

**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DOĞANKENT S.E.A. BÖLGESİNDE 15 YAŞ ÜZERİ EVLİ KADINLARDA
JİNEKOLOJİK BULGULARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

778707

HALK SAĞLIĞI UZMANLIK TEZİ

118107

**TEZ DANIŞMANI
Yrd.Doç.Dr. Hakan DEMİRHİNDİ**

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

Dr.Seva ÖNER

ADANA-2002

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkemizde genel sağlık göstergelerinin istenilen düzeyde olabilmesi için temel hedeflerden biri, kadın sağlığı düzeyini yükseltmektir. Kadının bireysel ve toplumsal işlevini, özel yaşamını, işini ve diğer sorumluluklarını yerine getirebilmesi için sağlıklı olması gerekir.

Türkiye’de doğurganlık çağının sonuna gelen kadınların, %9,7’si hiç evlenmemiştir. Tüm yaş gruplarında boşanmış ya da ayrı yaşayanların oranı %3’ü geçmemektedir. Bu da ülkemizde kadınların çoğunun evlendiğini ve evliliklerin bozulmadan uzun süre devam ettiğini göstermektedir (1).

Türkiye’de özellikle ilk evlenme yaşının en düşük olduğu Doğu Anadolu bölgesinde, ilk evlenme yaşı ortancası 18.1’dir (1). En yüksek ortanca yaş 19.9 ile Batı bölgesinde görülmektedir. Bir başka deyişle Doğu bölgesinde yaşayan kadınlar, batı’dakilerden iki yıl daha önce evlenmektedir. Genç yaştaki evliliklerde zaten erkek topluma göre menstrüasyon kanamaları, genital enfeksiyonlara yatkınlık nedeniyle daha fazla risk altında olan kadının sağlığı; bir de gebelik, doğum, lohusalık gibi, üreme sağlığına yönelik olayların erken yaşta görülmesi nedeniyle daha da bozulmaktadır.

Uzayan beklenen yaşam süresi ile birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığının arttığı günümüzde kanserlerden ölümler 2.sıraya yerleşmiş ve kadınlar için başta gelen kanser türü serviks kanseri olmuştur. Bunun yanında serviks kanserleri, tüm dünyada en yaygın kanserler arasında yer almakta ve gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha yüksek insidansa görülmektedir. Bu kanserlerin erken evrelerde tanısı konabilirse tedavi olasılığı %100’e ulaşmaktadır. Pap smear testi ile serviks kanserlerinin %90’ı erken dönemde teşhis edilebilmektedir. Erken tanı servikal kanserlerden ölümleri %50 oranında azaltmaktadır. Bu nedenle, erken tanı konulmasına yönelik çalışmalar, ülkeler açısından önemli hedefler konumuna gelmiş ve ülkelerin sosyokültürel ve coğrafik özelliklerine göre çeşitli yöntemler önerilmiş ve uygulanmıştır.

Ülkemizde genital enfeksiyon ve serviks kanserlerine yönelik tarama testlerinin kırsal kesimdeki kullanımı ve bu hastalıkların yaygınlığı ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Ayrıca kırsal bölgelerde yaşayan kadınların bu hastalıklara yönelik bilgi ve tutumları, sosyodemografik ve cinsel yaşama ait özellikleri ile ilgili veriler de yeterli değildir.

Bu çalışmada, kırsal bölgede yaşayan 15 yaş üstü evli kadınların sosyodemografik ve cinsel yaşam özelliklerinin, jinekolojik problemlerinin saptanması; jinekolojik muayene, laboratuvar incelemeleri ve servikal smear ile genital enfeksiyon ve servikal neoplazi yaygınlığının araştırılması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Jinekolojide Semptomlar

Kadınlar, genitoüriner problemlerinde sağlık merkezine 3 temel semptom ile başvururlar:

1-Ağrı

2-Kanama düzensizlikleri

3-Akıntı.

Bunun dışında adet görememe(amenore), karın içinde, vagina ve vulvada kitle hissetme, idrar veya gaita kaçırma (inkontinans), kılınma, vulvada kaşıntı, dispareni vb.de hekime başvurmayı gerektiren şikayetlerdendir (2).

2.1.1 Ağrı

Ağrı sağlık merkezlerine başvuran hastaların en önemli yakınmalarından biridir. Akut başlangıçlı ağrılar ile kronik ağrılarının nedenleri oldukça farklıdır. Akut ağrılarda; akut pelvik iltihabi hastalıklar, over kisti rüptürü, over kisti torsiyonu, dış gebelik, uterus perforasyonu, abse açılması, adneks torsiyonu, gastroenterit, ileus, üriner sistem infeksiyonları yada taşları gibi hızlı başlayan olaylar düşünülmelidir. Kronik ağrılarda ise endometriozis, adenomyozis, over kisti, kronik pelvik iltihabi hastalık, barsağın kronik iltihabi hastalıkları, spastik kolon, kronik üriner sistem infeksiyonları, kifoz, skolyoz, disk hernisi, spondilit veya psikolojik nedenler düşünülmelidir.

Ağrının niteliği, lokalizasyonu ve yayıldığı yerler kaynaklandığı yerler hakkında ipucu verebilir. Over ve tuba hastalıklarında ağrı daha çok hipogastrik bölgededir, bazen uyluğun iç yüzüne yansıyabilir. Pelvik patolojilere bağlı bel ağrıları çoğunlukla orta hatta, sakral vertebralar düzeyindedir, daha yukarı bölgedeki ağrılar ise daha çok ortopedik veya ürolojik kaynaklıdır.

Cinsel ilişki sırasında ağrı duyulması (disparoni) organik veya psikojenik kökenli olabilir. Organik nedenler arasında endometriozis, vaginadaki nedbeler ve çok sayıdaki doğumlara bağlı genital organ yırtıkları sayılabilir (2).

2.1.2.Kanama Düzensizlikleri

Kadınlar menarştan menapoza kadar sıklık olarak her ay adet görürler. Adet kanamalarının ortalama 28 günde bir olduğu kabul edilir, ancak bu süre kadından kadına değişir. Bu nedenle 21-35 günde bir adet görme normal olarak kabul edilir. Adet kanaması ortalama 4-6 gün sürer, ancak 2-7 gün süren kanamalar normal kabul edilir.

Hipermenore: Adet kanamasının miktarının artmasıdır.

Menoraji: Adet süresinin uzamasıdır. Hipermenore ile birlikte olabilir. Sıklıkla uterusla ilgili lokal olaylara bağlıdır; bunlar arasında uterus myomları, adenomyozis, endometrial polipler, salpenjit, endometriozis ve endometrium hiperplazileri sayılabilir.

Hipomenore: Adet kanamasının miktar olarak azalması veya süre olarak kısalmasıdır.

Oligomenore: 35 günden daha uzun aralıklarla adet görme halidir.

Polimenore: 21 günden daha kısa aralıklarla adet görme halidir.

Metroraji: Normal adet kanamalarının arasında herhangi bir zamanda olan kanamalara denir. Nedeni genellikle lokaldir. Endometrium kanseri, serviks kanseri, enfeksiyon ve polipler bunların arasındadır.

Menometroraji: Sıklık ve süre olarak tamamen düzensiz, aşırı miktardaki uterus kanamalarıdır (2).

2.1.3.Akıntı

Normal Vagina Akıntısı

Vagina mukozası çok katlı yassı epitelle örtülüdür ve sekresyon yapan bezler içermez. Ancak, cinsel uyarı sırasında vagina mukozasından transudasyonla sıvı salgılanır. Normal vagina akıntısı, vulvadan gelen sebasöz sekresyonlar, ter, Bartholin ve Skene bezlerinden gelen sekresyonlar, vaginal duvardan gelen transüda; dökülen vaginal ve servikal hücreler; servikal mukus; endometrial ve tubal sıvılar; ve mikroorganizmalar ile onların metabolitlerinden oluşur (3).

Uterus ve kollumda bulunan bezler östrojen uyarısına duyarlıdır. Vaginanın çok katlı yassı epiteli, östrojen etkisi altında kalınlaşır ve glikojen içeriği artar, dökülen hücrelerde bulunan laktobasilluslar (Döderlein basilleri) tarafından fermente edilir, laktik asit açığa çıkar ve sonuçta vaginada asit ortam oluşur. Vaginanın normal pH'sı <4.5'dur. Bu asit ortam, vaginada patojen mikroorganizmaların çoğalmalarını önleyen önemli bir faktördür.

