomatis tespit edilen hastaların biri kondom, diğeri OK kullanırken, üçüncü hasta gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmıyordu.

Türkiye'de C.trachomatis 2005 Ocak ayı itibariyle bildirim zorunlu hastalıklar listesine girmiş ve ülke bazında 2005 yılında 88 erkek ve 61 kadın olmak üzere 149 vaka bildirilmiştir. C.trachomatis için Türkiye insidansı 0,22 olarak verilmektedir (97). C.trachomatis antijenlerini saptayan çok sayıda hızlı test geliştirilmiştir. Bu testler, prensip olarak EIA temeline dayanmakta olup klinik örnekte chlamydia LPS (lipopolisakkarit) antijeni aranmasına yöneliktir. Genellikle klinisyen tarafından hasta başı testler olarak kullanılan, komplike ekipmana gereksinim göstermeyen, nispeten ucuz testlerdir. Nükleik asit amplifikasyon yöntemleri ile karşılaştırıldığında bu testlerin duyarlılığı %60-70, özgüllüğü %95 civarındadır. Bu nedenle, pozitif bir sonuç elde edildiğinde EIA, MİF testi ya da PCR gibi testlerle doğrulanmalıdır (98). Bizim çalışmamızda laboratuvar koşullarının yetersizliği ve hastaların ekonomik durumunun elvermemesi nedeniyle Chamydia MF testi ile (+) bulunan vakalara EIA, MİF ya da PCR ile doğrulama yapılamamıştır.

Akarsu ve ark. (96) seksüel geçişli hastalıklar polikliniğine başvuran 100 hastada Clamysset Antigen Fluoresans Antibody testi ile %16 C. trachomatis enfeksiyonu tespit etmiş, enfeksiyon ile yaş grubu (15-25 yaş grubunda saptanma oranı daha fazla) ve gebeliği önleyici yöntem olarak OK kullananlar arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır. Açar ve ark. (99) kadın hastalıkları polikliniğine başvuran 50'si rekürren enfeksiyon şikayeti olan, 23'ü rutin kontrole gelen kronik servisitli 73 kadında Hexagon Chlamydia rapid test kullanarak yaptıkları çalışmada, rekürren enfeksiyonu olanların %64'ünde (s:32), rutin kontrole gelenlerin %21,7'sinde (s:5) C.trachomatis saptamışlar; %64 yüksek pozitif oranın bulunması nedeniyle kronik servisiti olan rekürren enfeksiyonlu hastalarda C.trachomatis'in mutlak araştırılmasını vurgulamışlar, ancak istatistiksel anlamlılık düzeyi belirtmemişlerdir. Bizim çalışmamızda ise C.trachomatis'li 3 olgudan 2'si daha önce hiç enfeksiyon geçirmemişken, 1 olguda sekiz ve üzeri rekürren enfeksiyon hikayesi vardı. Çalışmamızda ne rekürren enfeksiyon ne de gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile C.trachomatis enfeksiyonu arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ancak burada vaka sayısının az olması sonucu değerlendirirken göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç olarak; hizmet verdiğimiz Emek Bölgesi'nde CYBE'ların görülme özellikleri, Türkiye'de yapılmış olan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermekteydi. İlgi çeken bir bulgu, rekürren enfeksiyon fazlalığı ve gebeliği önleyici yöntem olarak kondom kullanan kadınlarda CYBE görülmesiydi. Bu bize özellikle hizmet verdiğimiz bölge gibi, sosyokültürel seviyesi oldukça düşük bölgelerde kişilere hizmeti ulaştırmanın yanı sıra, yöntemi etkin kullanmalarının sağlanması için de önemli bir çaba sarfetmemiz gerekliliğini göstermiştir. Ayrıca aile planlaması hizmetlerinin etkin kullanımını etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik başka araştırmalara da ihtiyaç duyulmaktadır.