Normal vaginal akıntı renksiz, kokusuz, beyaz, kimi zaman yumurta akı kıvamında bir akıntıdır. İritasyon yapmaz. Vagina akıntısının miktarı ve şekli çeşitli faktörlere bağlı olarak farklılıklar gösterebilir, örneğin menstruel siklusun fazına göre niteliği değişebilir.

Menarş öncesi kız çocuklarında ve menapoz sonrası kadınlarda östrojenik uyarı olmadığı için vaginanın çok katlı yassı epiteli incedir ve glikojen içeriği çok azdır. Bunlarda vaginanın pH'sı yüksektir, asit ortam bozulmuştur. Bu nedenle vaginada enfeksiyon daha kolay gelişir. Diğer vagina pH'sını yükselten durumlarda da enfeksiyon eğilimi artar. Bunlar arasında normalde alkali olan servikal mukusun artması önemli yer tutar (3,4,5).

Normal vagina akıntısında artış(mucorrhoeae)'a neden olan faktörler:

a-Yaş: Cinsel aktif yaşlardaki kadınlarda vagina akıntısı ileri yaştaki kadınlara göre daha fazladır.

b-Parite: Doğumu izleyerek vagina akıntısı artabilir ve yıllarca devam edebilir.

c-Kontraseptif yöntem: Bariyer yöntemler, spermisit kremler, köpükler vagina akıntısını artırabilir. Kombine oral kontraseptif veya mini hap kullananlarda ise normalden daha az vagina akıntısı vardır ve bu kişilerde siklus gününe göre değişiklik olmaz.

d-Vaginal duş: Vaginal duş her ne kadar başlangıçta vagina akıntısını azaltır gibi görünse de, kimyasal iritasyon ile normal ve patojen mikrofloranın tekrar gelişmesine neden olarak akıntıyı artırır.

e-Ovulasyon: Servikal mukusun su içeriğinde artış olduğu için akıntı miktarı artar.

f-Anovülasyon: Anovülasyonda östrojen artışına bağlı, endoservikal glandların stimülasyonu ile vaginal akıntı artar.

Vagina ortamını bozan durumlar:

- Gebelik, oral kontraseptif kullanımı.
- Antibiyotik kullanımı.
- Kortikosteroid kullanımı (4).

Normal vagina florası

Vaginadaki normal flora; ortam pH'sı, yaş, hormonal durum, seksüel aktivite, doğum kontrol yöntemi, kullanılan çeşitli ilaçlar, antibiyotikler ve cerrahi girişimlerle değişiklik gösterir. Bu florayı oluşturan başlıca mikroorganizmalar sırasıyla, aerob ve anaerob fakültatif bulunabilen Gram (+) çomaklar; *Lactobacillus*, *Bacteroides*, *Peptococcus*, *Corinebacterium*, *S.epidermidis*, *Peptostreptococcus*, grup B ve D *Streptococcus* 'lar, *E.coli* ve *Eubacterium* 'lardır (2).

TABLO 1. Vaginada Saptanan Mikroorganizmalar (2)

AEROBİK	ANAEROBİK	DİĞER
<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>P.asaccharolyticus</i>	<i>Candida albicans</i>
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	<i>P.magnus</i>	<i>Trichomonas vaginalis</i>
<i>Streptococcus</i> türleri	<i>P.prevotii</i>	
Grup B <i>Streptococcus</i>	<i>P.anaerobius</i>	
Grup D <i>Streptococcus</i>	<i>Clostridium</i> türleri	
Non-hemolitik <i>Streptococci</i> (non- A, non B)	<i>Fusobacterium</i>	
<i>Enterococcus</i> 'lar	<i>Veillonella</i>	
<i>Lactobacillus</i> 'lar	<i>Bacteroides</i> türleri	
<i>Escherichia coli</i>	<i>B.bivius</i>	
<i>Gardnerella</i>	<i>B.frajilis</i>	
	<i>B.melaninogenicus</i>	

Anormal Vaginal Akıntı

Fazla miktarda, pürülan, kötü kokulu ve irritasyon yapan akıntı anormaldir. Vaginal akıntılarının başlıca nedeni **vaginitisler**dir. Bundan başka servisit, serviksin erezyon ve ektropionları, vaginal ülserler ve serviks kanserlerinde de vaginal akıntı görülür.

Bakteriyel vaginitislerin en önemli etkeni olan ve vagina pH'sının değişmesine bağlı gelişen ***Gardnerella vaginalis* (*Hemofilus vaginalis*)** vaginitislerinde akıntı beyaz gri renktedir ve kötü kokuludur (kokmuş balık kokusu gibi). Akıntı vagina ve vulvada irritasyon yapmaz.

Candida vaginitislerinde ise, akıntı beyaz renkli ve kokusuzdur, akıntı içinde kesilmiş süte benzer küçük beyaz parçacıklar bulunur ve akıntı irritandır. Vagina ve vulvada eritem ve kaşıntı vardır. ***Trichomonas*** vaginitislerinde akıntı aşırı miktarda artmıştır. Yeşilimsi, köpüklü, kötü kokuludur ve birlikte kaşıntı hissi de bulunur.

Kronik servisitlerde koyu kıvamlı mukopürülan akıntı olur. Bu akıntı endoservikal glandların artmış sekresyonuna bağlıdır ve pH'sı alkali olduğu için vagina pH'sını yükseltir. Vaginanın normal biyolojisi bozulur ve sekonder enfeksiyonlar kolaylıkla gelişir. Servikal erozyon, ektropion ve yırtıklarda da endoservikal bezlerin artmış salgısına bağlı, berrak ve grimsi müköz kokusuz akıntı görülür. Özellikle doğum yapmış kadınlarda görülen ve tıbbi tedaviye yanıt vermeyen akıntılar genellikle endoservikal glandların kronik inflamasyonuna (***Clamidy*** ve ***Üroplazma***) bağlıdır. Serviks ve endometrium kanserinde et suyu renginde akıntı görülebilir.

Çocuklarda vaginal yabancı cisimler ya da ***Enterobius vermicularis*** enfeksiyonları akıntı nedeni olabilir.

2.1.4.Kaşıntı

Pek çok vaginal enfeksiyonda akıntıya ek olarak, vulvar irritasyon ve kaşıntı da vardır. Bu semptomlar özellikle idrar yapma sırasında çok belirginleşir. Bu nedenle hasta ve hekim, yanlış olarak hastalığı üriner sistem enfeksiyonu olarak da değerlendirebilirler. Gerçek vaginitiste; vaginal mukoza, eritemli ve konjesyonludur. Olaya genellikle introitus epiteli, üretral meatus ve vulvoperianal bölge de katılır.

2.2.Genital Enfeksiyonlar

Vaginal akıntının en sık nedeni enfeksiyöz vaginittir. Burada da en sık etkenler sıklık sırasına göre; *Gardnerella vaginalis*, *Candida*'lar, *Trichomonas vaginalis* ve *Gonococcus*'lardır. Artmış vaginal akıntı halinde etkenin, %33 oranında *G.vaginalis*, %21 oranında *C.albicans*, %10 oranında *T.vaginalis* olduğu bilinmektedir. Hastaların %20-25'inde servisitisi, %10'unda da artmış normal sekresyon söz konusudur.

Akıntı şikayeti ile başvuran bir hastaya yaklaşımda en önemli basamak kuşkusuz doğru tanıdır. Bu, özellikle tekrarlayan vaginitlerde çok önemlidir. Üç ana vaginit etkeninin ayırıcı tanısı Tablo2'de gösterilmiştir. Burada görülen ve karakteristik kabul edilen klinik bulgular *G. vaginalis*'in etken olduğu durumlarda %47, *T. vaginalis*'te %35 ve *C. albicans*'ta %28 oranında ancak doğru tanıya götürmektedir. Bir başka deyişle anormal vaginal akıntısı olan hastaların hepsi tek tek mikroskobik incelemeye tabi tutulmayıp yalnızca klinik görünüm dikkate alınacak olursa, %50'nin üzerinde yanlış tanı elde edilebilecektir (2).

Vaginal akıntı ya da serviksten alınacak örneklerde nonspesifik etkenlerin kültürünün yapılmasının tanı ve tedavide yeri yoktur (4).

TABLO 2. Üç ana Vaginitis Etkeninin Ayırıcı Tanısı (2)

Vaginitis Etkeni	Majör semptom	Bulgular	Tanı Şekli
<i>Gardnerella vaginalis</i> (Bakteriyel vaginosis)	Koku	Homojen, köpüklü, gri-beyaz, kötü kokulu (kokmuş balık kokusu) az miktarda non irritan akıntı	Serum fizyolojik ile hazırlanan taze preparatta; 'Clue cells' "Amin koku testi" pH:5.0-5.5
<i>Candida</i>	Kaşıntı	Vulvada eritem, koyu kıvamlı, peynirimsi (kesik süt gibi), kokusuz, irritan beyaz akıntı	Serum fizyolojik ve KOH(PotasyumHidroksit) ile taze preparat pH:3.8-4.4
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Akıntı	Vestibül ve vulvada eritem, vagina ve servikste peteşiler, köpüklü, yeşil-sarı kötü kokulu olabilen, homo-jen, akışkan irritan akıntı	Serum fizyolojik ile hazırlanan taze preparatta, hareketli <i>Trichomonas</i> 'lar pH:5.5-7.0

2.2.1 Bakteriyel Vaginozis

Eskiden etken olarak *Candida*, *Trichomonas* veya *N.gonorrhoeae* bulunamayan vaginitler, “nonspesifik vaginit” olarak adlandırılırdı. 1955’lerde Gardner ve Dukes bu vaginitlerde ortak bir hareketsiz, gram(-) çomakların etken olduğunu buldular ve adına *Hemophilus vaginalis* dediler. 1980 yılında Dr.Gardner’in anısına *Gardnerella vaginalis* adı verilen bu mikroorganizma, fakültatif anaerob, hareketsiz ve kapsülsüz olup belli başlı metaboliti asetik asittir.

Epidemiyoloji: *G.vaginalis*, tüm vaginitlerin %33’ünde bulunur. Cinsel ilişki ile bulaşabilmekte ve cinsel aktif asemptomatik kadınların %40-68’inde izole edilmiştir.

Birçok çalışmada Bakteriyel vaginozis’in istenmeyen sekellerle ilişkisi ortaya konmuştur. Bakteriyel vaginozis’i olan kadınlarda pelvik inflamatuvar hastalık (6), postabortal (7), histerektomi sonrası vaginal güdük enfeksiyonu (8) ve anormal servikal sitoloji (9) riskleri artmıştır. B.vaginozisi olan gebe kadınlarda ise erken membran rüptürü, preterm eylem ve doğum (10), korioamnionit ve sezeryan sonrası endometrit (11) riskleri artmıştır.

Patogenez: Bakteriyel vaginozis, vaginada hem anaerobik (*Mobilincus* türleri), hem de *Gardnerella vaginalis*’in anormal çoğalması ile karakterize bir tablodur. Bunlar florada bulunmakla birlikte anormal çoğalmaları semptomatik vaginitlere neden olur. Bakteriyel vaginozisi olan kadınlarda, olmayanlara oranla kültürde daha fazla *Mycoplasma hominis* üremiştir.

Floradaki bu bozukluğu neyin başlattığı bilinmemektedir. Sık cinsel ilişki veya vaginal duşların vaginada sebep olduğu alkali dönüşümün etkili olduğu ileri sürülmüştür

Mikroorganizma ince, homojen, gri renkte, küf veya kokmuş balık kokusunda, vagina mukozasına yapışık alkali bir akıntıya yol açmaktadır. Bazen köpüklü de olabilir. Çok sayıda mikroorganizma, çok katlı yassı epitelin süperfisyonel hücrelerini enfekte ederek dökülmelerine ve bu hücrelerin kenarlarına yapışarak mikroskopik olarak hücre sınırlarının belirsiz görünmesine yol açmaktadır. Hücrelerin bu görünümüne “Clue Cells” denmekte ve bu bulgu *G.vaginalis* enfeksiyonu için patognomonik kabul edilmektedir.

G.vaginalis enfeksiyonu çoğu kez *Bacteroides* ve *Peptococcus* gibi artmış sayıda anaeroblarla birlikte dir. *G.vaginalis* tarafından oluşturulan aminoasitler bu anaeroblarca metabolize edilerek aminlere dönüştürülmekte, bunlar da pH’yı yükseltmektedir. Bu da

G.vaginalis'in daha çok üremesine yol açmaktadır. Vagina pH'sı 6.5'un üzerine çıkınca bu aminler uçucu forma geçerek “kokmuş balık kokusu”nun ortama yayılmasına yol açmaktadır.

Klinik Bulgular: Klinik olarak hastaların çoğu asemptomatiktir. Bazen akıntı pet kullanımını gerektirecek kadar çok olabilir. En önemli şikayet, menstrüasyon ya da cinsel ilişkinin ardından ortaya çıkan kokmuş balık kokusudur. *G.vaginalis* doku invazyonu yapmadığı halde bunun artıklarını metabolize eden bazı anaeroblar kaşıntıya yol açabilir. Akıntı vagina epiteline yapışmış durumdadır.

Tanı: Kültür yararlı değildir.

- 1.Özellikle koitus sonrası ve akıntı varken, vaginada balık kokusu olması,
- 2.Gri renkli ve vagina duvarlarını ince bir tabaka halinde örten sekresyonların varlığı,
- 3.Bu sekresyonların pH'sının 4.5'ten yüksek olması,
- 4.Vaginal sekresyonların mikroskopik incelemesinde “clue cell”varlığı ve lökositlerin bulunmaması,
- 5.Vaginal sekresyonlara KOH eklenmesi ile (Whiff testi) balık ya da amin gibi koku oluşması ile tanı konur.

2.2.2. Vaginal Candidiazis

Vaginal candidiazis, tüm erişkin yaş gruplarında görülebilen, ağrı nedeni ile cinsellikten uzaklaşma, depresyon gibi nedenlerle yaşam kalitesini bile düşürebilecek önemli bir enfeksiyondur.

Epidemiyoloji: Kadınların %75'i yaşamlarının herhangi bir döneminde bu enfeksiyonu geçirirler ve bunların %14-40'ında da rekürren enfeksiyonlar gelişir. Vaginal akıntısı olan kadınların %21'inde, gebelerin de %40'ında vaginada fungus saptanmaktadır. Vaginanın mantar enfeksiyonlarının %80'inden fazlasında etken “*Candida albicans*”tır, ama diğer türler de vaginitise neden olabilirler. Genelde ağızda , boğazda, kolonda ve vaginada bulunan normal bir konakçıdır. Rektumda bulunan Candida türleri vaginal kolonizasyon oluşumunda %42 oranında rezervuar rol oynayabilir. Candidiazisli kadınların eşlerinde taşıyıcılık oranı yaklaşık 4 kat daha fazla olmasına karşılık, Candidanın cinsel geçişi üzerinde görüş birliği yoktur. Bulaşma cinsel ilişki yanı sıra, havlular, el teması, çamaşırlar, banyo suları veya cerrahi aletlerle de olabilir (2).

Patogenez: *C.albicans* iki biçimde bulunur; **blastospor** halinde bulaşma ve asemptomatik kolonizasyon yaparlar; **filamentoz** formu ise psödohif olarak görülmektedir. *C.albicans*'ın epitel hücrelerine yapışması, invaziv hastalık oluşturmaya için bir ön şarttır. Filamentoz formlar gerek fagositoza daha dirençli olduğundan, gerekse epitele daha iyi yapışabildiğinden invaziv hastalık gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Maya şeklinin görülmesi, vaginada invaziv hastalığı değil de daha çok asemptomatik kolonizasyonu düşündürmelidir.

Gebelik ve diyabet, vaginal hücrelerin glukojen içeriğinin artışı ve hücresel bağışıklığın kalitatif olarak azalması ile antibiyotik kullanımı ise *Lactobacillus*'ları azaltarak ve diğer florayı bozarak *Candida*'nın fazla çoğalması sonucu mantar enfeksiyonlarının, insidansının artmasına yol açarlar (3)

Konakçıdaki, immünosupresyon, premenstrüel dönem, rahim içi araç kullanımı, fazla miktarda şeker alımı, sıkı ve sentetik giysilerin yaptığı sıcaklık ve nem etkisi, lokal allerjiler, radyasyon alımı, kronik servisit, obezite, sık ve değişik partnerlerle cinsel ilişkide bulunma durumları da, candidiazis için predispozisyon teşkil eder. Oral kontraseptifler *Candida* kolonizasyonunu artırır, ancak semptomatik enfeksiyona yol açmaz.