EK 1:

**EMEK AİLE HEKİMLİĞİ MERKEZİNE BAŞVURAN VAJİNAL AKINTILI
KADINLARDA CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR
ANKET FORMU**

Adı Soyadı

Tarih
Form No

1)Yaşı.....

2)Öğrenim Durumu

- 1)Okur-yazar değil
- 2)Okur-yazar
- 3)İlköğretim
- 4)Lise
- 5)Yüksek öğrenim

3)Medeni Durumu

- 1)Evli
- 2)Bekar
- 3)Eşi vefat etmiş

4)Mesleği

- 1)Ev hanımı
- 2)Kamu çalışanı
- 3)Özel sektör
- 4)Serbest meslek
- 5)Emekli
- 6)Diğer

5)Eşinin öğrenim durumu

- 1)Okur-yazar değil
- 2)Okur-yazar
- 3)İlköğretim
- 4)Lise
- 5)Yüksek öğrenim

6)Eşinin mesleği

- 1)Kamu çalışanı
- 2)Özel sektör
- 3)Serbest meslek
- 4)Emekli
- 5)Diğer

7)Ailenin gelir düzeyi(kendi düşüncesine göre).....

8)Gelir düzeyi

- 1)Düşük (400YTL veya daha az)
- 2)Orta (400-1000 YTL)
- 3)İyi (1000-4000 YTL)
- 4)Çok iyi (4000 YTL ve üzeri)

9)İlk adet yaşı.....

10)Gebelik sayısı.....

11)Canlı doğum sayısı.....

12)Düşük sayısı.....

13)Yaşayan çocuk sayısı.....

14)Evlilik yılı gruplaması.....

15)Son üç ay içinde kullandığı gebeliği önleyici yöntem

- 1)Kullanmıyor
- 2)RİA kullanıyor
- 3)Kondom kullanıyor
- 4)Hap kullanıyor
- 5)Geri çekme
- 6)Yıkama yöntemi
- 7)Takvim
- 8)Norplant veya enjeksiyon
- 9)Diğer

16)Eşiyle haftada kaç kez beraber olduğu.....

17)Eşiyile beraber olduktan sonra hazneyi yıkayıp yıkamadığı

- 1)Her zaman yıkıyor
- 2)Ara sıra yıkıyor
- 3)Hiç yıkamıyor

18)Genital bölge temizliği

- 1)Yapmıyor
- 2)Suyla yapıyor
- 3)Su ve sabunla yapıyor
- 4)Özel temizleyicilerle yapıyor

19)Daha önce hiç akıntılı bir kadın hastalığı geçirip geçirmediği

- 1)Geçirmemiş
- 2)Geçirmiş(Kaç kez.....)

20)Bu hastalık nedeniyle tedavi olma durumu

- 1)Geçirmemiş,bilmiyor
- 2)Sadece kendisi tedavi olmuş
- 3)Eşiyile beraber tedavi olmuş
- 4)Tedavi olmamış
- 5)Halen tedavi devam ediyor

21)Hastanın şikayetleri

- 1)Yok
- 2)Vaginal akıntı
- 3)Cinsel organda kaşıntı
- 4)Disparoni
- 5)Postkoital kanama
- 6)İdrar yaparken yanma ve ağrı
- 7)Kötü koku
- 8)Kasık ağrısı
- 9)Diğer

22)Eşinin şikayetleri

- 1)Şikayeti yok
- 2)Akıntı
- 3)Kaşıntı
- 4)Yanma
- 5)Diğer

23)Eşinin sigara kullanma durumu

- 1)Kullanmıyor
- 2)Kullanıyor
- 3)Kullanmış bırakmış (.....kadar önce)

24)Hastanın sigara kullanma durumu

- 1)Kullanmıyor
- 2)Kullanıyor
- 3)Kullanmış bırakmış (.....kadar önce)

25)Muayene bulguları

- 1)Pelvik hassasiyet
- 2)Servikal erozyon
- 3)Akıntı
- 4)Diğer

26)Akıntı özellikleri

- 1)Akıntı yok
- 2)Beyaz,kokusuz,partiküllü
- 3)Beyaz,kokusuz,homojen
- 4)Sarı,yeşil,kokulu,köpüklü
- 5)Sarı,kokulu

27)Vaginal pH.....

28)Spekulum muayenesinde vaginanın görünümü

- 1)Hiperemik
- 2)Solgun
- 3)Diğer

TANI TESTLERİ SONUÇLARI

29)Candida

- 1)Pozitif
- 2)Negatif
- 3)Şüpheli

30)Gardnerella

- 1)Pozitif
- 2)Negatif
- 3)Şüpheli

31)Chlamydia

- 1)Pozitif
- 2)Negatif
- 3)Şüpheli

32) Gonokok

- 1)Pozitif
- 2)Negatif
- 3)Şüpheli

33)Trichomonas

- 1)Pozitif
- 2)Negatif
- 3)Şüpheli

KAYNAKLAR

- 1.T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt 1 Ankara: Damla Matbaası; 2005. 241-50.
- 2.Aşçıoğlu S, Ünal S. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Epidemiyolojisi. In: Uzun Ö, Ünal S (eds). Güncel Bilgiler Işığında İnfeksiyon Hastalıkları 1. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2001. 379-415.
- 3.Gerbase AC, Rowley JT, Mertens TE. Global Epidemiology of Sexually Transmitted Disease. Lancet 1998;351(Supp13): 2-4.
- 4.Bilgehan H. Treponema pallidum. In: Bilgehan H (ed). Klinik Mikrobiyoloji Özel Bakteriyoloji ve Bakteri Enfeksiyonları. 6. Baskı. İzmir: Barış Yayınları; 1990. 384.
- 5.Zarakolu P, Akın A. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar: Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. Arman D, Ünal S (eds). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Tedavisi. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2004. 9-25.
- 6.Aral SO, Holmes KK. Social and Behavioral Determinants of the Epidemiology of STDs. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, et al, (eds). Sexually Transmitted Disease. New York: Mc Graw Hill; 1999. 39-77.
- 7.DİE, Devlet İstatistik Enstitüsü Raporu. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası; 2003
- 8.DİE. Türkiye'nin Nüfusu 1923-1994, Demografik Yapı ve Gelişim. Devlet İstatistik Enstitüsü Raporu. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası; 1995. 45-61.
- 9.Koray S. Dynamic of Demography and Development in Turkey: Impication to The Potential for Migration to Europe, Turkish Journal of Population Studies 1997;19:37-55.
- 10.Zachariah R, Spielmann MP, Harries AD, Nkhoma W, Chantula A, Arendt V. Sexually Transmitted Infections and Sexual Behaviour Among Commercial Sex Workers in a Rural District of Malawi. Int J STD AIDS 2003;14(3):185-8.
- 11.Roddy RE, Zekeng L, Ryan KA, Tamoufe U, Tweedy KG. Effect of Nonoxynol-9 Gel on Urogenital Gonorrhoea and Chlamydial Infection: A Randomized Controlled Trial. JAMA 2002; 287:1117-22.
- 12.Akın A, Enünlü T. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları. TAP Vakfı-UNFPA. Ankara: 2002. 81-149.