Klinik Bulgular: Vaginal candidiazis'in en belirgin semptomu, şiddetli vulvar kaşıntıdır. Kaşıntı geceleri ve sıcak etkisiyle artar. Klinik belirtiler premenstrüel dönemde şiddetlenir. Hastaların çoğu, vulvada yanma hissinden (vulvovaginitis), eksternal dizüriden ve dispareniyen şikayetçidir. Akıntı genellikle aşırı değildir. Sekonder enfeksiyon gelişmedikçe kötü koku nadirdir.

Muayenede; vagina kuru, düz, pembe-kırmızı, bazen de siyanotiktir. Vulva ve vaginada bilateral inflamatuvar reaksiyon, hiperemi ve sıcaklık artışı vardır. Çoğu kez vulva etrafında intertrigo, bazen periferde vezikülopüstüler lezyonlar bulunabilir. Servikste ve vagina duvarında mikotik plaklar görülebilir. Bazı vakalarda, perineal veya interlabial fissürler görülür. Bazen klasik, süt kesiği veya koyu peynir görünümünde akıntı yerine, sulu çok miktarda akıntı ile belirgin bir vulva ödemi bulunabilir ve bu olguları *Trichomonas* enfeksiyonundan ayırt etmek zordur.

Tanı:

1.Klinik bulgular

2.Mikroskopik tanı: Vaginal akıntı veya vulvadan alınan örneklere %30'luk KOH damlatılıp 30 dakika bekletildiğinde, preparatta diğer sellüler elemanlar ortadan kalkar. Psödohifaların görülmesi ile tanı konur. Mikroskopik incelemenin duyarlılığı %80, seçiciliği %100'lere ulaşmaktadır. Yapılan bir çalışmada mikroskopik inceleme ile kültür sonuçları arasında %72 uyum olduğu gösterilmiştir.

3. pH: Genellikle normaldir.

4. Ancak, hastalık klinik olarak bulgu verip mikroskopik inceleme sonuçsuz kaldığında, selektif besiyerlerinden Sabouraud ve Nickerson kullanılarak 37°C'de kültür yapılabilir.

5. Son zamanlarda, Solubl *Candida* antijenini saptamak için kullanılan lateks aglütinasyon testlerinden olumlu sonuçlar alınmaktadır.

2.2.3. *Trichomonas Vaginalis* Vaginitisi

İlk kez 1836'da Donne tarafından tanımlanan *Trichomonas vaginalis* anaerob, hareketli, ovoid şekilli bir protozoondur. Ön kısmında 4 hareketli kamçı, büyük bir nükleus ve arkada da dalgalanan zarı vardır. İnsanlarda yerleşebilen üç türü vardır, fakat *T.vaginalis* hastalığa neden olan tek tiptir. Parazit sadece trofozoit formda bulunur. *Trichomonas* vaginitli olguların %60'ında bakteriyel vaginosis de bulunur. Kadınlarda vagina ve servikste, erkeklerde de prostat ve üretrada enfeksiyona neden olur.

Epidemiyoloji: *T.vaginalis* asemptomatik kadınlarda %5-15 oranında görülür. Bu oran cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklarla ilgilenen kliniklerde %50-75'lere ulaşmaktadır. Hasta kadınların eşlerinde de etken %13-85 arasında bulunmaktadır. *T.vaginalis* tuvalet oturaklarında 45 saat, idrarda ve ıslak çamaşırdaki 24 saat, semende ise 6 saate kadar canlı kalabilmektedir. Annesinde *T.vaginalis* olan kız yenidoğanlar, etkeni %5 oranında alabilirler. Bulaşma oranı çok yüksektir; erkeklerin %70'i enfekte bir kadınla tek ilişkiden sonra hastalığı alırlar.

Patogenez: *T.vaginalis* en çok vaginanın çok katlı yassı epitelini tercih etmekteyse de paraüretral glandlar, üretra ve endoserviksi de tutabilir. Polimorfonükleer lökositler olaya katılır. Süperfisiyel hücreler süratle parçalanıp döküldüklerinden, vaginal akıntıda daha çok intermedier

ve parabazal hücreler görülür. Parazit ürettiği hidrojenle oksijeni birleştirip anaerob bir ortam yaratabilir. Çoğu kez *T.vaginalis* enfeksiyonu anaeroblarla birlikte görülür, böylece vagina pH'sı alkaliye doğru kayar ki bu da *T.vaginalis* enfeksiyonu gelişimi için ideal ortamı hazırlar.

Klinik Bulgular: *Trichomonas* vaginitisi bol miktarda, pürülan, sarı yeşil renkte, köpüklü, kötü kokulu vaginal akıntı ile karakterizedir. Vulvar kaşıntı, internal ve eksternal dizüri eşlik edebilir. Akıntı menstrüasyondan hemen sonra çok artar.

Fizik muayenede, labialar ödemli ve hassastır. Vaginada eritem ve ödem görülür. Kollum ve vagina epitelinde “Çilek görünümü”nü andıran küçük peteşiyal kanamalar olabilir. Bu görünüm *Trichomonas* enfeksiyonu için patognomonik sayılır. Kronik trichomoniazis daha sık görülür, ama bu bulguların hemen hiçbiri yoktur. Genellikle akıntı tek semptomdur. Akıntı rengi gri veya açık yeşile dönebilir.

Tanı:

1. Kötü kokulu bol pürülan akıntı gözlenebilir.
2. Vaginadan vaginal sekresyonlar gelebilir.
3. “Çilek serviks” görünümü olabilir.
4. Akıntı pH'sı genellikle 5.0'dan büyüktür.
5. Akıntıdan serum fizyolojikle hazırlanan taze preparatlarda *T.vaginalis* hareketliliğini süratle kaybedeceğinden, mikroskop altında hemen incelenir. Mikroskop altında hareketli *Trichomonas*'lar, bol sayıda lökosit, azalmış lactobacillus'lar, bazende “Clue cells”(İpucu hücreleri) görülebilir. *Trichomonas*'lar, armut biçiminde, polimorfonükleer lökositlerden biraz daha büyük, matür epitel hücrelerinden daha küçük, hareketli olarak görülür. Şiddetli trichomonas vaginitisi serviks ve vagina epitelinde değişikliklere yol açabilir, bu nedenle de vaginal eksfoliyatif sitolojiyi en çok bozup yanığa neden olan ajan *T.vaginalis*'tir.
6. Anaerobların da işe karıştığı durumlarda “Whiff” testi (+) olabilir.

2.2.4. İltihabi Vaginit

Deskuamatif iltihabi vaginit, diffüz eksudatif vaginit, epitel hücre dökülmesi ve bol pürülan akıntı ile karakterize bir klinik sendromdur (12). Nedeni bilinmemekle birlikte Gram

pozitif basillerin (*Lactobacillus*) yokluğu ve onların yerine özellikle *Streptococcus* gibi Gram pozitif kokların varlığı saptanmıştır.

Klinik: Bu hastalarda pürülan vaginal akıntı, vulvovaginal yanma ya da irritasyon ve disparoni görülür. Daha az rastlanan bir şikayet ise vulvar kaşıntıdır. Vaginal eritem yanında vulvar eritem, vulvovaginal ekimoz ve kolpitis makülaris de olabilir (3).

Tanı: Sekresyonların pH'sı her zaman 4.5'ten yüksektir. Klinik bulgular ve Gram boyamada basillerin yokluğu, kokların varlığı ile tanı konur.

2.2.5.Servisitler

En sık görülen servisit nedenleri *Neisseria gonorrhoeae* ve *Chlamydia trachomatis*'dir. Serviks iki ayrı tip epitelden oluşur: skuamöz epitel ve glandüler epitel. Servisitinin nedeni tutulan epitel tipine göre değişir. Semptomatik servisitler iki tiptir:

a.Enfeksiyöz(mukopürülan) endoservisit : Enfeksiyöz servisit'in iki ana nedeni *Neisseria gonorrhoeae* ve *Chlamydia trachomatis*'dir. Bu servisitte yalnızca glandüler epitel enfekte olur. Enfeksiyöz servisitte servikal kanal epiteli, serviksin dış ağzından vaginaya doğru dışa dönmüştür.

b.Ektopik servisit: Trichomonas Ektopik servisitte de normal kanal epiteli vaginaya doğru kanal dışına dönmüştür.

Her iki durumda da serviks fragil, kolaylıkla kanayan et manzarası şeklindedir. Serviks dokunmakla ve hareketle ağrılıdır. 35 yaşın üzerindeki kadınlarda tedavi sonrası düzelme olmazsa, prekanseröz lezyonlar açısından tekrar değerlendirmek gerekir.

Servisiti olan kadınlarda dizüri, pürülan bir vaginal akıntı ve postkoital damlama şeklinde vaginal kanama görülebilir, ancak çoğunda semptom görülmez. Muayenede servikste yapışkan mukopürülan, sarı yeşil bir akıntı vardır.

Servikal sürüntüde gonore saptanan kadınların yaklaşık %30-40'ında, *Chlamydia* enfeksiyonu vardır.

Tanı:

1. Ektopi bölgesinde, ödem ve eritem vardır, doku spatula ile dokunulduğunda kolayca kanar.
2. Ektoservikal sekresyonlar temizlendikten sonra bir pamuklu çubukla endoservikal kanala girilerek, servikal mukus alınır. Pamuklu çubuk beyaz ya da siyah bir fon önünde tutularak akıntının sarı yeşil rengi aranır.
3. Alınan örnekten yapılan gram boyamada artmış sayıda nötrofil görülür. İntrasellüler Gr (-) diplokokların bulunması ile **gonokokal endoservisit** tanısı konulabilir. Gram boyamada gonokok bulunmazsa, muhtemel tanı **klamidyal mukopürülan endoservisit** tir.
4. Gonore için (Thayer-Martin besiyeri) ve Klamidya için hücre kültürü, ELISA veya direkt floresan antikor araştırmaları yapılabilir.

2.2.6. İdrar Yolu Enfeksiyonları (İYE)

İdrar yolu enfeksiyonları, evlilik ve seksüel aktivite ile birlikte artar. Erişkin kadında erkeklerden 10 kat fazla rastlanır (13). Gebelerde İYE prevalansı %4.7 iken, gebe olmayanlarda %1-5'tir. Enfeksiyon sıklığı, eşlik eden hastalıklarla, hastanede yatmakla ve yaşla artar. Yaşlı (>65 yaş) kadınlarda %20 bakteriüri görülür (14). 15-50 yaşındaki kadınlarda yapılan bir çalışmada kadınların %4-6'sında anlamlı bakteriürinin bulunduğu gösterilmiştir. Anlamlı bakteriürisi bulunan vakaların yaklaşık yarısı semptomatiktir (14). Üriner ostrüksiyonlar, üriner taşlar, konjenital anomaliler, diyabet, dehidratasyon, ürolojik manüplasyon, diafram ve spermisid kullanımı, koit sonrası miksiyonun ertelenmesi ve kötü hijyen idrar yolu enfeksiyonu riskini artırır (3).

Hastalarda genellikle dizüri, pollaküri, idrar sıkışması gibi belirtilere, kusma, suprapubik ağrı ve yan ağrısı eşlik edebilir. Fizik muayenede suprapubik hassasiyet saptanabilir. Piyüri veya hematüri görülebilir.

İYE'lerinin çoğu Gr (-) bakteriler tarafından oluşturulur. En sık rastlanan Gr (-) bakteri *E.coli*'dir ve komplikasyonsuz İYE'lerinin %85 nedenidir. Bunu *Clebsiella*, *Proteus*, *Enterobakter aerogenes* ve *Pseudomonas aeruginosa* izler. Bazen Gr (+) patojenlerde enfeksiyon nedeni olabilir. Hastanede olan hastalarda en sık neden *Proteus mirabilis*'tir. *Mycobacterium tuberculosis* ile oluşan İYE, daima tüberküloz hastalığına eşlik eder (13).

Sistit patofizyolojisinde rektumdaki koliform bakterilerin vagina ve üretrada kolonizasyonu söz konusudur.

Tanı: Normalde idrar sterildir. Mikroskopik incelemede 3'den fazla eritrosit veya lökosit saptanması açıklamayı gerektirir. Özellikle sedimentte bozulmuş lökositlerin bulunması çok defa piyüri (her alanda 5'in üzerinde lökosit) varlığını işaret eder. Lökosit silendirlerinin bulunması intrarenal enfeksiyonların düşünülmesi yönünden önemlidir (15). İYE tanısı bakteriüri, piyüri veya her ikisinin birden saptanması ile konur. Spesifik tanı çalışması için kültür ve antibiyogram yapılır.

2.3. Serviksin Selim Lezyonları

2.3.1. Endoservikal Polipler

Serviksin en sık rastlanan tümöral gelişmeleridir. Endoservikal mukozanın epitel ve substantia propria'sı ile birlikte fokal hiperplastik proliferasyonları olarak kabul edilir. Daha çok 30-60 yaşları arasında, çok doğum yapmışlarda rastlanır. Akıntı ve kanama olabilir. Akıntı, iltihaplanan endoserviks epitelinin aşırı müküs salgılamasına; kanama ise polipin yüzey epitelinin ülserleşmesine bağlıdır. Bazı polipler, stromal bağ dokusunun fazla gelişmesi sonucu fibröz yapıdadırlar ve klinikte soluk renkli gözükrler (fibröz polip). Bazen de damar yapıları ön plandadır ve kırmızı renkli görünürler (vasküler polip). Pedinkülleri genellikle çok incedir, bu pedinkülü döndürerek kolaylıkla çıkarılabilir. Tam çıkarılamaz ise keskin küretaj gerekebilir.

Endoservikal polip tam olarak çıkarılmalıdır, çünkü nadiren üzerinde adenokarsinom görülebilir.

2.3.2. Servikal Erozyon (Eritroplaki)

Bu deyim, çok katlı yassı epitelin yerini almış kırmızı görünüm veren silendirik epitel için kullanılmaktadır. Gerçekte adlandırmanın çağrıştırdığı gibi epitel dökülmesi (yara) söz konusu değildir, sadece silendirik epitelin normalde bulunmaması gereken yerde olması söz konusudur (ektopi). Silendirik epitelin mikroorganizmalara çok katlı yassı epitelden daha dayanıksız olması nedeniyle sekonder enfeksiyonlar görülebilir. Transformasyon zonunun dışarıda olduğu durumlarda, epitelin malign değişimlere yol açan etkilere de açık olduğu ve bu dönemde daha

sonra gelişebilecek servikal neoplazilerin temelini atıldığı belirtilmektedir.

Genellikle asemptomatik olmakla birlikte akıntı, kontakt kanama görülebilir, enfeksiyon eklenirse akıntı mukopürülan olabilir. Eritroplaki ektropiondan ayrılmalıdır.

2.4. Serviks Kanseri

Serviks klinik değerlendirmeye açık bir internal genital organdır. Bu nedenle servikal maligniteler gerek tarama yöntemleri, gerekse anormal belirtilerin erken dönemde incelenmesi ile kolaylıkla tanınırlar. Başka bir deyişle, erken tanı ve tedavi şansı başka hiçbir kanserde bu kadar yüksek değildir.

Epidemiyoloji:1940'larda Papanicoulau'nun vaginal sitolojiyi uygulamaya koymasından günümüze kadar geçen sürede invaziv serviks kanserinin görülme sıklığı önemli oranda azalmıştır (16). Buna rağmen tüm dünyada kadınlarda ikinci sırada yer alan kanser türüdür. Gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen kanser türü de olabilmektedir. Her yıl dünyada 465 000 kadın serviks kanserine yakalanmakta ve 200 000'in üzerinde kadın bu hastalıktan ölmektedir (2). Ülkemizde Tuncer ve arkadaşlarının yaptığı çok merkezli bir çalışmada, kadınlarda tüm kanser olguları içinde serviks kanseri yükü %3.7'dir (17). Bilir'in yaptığı bir çalışmada ise bir yıl süreyle toplanan kanser olgularından %5.0'ı serviks kanseri olarak saptanmıştır. Buna göre ülke genelinde yıllık standartlaştırılmış kanser insidans hızı serviks kanseri için yüzbinde 1.9 olarak bulunmuştur (18).

Yirmi yaştan önce nadir görülen serviks kanserinin, bu yaştan sonra görülme sıklığı giderek artar ve 50 yaş dolayında en yüksek değere ulaşır. Ülkemizde invaziv kanserlerin %65'i 40-60 yaş grubundadır. Yaş ile hastalığın derecesi arasında da ilişki vardır. Displaziler 20-34 yaş grubunda, insitu kanserler 25-40 yaş grubunda, mikroinvaziv kanserler 45-54 yaşları arasında, klinik kanserler ise bu yaşlardan sonra daha sık görülür. Ancak, 35-39 yaşlar ve 60-64 yaşlar arasında iki pik dönemi vardır (3).