- 13.**Senanayke P, Kramer DG. Contraception and The Etiology of Pelvic Inflammatory Disease; New Perspectives. *Am J Obstet Gynecol* 1980;138: 852-60.
- 14.**Tosun I, Aydın F, Kaklıkkaya N, Yazıcı Y. Frequency of Bacterial Vaginosis Among Women Attending for Intrauterine Device Insertion at an Innercity Family Planning Clinic. *Eur J Contrcept Reprod Health Care* 2003; 8:135-8.
- 15.**Sharief M. Genital Infections Among Women Using Various Contraceptive Methods in Basra. *East Mediterr Health J* 1998;4:487-92.
- 16.**Ünal S, Zarakolu P. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar. In: Topçu Willke A, Söyletir G, Doğanay M (eds). *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi* 1. Nobel Tıp Kitapevi: 2002;1111-29.
- 17.**Donders G, Vereecken A. Definition of a Type of Abnormal Vaginal Flora That is Distinct From Bacterial Vaginosis: Aerobic Vaginitis. *Br J Obstet Gynecol* 2002;109:34-43.
- 18.**Anderson RM. The Transmission Dynamics of Sexually Transmitted Disease. In: Wasserheit JN, Aral SO, Holmes KK, Hitchcock PJ (eds). *The Behavioral Component, Research Issues in Human Behaviour and Sexually Transmitted Diseases in the AIDS Era*. 1st. edition. Washington DC: American Society for Microbiology 1993. 61.
- 19.**Kaymak Y, Yüksel N, Ekşioğlu M. Kondiloma Aküminatının Diğer Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla Birlikteliği. *Türkderm* 2004;38:48-53.
- 20.**Hansfield HH. Clinical Approach to Patients with STDs. In: Hansfield HH (ed) *Atlas and Synopsis of Sexually Transmitted Disease*. 2nd edition. USA: Mc Graw Hill; 1992. 2-8.
- 21.**Uncu Y. Aile Hekimliğinde Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara Yaklaşım In: Bilgel N (ed). *Aile Hekimliği*. 1st. edition. Bursa: Medikal Tıp Kitapevi; 2006. 545-60.
- 22.**Smith P.R. Seksüel Geçişli Enfeksiyonlar. In: Erenus M, Yoldemir T (çev eds). *Netter Obstetri, Jinekoloji ve Kadın Sağlığı*. 1st. edition. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2008. 504-33.
- 23.**Judson FN. Gonorrhoe. *Med Clin North Am* 1990;74:1353.
- 24.**Sparling PF, Handsfield HH. Neisseria Gonorrhoe. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). *Principles and Practice of Infectious Disease*. 5th edition. New York: Churchill Livingstone; 2000. 22-42.

- 25.**Sherrard J, Barlow D. Gonorrhoea in Men: Clinical and Diagnostic Aspects. *Genitourin Med* 1996; 72:422.
- 26.**Barlow D, Phillips I. Gonorrhoea in Women: Diagnostic, Clinical and Laboratory Aspects. *Lancet* 1978;1:761.
- 27.**Koneman EW, Allen SD, Janda WM, et al. *Neisseria species and Moraxella catarrhalis*. In: *Diagnostic Microbiology*, 5th edition. New York; Lippincott Company; 1997. 491.
- 28.**Neyzi O, Yolsal N (eds). *Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Tanı ve Tedavi Rehberi. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (UNEFPA Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)*. 2nd edition. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2005.
- 29.**Moran JS, Zenilman JM. Therapy for Gonococcal Infections. *Rev Infect Dis* 1990;12: 633.
- 30.**Handsfield HH, Dalu ZA, Martin DH, et al. Multicenter Trial of Singledose Azithromycin vs. Ceftriaxone in The Treatment of Uncomplicated Gonorrhea. *Sex Transm Dis* 1994;21:107.
- 31.**Sancher M, Luger AFH. Syphilis. In: Fitzpatrick TB (ed). *Dermatology in General Medicine*. 4th edition. New York: McGraw Hill; 1993. 2703.
- 32.**Tramont EC. *Treponema pallidum*. In: Bilgehan H (ed). *Klinik Mikrobiyoloji Özel Bakteriyoloji ve Bakteri Enfeksiyonları*. 6th edition. İzmir: Barış Yayınları; 1990. 384.
- 33.**Unat EK. *Treponema pallidum*. In: Unat EK (ed). *Tıp Bakteriyolojisi ve Virolojisi*. 2nd edition. İstanbul: Dergah yayınları; 1987. 743.
- 34.**Kotoğyan A. Sifiliz. In: Tüzün Y, Kotoğyan A, Saylan T (eds). *Dermatoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 1985. 131.
- 35.**Arnold HL, Odam RB, James WD. Syphilis, Yaws, Bejel and Pinta. In: Arnold HL, Odam RB, James WD (eds). *Diseases of the Skin*. 8th edition. Philadelphia: WB Saunders Company; 1990. 405.
- 36.**Rudolph AH. Syphilis. In: Demis DJ (ed). *Clinical Dermatology*. 19th edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 1992.16.
- 37.**Jones RB, Batteiger BE. *Chlamydia Trachomatis (Trachoma, Perinatal Infections, Lymphogranuloma Venereum and Other Genital Infections)*. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 5th edition. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000. 1989-2004.