ABD gibi kanser tarama organizasyonu iyi gelişmiş ülkelerde invaziv serviks kanseri oranında %50-70 oranında azalma olmuştur. Bu etkin tarama yöntemleri ile invaziv serviks kanseri 2-3 kat daha az görülür hale gelip, daha erken tanı konmakta ve böylece daha iyi sağkalım oranları elde edilmektedir (3). Ülkemizde ise endometrium kanserinin invaziv serviks kanserine oranı 1950'li yıllarda 1:4.8 iken, azalma göstererek, 1972 yılından sonra 1:1.8'de sabit

kalmıştır. Sitolojik tarama yöntemleri ülkemizde de kullanılmaktadır, ancak tarama organizasyonu belli başlı büyük şehirlerde olup çok yetersizdir (2).

Risk Faktörleri: (16)

1. Cinsel ilişki yaşının 20'den önce olması,
2. Çok eşlilik ve çok doğum yapmak,
3. İlk gebelik yaşının erken olması,
4. Düşük sosyoekonomik durum,
5. Kötü genital hijyen,
6. Seksüel geçişli hastalıklar,
7. Erkeğin sünnetsiz olması,
8. Oral kotraseptif kullanımı,
9. Sigara alışkanlığı
10. Herpes Simpleks Virus-tip2, HIV, Human Papilloma Virus enfeksiyonları,
11. Tekstil sanayiinde çalışan kadınlar
12. İmmün supresyon
13. Vitamin C, Beta Karoten ve Folat eksikliği (kesin değil)'nin de rolü olduğu düşünülmektedir.

Serviks Kanserin Oluşumu: İntraepitelyal değişimlerin çıkış noktası, orijinal yassı epitel ile silindirik epitel arasındaki transformasyon alanıdır. Servikal prekanseröz lezyonların %90'ının bu bölgeden oluştuğu kabul edilir. Transformasyon alanı metaplazik epitelin varlığı ile karakterizedir. Metaplazi genel olarak matür bir dokunun yerini, başka bir matür dokunun almasıdır. Servikte görülen metaplazide müsin salgılayan kübik epitelin yerini çok katlı yassı epitel alır. Servikte metaplazi iki şekilde olur. Birincisi squamöz epitelizasyondur. Burada orijinal skumokolumnar sınırdaki yassı epitel doğrudan servikal glandlara doğru büyür. İkinci yol olan skuamöz metaplazide ise düşük pH, hormonlar, travma ve enfeksiyon gibi çeşitli etkiler ile subepitelyal rezerv hücrelerden olgunlaşma yeteneği olan yassı epitel hücreleri gelişir (indirekt metaplazi) (2).

Klinik invaziv kanser ekzofitik ve endofitik büyüme gösterebilir. Ekzofitik büyüme gösteren kanser genel olarak stromayı az infiltre eder, tümör kitlesi vaginaya doğru büyür ve

temasla kolayca kanar. Endofitik büyüyen kanser ise stromayı infiltre ederek ilerler. İntraservikal büyüyen serviks kanserinde ektoservikste bir lezyon görmek olası değildir. Geç belirti verdiği için tanısı zor ve prognozu kötüdür.

Histopatoloji: Serviks kanserleri içinde en sık yassı epitel (skuamöz) hücreli kanser görülür, bunu adenokanser izler. Skuamöz hücreli kanser prognostik açıdan keratinize büyük hücreli ve küçük hücreli kanser olarak ayrılır. Keratinize olmayan grup radyoterapiye daha iyi cevap verir ve prognozları daha iyidir. Küçük hücreli yassı epitel kanserleri ise çok agresif olup, nüksleri sıktır. Serviksin skuamöz hücreli kanseri için %75-89 oranı verilmektedir (2).

TABLO 3. Serviksin Malign Tümörlerinin Histopatolojik Sınıflaması (2)

I. Epitel tümörleri

A. Yassı epitel hücreli karsinom

1. Mikroinvaziv yassı epitel hücreli karsinom
2. İnvaziv yassı epitel hücreli karsinom
3. Verrüköz karsinom
4. Kondilomatöz karsinom
5. Papiller yassı epitel hücreli karsinom
6. Lenfoepitelyoma benzer karsinom

B. Adenokarsinom

1. Müsinöz adenokarsinom
 - Endoservikal tip
 - İntestinal tip
 - Mühür yüzüğü tip
2. Endometrioid adenokarsinom
 - Skuamöz metaplazi içeren
 - Endometrioid adenokarsinom
3. Berrak hücreli adenokarsinom
4. Minimal sapmalı adenokarsinom
 - Endoservikal tip
 - Endometrioid tip
5. Seröz adenokarsinom
6. Mezonefrik karsinom
7. İyi diferansiye villoglandüler adenokanser

C. Diğer epitelyal tümörler

1. Adenoskuamöz karsinom
2. Cam hücreli karsinom
3. Mukoepidermoid karsinom
4. Adenoid kistik karsinom
5. Adenoid bazal karsinom
6. Karsinoid benzeri tümör
7. Küçük hücreli karsinom
8. Diferansiye olmamış karsinom

Klinik Semptomlar: Serviks kanseri herhangi bir klinik bulgu vermez ve asemptomatiktir. Bu nedenle erken dönemde tanı ancak vaginal smear ve kolposkopik inceleme sırasında konur. İlk semptom hemen daima postkoital, ağrısız, intermenstrüal kanamadır, et suyu şeklinde bir akıntıya neden olur. Bimanuel muayenede kanser dokusu sert pürüklü olarak ele gelir. Serviks kanserine bağlı olarak ortaya çıkan bulgu ve semptomlar iki grup altında toplanabilir:

1- Erken dönemde ortaya çıkanlar

- a. Postkoital travmatik kanamalar
- b. Asiklik kanamalar
- c. Kanlı akıntı
- d. Kötü kokulu akıntılar

2- Geç dönemde ortaya çıkanlar

- a. Bacak ve kasık ağrıları
- b. Fistüller (Serviko-vezikal, veziko-vaginal, serviko-rektal, rekto-vaginal)
- c. Üreter obstrüksiyonu sonucunda oluşan hidronefroz ve böbrek fonksiyon bozuklukları
- d. Alt ekstremitelerde ödem
- e. Anemi

Kısaca serviks kanserinin patognomonik bulgusu yoktur. Ortaya çıkan nonspesifik bulgu ve semptomlar tümörün evresine göre değişir. Genellikle hastalık bulgu vermeye başladığında evresi Ib veya daha ileridir (16).

TANI YÖNTEMLERİ:

Serviks kanseri tanısında iyi bir öykü ve jinekolojik muayeneden sonra laboratuvar tanı yöntemlerine geçilir. Bu yöntemler sırasıyla şunlardır:

1. SERVİKAL SMEAR (Servikal yayma, Pap testi): İlk defa 1925 yılında Papanikolaou tarafından ortaya atılan bu yöntem 1942 yılında klinik uygulamaya konarak kadınlarda servikal kanserin taranmasında ve dolayısı ile erken tanısında yol gösterici olmuştur.

Vaginal smear; vagina, ektoserviks, endometriumdan, nadir de olsa over, tuba ve periton boşluğundan vaginaya dökülen normal, anormal ve atipik hücrelerin mikroskop altında

incelenmesidir. Malign dokular, normal doku hücrelerinden daha büyük oranda hücrelerini dökerler. Bu nedenle malign oluşum çok küçük olduğu zaman bile tümör hücreleri vaginal yaymalarda bulunur (2).

Evre Ia ve bazen Ib hastalıklarda tanı; vaginal smear kontrolleri sırasında tesadüfen konur. Önceki yıllarda kanser taraması amacıyla, vaginal smearler için başlangıç zamanı 35 yaş olarak kabul ediliyordu. Ancak son yıllarda serviks kanseri için ortalama yaşın giderek küçülmeye başlaması ile sitolojik taramaya başlangıç için yeni görüşler ortaya atılmıştır. 1988 yılında “Amerikan Kanser Derneği” tarafından vaginal smear’in ne zaman yapılmaya başlanması ve ne sıklıkla yapılması gerektiği bildirilmiştir. Buna göre, Amerikan toplumunda cinsel ilişki başlangıç yaşı erken olduğu için smear almaya 18 yaşında başlanması önerilmektedir. Kadınlar “yüksek” ve “düşük riskli” olmak üzere 2 grupta toplanmaktadır.

“Yüksek riskli” gruba; cinsel ilişkiye çok erken yaşta başlayan, birden fazla partneri olan ve sigara içen kadınlar girmektedir. “Düşük riskli” grupta ise; cinsel ilişkiye geç yaşta başlayan ve tek partnerliler yer almaktadır. Yüksek riskli grupta her yıl, düşük riskli grupta ise 3 yıl arka arkaya negatif sonuç elde edilmişse, daha sonra 3 yıl arayla smear tekrarı önerilmektedir (2).

Ülkemiz sağlık koşulları göz önüne alındığında, sitolojik incelemelerde yanılğı payını da düşünerek vaginal smear tekrarlarının özellikle 30 yaşından sonra 1 yıl arayla yapılması uygundur. Amerikan Kanser Derneği’nin bir araştırmasına göre, son 40 yıl içinde A.B.D.’de sitolojik tarama uygulaması, kolum kanserlerinden ölümü %71 oranında azaltmıştır (2).

Servikal yayma muayenesi şeklinde yapılan tarama çalışmalarında, 1000 yayma muayenesinin 940 tanesinde normal bulgu saptanırken, 60 tanesinde çeşitli patolojiler bulunmaktadır. Bu 60 olgunun 45 tanesinde önemsiz değişimler saptanırken, 13 kişide in-situ kanser bulunmakta ve ufak çaptaki cerrahi ile kişiler sağlıklarına kavuşmakta, 2 kişide ise serviks kanseri saptanmakta ve bu kişilere de cerrahi ve radyoterapi gibi tedavi yöntemleri uygulanması gerekmektedir.

Tarama çalışmaları ile ilgili olarak yapılacak harcamaların, tarama ve hasta bulma çalışmaları için sağlanacak yarar ile dengeli olması gerekmektedir. Bu amaçla yapılan değerlendirmelerde serviks kanseri için yapılan taramaların ekonomik olarak da yararlı olduğu sonucuna varılmaktadır. Ekonomik anlamda yapılan incelemelerde servikal yayma muayenesinin kişi başına 13 ABD doları tutarında harcama gerektirdiği ileri incelemeler de hesaba katıldığında bu harcamanın 34 dolara yükseldiği hasta için 1.1 milyon ABD doları kazanım olmaktadır.

Böylece serviks kanserinin erken tanısı amacı ile smear tarama çalışması yapılmasının ekonomik anlamda da önemli yarar sağladığı sonucuna varılmaktadır (16).

Vaginal Smear Alma Tekniği:

Smear hazırlanırken amaç, vaginadaki dökülen hücreleri bütünlüklerini bozmadan almaktır. Bunun için smear almadan önce hasta muayene edilmemeli, lavaj veya herhangi bir solüsyon kullanılmamalı ve kuru spekülüm uygulanmalıdır.

Vaginal sitolojide iyi bir sonuç için, sitolojik açıdan önemli üç ayrı bölgeden üç ayrı örnek alınmalıdır: Posterior vaginal forniks, skuamokolumnar bileşke, endoservikal kanal(V-C-E tekniği).

Posterior forniks ve ektoservikal örnekler, tahta veya plastik spatula ile alınır. Endoservikal örnek ise pamuk uçlu bir aplikatör veya endoservikal fırça ile alınır. Alınma sırasında spatül 360 derece döndürülmelidir. Alınan örnekler hızlı bir şekilde lama yayılmalıdır, materyal yayılır yayılmaz, kurumadan, hemen fikse edilmelidir. Fiksasyon için %95'lik etil alkol veya sprej fiksatifler kullanılabilir. Lamel kapatılmaz. Örneğin fiksasyonu için alkol solüsyonunda en az 15 dakika bekletilmelidir. Lamlar fiksatif içinde 7-10 gün bozulmadan kalabilir.

Smear alırken dikkat edilecek noktalar:

- Kadın 24 saat öncesinden itibaren vaginal lavaja maruz kalmamalı ve koitusta bulunmamalıdır.
- Son mensesden 10 gün sonra alınmalıdır.
- Vaginal kanama bol miktarda olmadıkça smear almak yanlış değildir. Menses sırasında alınmaz. Yalnız preparatı fikse ederken havada kurutma tekniği tercih edilir.

Pap Testi Sınıflandırması: 1989 yılında Bethesda Maryland'da A.B.D. Ulusal Kanseri Enstitüsü tarafından sitolojik raporlar için Bethesda sistemi geliştirilmiştir (3).

TABLO 4.Bethesda Sistemi Sınıflaması (19)

I.Benign Hücre Değişiklikleri:	Enfeksiyon:	Morfolojik olarak <i>Trichomonas</i> ile uyumlu protozoa Morfolojik olarak <i>Candida</i> ile uyumlu fungus Morfolojik olarak HSV*/HPV**/CMV***ile uyumlu hücre değişikliği Vajinal flora kaybı ile giden kokobasil predominansı
	Reaktif Değişiklikler:	İnflamasyon Rahim içi araç İnflamasyon ve Postpartum rejenerasyon Atrofi Radyasyon etkisi Atrofi ve inflamasyon Diğer
II.Normal Dışı Hücre Değişiklikleri	Squamöz Hücre:	(ASCUS)Önemi belirlenemeyen atipik skuamöz hücreler (LSIL)Düşük grade skuamöz intraepitelyal lezyon (HSIL)Yüksek grade skuamöz intraepitelyal lezyon Skuamöz hücreli karsinom
	Glandüler Hücre:	(ASCUS)Önemi belirlenemeyen atipik glandüler hücreler Endoservikal Adenokarsinom Endometrial Adenokarsinom Adenokarsinom Postmenapozal kadında benign endometrial hücreler

*Herpes Simplex Virus

**Human Papilloma Virus

***Cytomegalovirus

Tanı:1.Normal; pap smear

2. Benign hücre değişiklikleri; pap smear.

3. Normal dışı hücre değişiklikleri; pap smear.

4.Yetersiz; pap smear.

ASCUS: Düşük veya yüksek grade squamöz intraepitelyal lezyon kriterlerine yanıt veremeyen anormal hücrelere ASCUS denir. Daha önceleri “atipik” olarak adlandırılan küçük anormalitelerin çoğu bu kategoride yer almaktadır. Belirlenmemiş özellik sadece bu hücrelerin aynı nitelikteki tanısal kriterlerinin yokluğunu değil, bu hücrelerin servikal kanser, HPV enfeksiyonu veya diğer koşullarla olan belirsiz ilişkisini de yansıtır.

2.SCHİLLER TESTİ: Normalde, serviks yüzeysel epiteli glikojenden zengin bir epitel olup, iyod ile karşılaştığında koyu kahverengiye boyanır. Kanser hücreleri yüksek metabolik aktivite gösterdiğinden glikojeni kullanır ve lezyon bölgesi boya almaz (20).

3.KOLPOSKOPİ: Kolposkopi ilk kez 1924 yılında Hens ve Hinselman tarafından geliştirilmiş bir yöntemdir (3). Serviksin çıplak gözle 10-40 kez büyütülmüş olarak incelenmesini sağlar. Anormal pap testi sonucu çıkan hasta litotomi pozisyonunda hazırlanıp servikal ve vaginal temizlik yapıldıktan sonra serviks %3'lük asetik asit ile silinir ve kolposkopi yapılır.

Anormal Kolposkopik Bulgular:

1.Acetowhite Epitel: Asetik asit ile serviks yıkandıktan sonra ortaya çıkan anormal kolposkopik bulgular, nükleer dansitenin arttığı bölgede görülür. Bu bölge kolposkopa aydınlatıldığında tam bir penetrasyon yapamıyacağı için ışık kırılarak geriye döner ve bu da beyaz görünüme neden olur.

2.Lökoplaki: “Beyaz plak” demektir. Asetik asit sürülmeden önce de görülen beyaz epiteldir ve epitel yüzeyindeki keratin tabakası sonucu oluşur.

3.Puntuasyon: Villus kapillerinin retansiyonu sonucu ortaya çıkan noktalı görünümdür.

4.Mozaik Görünüm: Bir araya gelen acetowhite epitel bloklarını çevreleyen terminal kapillerlere denir.

5.Atipik damarlanma: İnvaziv serviks kanserinin özelliğidir. Damarlar kordon şeklinde, dallanmış, ağ şeklinde olabilir.

Kolposkopi, özellikle biyopsi alınacak yeri saptama açısından yararlıdır.

4.BİYOPSİ: Tümör servikste kendine has ekzofitik veya endofitik bir lezyon oluşturmuş ise buralardan alınacak punch biyopsiler ile tanı konur. Smear pozitif olgularda, Shiller testi pozitif sahalarda kolposkopi yardımıyla biyopsi alınmalıdır.