- 38.**Schacter J. Epidemiology of Human Chlamydial Infections. In: Saikku P (ed). Proceedings of the Fourth Meeting of the European Society for Chlamydia Research. Helsinki: 2000. 307-10.
- 39.**Tavmergen Göker E. Chronic Infections and Sequele in the Female, Including PID. In: Serter D, Ertem E, Dereli D (eds). FEMS Workshop on Human Chlamydial Infections. Final Program and Proceedings Book. İzmir: 1997. 25-8.
- 40.**Templeton A. Chlamydia Trachomatis and Infertility. In: Saikku P (ed). Proceedings of The Fourth Meeting of the European Society for Chlamydia Research. Helsinki: 2000. 223-4.
- 41.**Ryan GM, Adbella TN, Mc Neely SG et al. Chlamydia Trachomatis Infection in Pregnancy and Effect of Treatment on Outcome. Am J Obstetri Gynecol 1990;162:34-9.
- 42.**Cohen I, Viella JC, Calkins BM. Improved Pregnancy Out-Come Following Successful Treatment of Chlamydial Infection. JAMA 1990; 263: 3160-3.
- 43.**Ağaçfidan A. Chlamydia Trachomatis'in Laboratuvar Tanısı. In: Ağaçfidan A, Anığ Ö (eds). Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar. İstanbul: 1999.125-33.
- 44.**Ertem E. Direct Fluorescent Antibody Test (DFA). In: Serter D, Ertem E, Dereli D (eds). FEMS Workshop on Chlamydial Infections. Final Program and Proceedings Book. İzmir: 1997. 72-3.
- 45.**Ridgway G. Management of Chlamydia Trachomatis Genital Infections. In: Pechere JC (ed). Intracelluler Bacterial Infections. 1st. edition. Cambridge: Medical Pub;1996. 59-64.
- 46.**Ridgway G. Antibiotic Management of Chlamydial Genital Infections. FEMS Workshop on Human Chlamydial Infections. In: Serter D, Ertem E, Dereli D (eds). FEMS Workshop on Chlamydial Infections. Final Program and Proceedings Book. İzmir: 1997. 38-41.
- 47.**Stein GE, Mummaw NI, Havlichek DH (eds). Pharmacotherapy. Michigan: 1995. 727-31.
- 48.** Center for Disease Control and Prevention. Recommendations for The Prevention and Management of Chlamydia Trachomatis Infections. Morbidity and Mortality Weekly Report. 1993. vol: 42, no: RR12.
- 49.**Neyzi O,Yolsal N (eds). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, Tanı ve Tedavi Rehberi. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (UNEFPA Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu). 1st edition. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 1997.

- 50.**Kaya C,Yılmaz M, Şatıroğlu H. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda Güncel Yaklaşımlar: Derleme Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi 2001;11:1-14.
- 51.**Cook CR, Goll SA. Herpes in Pregnancy. Infect Dis Obstet Gynecol 1994;1:298-9.
- 52.**Cone RW, Hobson AC, Brown Z et al. Frequent Detection of Genital Herpes Simplex Virus in Relation to Asymptomatic Maternal Infection of the Time of Labor. N Eng J Med 1998;324:1247-49.
- 53.** T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Mdrlğ. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE/HIV/AIDS) Katılımcı Kitabı. Ankara: Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri; 2005.
- 54.**Bonnie J, Dattel. Antiretroviral Therapy During Pregnancy. Obstetric and Gynecology Clinics of North America 1999;124(3):1110-2.
- 55.**Sobel JD. Vaginitis, Vulvitis and Cervicitis. In: Armstrong D, Cohen J (eds). Infectious Diseases. London: Harcourt Publishers Ltd; 2000. 1-8.
- 56.**Rein MF. Vulvovaginitis and Cervicitis. In: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE (eds). Principles and Practice of Infectious Diseases. NewYork: Churchill Livingstone; 1995. 1074.
- 57.**Hiller SL, Krohn MA, Cassen et al. The Role of Bacterial Vaginosis and Vaginal Bacteria in Amniotic Fluid Infection in Women in Preterm Labor with Intact Fetal Membranes. Clin Infect Dis 1995; 20 (suppl 2): 276-8.
- 58.**Hiller SL, Nugent RP, Esahenbach DA et al. Association Between Bacterial Vaginosis and Preterm Delivery of a Low Birth-Weight Infant. N Engl J Med 1995; 333: 1737-42.
- 59.**Speigel CA. Bacterial vaginosis. Clin Microbiol Rev 1991; 4: 485.
- 60.**Fouts AC, Kraus SJ. Trichomonas Vaginitis Reevaluation of it's Clinical Presentation and Laboratory Diagnosis. J Infect Dis 1980;141(2):137.
- 61.**Speigel CA. Gardnerella vaginalis and Mobilincus species. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). Principles of Infectious Diseases. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000. 2383-6.
- 62.**Speigel CA, Amsel R, Holmes KK. Diagnosis of Bacterial Vaginosis by Direct Gram Stain of Vaginal Fluid. J Clin Microbiol 1983;18:170.
- 63.**Gedikoğlu S. Bakteriyel Vajinosis Etkenleri. In: Kılıçturgay K (ed). Klinik Mikrobiyoloji. İstanbul: Nobel Kitapevleri; 1994. 161.

- 64.**Rein MF. *Trichomonas vaginalis*. In: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE (eds). *Principles and Practice of Infectious Disease*. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000. 2894-8.
- 65.**Lawrence RM. Vulvovaginitis. In: Hoeprich PD, Jordan MC (eds). *Infectious Diseases*. Philadelphia: JB Lippincott Comp; 1989. 552.
- 66.**Edwards JE. *Candida Species*. In: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE (eds). *Principles and Practice of Infectious Diseases*. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000. 2656-74.
- 67.**Topbaş M, Çan G, Kapucu M. Trabzon'da Bazı Liselerdeki Adölesanların Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2003;45(4):331-7.
- 68.**Akgün S, Bakar C. Üreme Sağlığı Epidemiyolojisi: Türkiye'de Doğurganlık ve Aile Planlaması. *TJOD* 2006;3(1):9-18.
- 69.**Özveriş ŞB, Ertan AE. Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım. In: Akın A (ed). *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003. 113-26.
- 70.**Akın A. Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş. *Aktüel Tıp Dergisi* 2001;6:4-8.
- 71.**Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2004. 33-106.
- 72.**Martino JL, Vermund SH. Vaginal Douching: Evidence for Risks or Benefits to Women's Health. *Epidemiologic Reviews* 2002; 24:109-24.
- 73.**Rosenberg MJ, Phillips RS, Holmes MD. Vaginal Douching. Who and Why? *J Reprod Med* 1991;36 (10):753-8.
- 74.**Çalışkan D. Geleneksel İnvajinal Uygulama 'Vajinal Duş, Lavaj' Yapılmalı mı? Yapılmamalı mı? *STED* 2005;14:15-8.
- 75.**American Soical Health Association. Diseases Characterised by Vaginal Discharge. *STD Counseling and Treatment Guide*. USA: 1995.118-31.
- 76.**Gardner HL, Duker CD. *Haemophilus Vaginalis* Vaginitis. A newly Defined Spesific Infection Previously Classified 'Nonspesific' Vaginitis. *Am. J Obstet. Gynecol* 1995;69:962-76.
- 77.**Bump RC, Zuspan FP, Buesching WJ, Ayers LW, Stephan TJ. The Prevalance, Six-Month Persistence and Predictive Values of Laboatory Indicators of Bacterial Vaginosis (Nonspesific Vaginitis) in Aseptomatoc Women. *Am J Obstet Gyecol* 1984;150:917-24.

- 78.**Kaymak Y, Paşaoğlu A, Erhan M, Çelik B. Polikliniğimize Vajinit Yakınmasıyla Başvuran Hastalarda Vajinal Akıntı Etkenlerinin Araştırılması. Gazi Tıp Dergisi 2005;16 (3):114-20.
- 79.**Rewari N, Chadha P, Kriplani A. Microbiological Study of Vaginal Discharge Associated with the Use of Cu T 200. J Indian Med Assoc 1991; 89:289.
- 80.**Tosun Yegane S, Sungurtekin İnceboz Ü, Karakartal G. Rahim İçi Aracı Olan ve Olmayan Vajinal Akıntılı Olgularda Bakteriyel Vaginoz ve Gardnerella Vaginalis Görülme Sıklığı. Türk Mikrobiyol Cem Derg 2002;32:177-82.
- 81.**Hodoglugil N, Aslan D, Bertan M. Intrauterine Device Use and Some Issues Related to Sexually Transmitted Disease Screening and Occurrence. Contraception 2000;61:359.
- 82.**Bezircioğlu İ, Öniz A. Vajinal Akıntı Yakınması ile Başvuran Hastaların Akıntı Örneklerinin Direkt Mikroskopik Değerlendirilmesi. STED 2004;13: 422-4.
- 83.**Zarakolu P. Cinsel Yolla Bulaşan İnfeksiyonlar. Hacettepe Tıp Dergisi 2006;37:21-34.
- 84.**Tünger Ö, Özbakkaloğlu B, Ecemiş T, Koyuncu F. Vulvo-vajinitli Kadınlarda Maya Mantarlarının Sıklığı ve Türlerine Göre Dağılımı. Türk Mikrobiyol Cem Derg 1999;30:127-30.
- 85.**Nemut T, Karadenizli A, Katırcıoğlu İ, Balıkçı E, Bingöl R. Vajinal Akıntı Örneklerinde İzole Edilen Mayaların Tiplendirmesi ve Antifungal Duyarlılıkları. Klimik Dergisi 2002;15(2):56-8.
- 86.**Duran N, Çulha G, Çetin M, Zeteroğlu Ş, Güngören A, Hakverdi AU. Genital Enfeksiyon Şüphesi Olan Adölesan ve Yetişkin Kadınlarda Enfeksiyon Etkenleri. Tıp Araştırmaları Dergisi 2005;3(2):13-9.
- 87.**Karaman Ü, Atambay M, Yazar S, Daldal N. Kadınlarda Trichomonas Vaginalis'in Çeşitli Sosyal Değişkenler Açısından Yaygınlığının İncelenmesi (Malatya İli Örneği). T Parazitoloji Derg 2006;30(1):11-5.
- 88.**Ayhan N, Başbuğ N, Hakbilen S. Vajinal Akıntılarının Mikrobiyolojik Değerlendirmesi. Türk Hij Den Biyol Derg 1996;53:7-11.
- 89.**Usay A, Yayla M, Mete Ö, Elçi S. 300 Hayat Kadınında Direkt Mikroskopi ve Kültür Yöntemleriyle Trichomonas Vaginalis ve Buna Bağlı Olarak Trikomoniyaz'ın Araştırılması. T Parazitoloji Derg 1995;19(2):170-3.

- 90.**Ertabaklar H, Ertuğ S, Kafkas S, Odabaşı AR, Karataş E. Vaginal Akıntılı Olgularda Trichomonas Vaginalis Araştırılması. T Parazitoloji Derg 2004;28 (4):181-4.
- 91.**Aksoy Ü, Akısü Ç, İnci A, Celiloğlu M. Vajinal Akıntılı Hastalarda Trichomonas Vaginalis Araştırılması. DEU Tıp Fak Derg 2002;16(2):81-4.
- 92.**Daldal N, Karaman Ü, Atambay M. Malatya'da Konsomatris Olarak Çalışan Kadınlarda Trichomonas Vaginalis İnsidansı. İnönü Üni Tıp Fak Derg 2002;9(1):21-4.
- 93.**Akarsu GA, Çelik T, Güngör Ç, Altıntaş K. Ankara'da Çalışan Genelev Kadınlarında Trichomonas Vaginalis Sıklığı. T Parazitoloji Derg 2003;27(4): 252-4.
- 94.**Zarakolu P, Sakızlıgil B, Çakır B, Unal S. The Point Prevalance of Gonorrhoea Among Registered Sex Workers in Ankara, Turkey. Internotional Journal of STD and AIDS 2002;13(1):52.
- 95.**Ortaylı N, Sahip Y, Amca B, Say L, Sahip N, Aydın D. Curable Sexually Transmitted Infections Among The Clientele of a Family Planning Clinic in Istanbul, Turkey. Sex Transm Dis 2001;28(1):58-61.
- 96.**Akarsu S, Bayar Ü, Öksüzoğlu A, Birgili N. Servisitte Etyolojik Faktörlerin Analizi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2005;5:6-14.
- 97.**Buyurgan V. TSİM Sistemine Göre Chlamydia Trachomatis 2005 Yılı Bildirim Verileri. In. Aktepe OC, Ağaçfıdan A. Ed. III. Ulusal Chlamydia Enfeksiyonları Simpozyum Kitabı 2006;143.
- 98.**Kiremitçi A. Chlamydia İnfeksiyonlarının Tanısında Antijen Tanı Testleri. In. Aktepe OC, Ağaçfıdan A (eds). III.Ulusal Chlamydia İnfeksiyonları Simpozyum Kitabı. Afyonkarahisar: Birmat Maatbaacılık; 2006. 98-104.
- 99.**Açar A, Sipahi AB, Onan MA, Kubatova A, Sultan N. Kronik Erozyone Servisitli Hastalarda Chlamydia Trachomatis Antijen Sıklığının Araştırılması. TJOD 2008;5(1):57-61.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki bilgi ve tecrübemi geliştirmeme katkılarından dolayı değerli hocam Anabilim Dalı Başkanımız Prof.Dr. Nazan Bilgel'e,

Tezimin her aşamasında yol gösterici olarak desteğini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Yeşim Uncu'ya,

Uzmanlık eğitimim süresince katkılarından dolayı UÜTF Aile Hekimliği öğretim üyeleri Yrd. Doç. Dr. Züleyha Alper, Yrd.Doç. Dr. Alis Özçakır, Yrd. Doç. Dr. Ganime Sadıkoğlu ve Yrd.Doç. Dr. Hakan Özdemir'e

Bölüm sekreterimiz Nilüfer Hündür Kıvıncı'ya

Ve ayrıca tez çalışmam sırasındaki yardımları nedeniyle biyolog Birol Gökgöz ve ebe-hemşire Gülümser Al'a teşekkürlerimi sunarım.

ÖZGEÇMİŞ

1971 yılında Eskişehir’de doğdum. İlk ve ortaokulu Bursa’da, lise eğitimimi Konya’da tamamladım. 1989-1996 yılları arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim gördüm. 1997-1998 yılları arasında Koç-Allianze Marmara Bölge doktoru, 1998-2004 yılları arasında Bursa Büyükşehir Belediye’sinde görev yaptım. Ekim 2004’de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği’ndeki uzmanlık eğitimime başladım.