5.ENDOSERVİKAL KÜRETAJ: Eğer şüpheli veya pozitif smear sonucuna rağmen, servikste bir lezyon saptanamamışsa “**konizasyon**” yapılır. Servikal dokunun koni şeklinde çıkarılıp, kalan dokunun karşılıklı dikilmesidir (21).

Klinik kanserde ise tanı nispeten kolaydır. Genellikle servikste tümöre ait nekrotik veya polipö olabilen lezyon görülür. Endoservikal büyüyen tümörler serviksi fiçi gibi büyütür. Tümör dokusu frajil olduğu için dokunmakla kanar ve ileri evrelerde kötü koku vardır. Künt bir çubuk frajil tümör dokusu içine kolaylıkla sokulabilir (Chrobak testi) (2).



TABLO 5: Kollum Kanseri Evrelemesi (FIGO 1988) (2)

Preinvaziv karsinom	
Evre 0	İn situ karsinom: intraepitelyal karsinom
İnvaziv karsinom	
Evre I	Karsinom kollumda sınırlıdır.
Evre Ia	yalnızca mikroskopik tanı konabilen “preklinik karsinom”
Evre Ia1	Evre Ia1 minimal mikroskopik stromal invazyon (erken invazyon)
Evre Ia2	Evre Ia2 yalnızca mikroskopik olarak saptanabilen ve ölçülebilen lezyonlar; karsinom, kaynaklandığı gland veya yüzey epitelinin bazal membranından 5 mm’den daha az derinlikte ve 7mm’den daha az genişlikte yayılım göstermelidir. Bundan geniş lezyonlar Evre Ib olarak sınıflandırılır.
Evre Ib	Klinik olarak görünsün / görünmesin, Evre Ia2’den geniş yayılım gösteren lezyonlar
Evre II	Karsinom kollumu aşmış ancak pelvis duvarına ulaşmamıştır, vaginanın 1/3 alt kısmı dışındaki bölümü tutulmuştur.
Evre IIa	parametrial tutulum gözlenmiyor
Evre IIb	parametrial tutulum var.
EvreIII	Karsinom pelvis duvarına ulaşmıştır. Rektal tuşede tümör dokusu ile pelvis duvarı arasına girilemez. Tümör vagina 1/3 alt kısmını da içermektedir. Hidronefroz ve nonfonksiyone böbrek bu evreye girer.
Evre IIIa	Karsinom pelvis duvarına ulaşmamıştır.
Evre IIIb	Pelvis duvarı tutulmuştur ve/veya hidronefroz veya non fonksiyone böbrek bulunur.
EvreIV	Karsinom gerçek pelvisi aşmış veya rektum yada mesane mukozasını klinik olarak tutmuştur, ancak mukozada mevcut büllöz ödem Evre IV için yeterli değildir.
Evre IVa	Komşu organlara yayılım
Evre IVb	Uzak organ yayılımı

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesi Hakkında Genel Bilgiler

Doğankent, Adana ilinin 17 km güneyinde, Akdeniz'e 25 km mesafede bulunmaktadır. Bölgede yazları sıcak ve kurak, kışları ılık ve yağışlı geçer (22). Doğankent Beldesinin 2000 yıl ortası nüfusu 5 275 (%51.0) erkek, 4 994 (%49.0)kadın olmak üzere toplam 10 269 kişi ve ortalama hane başına düşen kişi sayısı, 6.4'dür (23). Belde sakinlerinin %87.3'ü, son 20 yılda Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinden göç ederek gelen ve buraya yerleşen ailelerden, %12.7'si göç etmeyen yerli ailelerden oluşmaktadır. Burada yaşayan insanlar, genellikle düzenli bir işleri olmadığından geçimlerini mevsimlik günübirlik işlerde çalışarak sağlamaktadırlar. Pek azı hayvancılıkla veya civardaki fabrika ve çiftliklerde işçi olarak çalışmaktadır. (23,24).

Bu bölgede yapılan bir çalışmada, göç ile gelenlerin %66.9'unun, göç ile gelmeyenlerin ise %77'sinin diplomasız okuryazar olduğu saptanmıştır (24). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (1998) göre Türkiye genelinde okuryazar olmayanların oranı %21.9'dur (25). Bölgede halkın %79.0'ı şebeke suyu, %21.0'ı kuyu suyu kullanmaktadır. Kullanılan tuvaletlerin ise %47.9'u sağlıklı, %52,1'i sağlıksızdır (24).

TABLO 6. Doğankent Bölgesinin 2000 Yılına İlişkin Demografik Verileri (26)

Kaba Ölüm Hızı	: 1.1/1 000
Bebek Ölüm Hızı	: 11.4/1 000
Ana Ölüm Hızı	: 0.0/100 000
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı	: 17.1/1 000
Kaba Doğum Hızı	: 16.0/1 000
Genel Doğurganlık Hızı	: 89.3/1 000

3.2. Araştırma Tekniği

Kesitsel (retrospektif), tanımlayıcı tipteki bu araştırma Sağlık Bakanlığı ile protokol anlaşması çerçevesinde Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na bağlı Doğankent.Sağlık-Eğitim-Araştırma (SEA) Bölgesi'nde yer alan Doğankent Sağlık Ocağı çalışma sahasında yapılmak üzere planlandı. Doğankent Sağlık Ocağı'na bağlı 4 mahallede

yaşayan 15 yaş üzeri, gebe olmayan evli kadınlar, “Ev Halkı Tespit Fişlerinden” tespit edildi (27). Bu 2502 kadın beşerli yaş bantlarına göre sınıflandırıldı. Bunun 300’ü sistematik örnekleme yöntemiyle seçildi. Asıl listeden örneğe seçilen 18 (%6) kadın, evde bulunamama, bölgeyi terk etme, muayeneyi reddetme gibi nedenlerle araştırma dışı bırakıldı. Ulaşılamayan 40 kişilik grubun yerine diğer yaş gruplarından %2-3 oranında fazla hasta alarak tamamlama yoluna gidildiyse de çalışma sonucunda ancak 282 (%94.0) kadına ulaşılabildi. Araştırma Şubat 2001 ve Nisan 2001 tarihleri arasında, haftada 4 gün günde ortalama 7 kadın ile görüşülerek gerçekleştirildi.

Araştırma sonuçlarını değerlendirirken, Ki-kare, Fisher kesin ki-kare, Yates düzeltmeli ki kare, Mantel-Haenszel test, Korelasyon, odds ratio (olasılıklar oranı) testleri kullanıldı.

Araştırma grubuna Doğan kent beldesindeki kadın popülasyonunun her yaş grubunun dağılımını temsil edecek şekilde %12.0’lik bir oranla denek dahil edildi. Populasyondaki yaş gruplarının dağılımı TNSA-98’deki dağılıma, yani Türkiye’deki dağılıma uygun idi. Yapılacak yorumlar bu nedenle genel popülasyon hakkında fikir verebilecektir.

TABLO 7. Bölgede yaşayan ve araştırma grubuna dahil edilen kadınların dağılımı ile TNSA 98’e göre kadın sayılarının yaş gruplarına dağılımı

Yaş Grubu	Bölgede Yaşayan Nüfus			Araştırma Grubuna Seçilen Nüfus	
	Sayı	%	TNSA-98 yüzdeleri	Sayı	%
15-19	500	20.0	20.1	60	12.0
20-24	407	16.2	18.2	49	12.0
25-29	363	14.5	16.3	44	12.0
30-34	285	11.4	14.0	34	12.0
35-39	222	8.9	12.6	27	12.0
40-44	183	7.3	10.3	22	12.0
45-49	142	5.7	8.5	17	12.0
50-54	122	4.9		14	12.0
≥55	278	11.1		33	12.0
Toplam	2502	100.0	100.0	300	12.0

Kadınlar mahallenin bağlı bulunduğu ebeler tarafından sağlık ocağına davet edildi. Örneğe seçilen kadınlara, yapılacak işler, amaç ve yararı hakkında bilgi verilerek bilgilendirilmiş onamları alındı. Ancak okuryazarlık durumu düşüklüğü nedeni ile yazılı onam yerine sözlü onam alındı. Araştırmacı hekim kadınların sosyo demografik özelliklerini, jinekolojik, obstetrik, üriner sistem, cinsel fonksiyon özelliklerini, özgeçmiş, soygeçmiş öykülerini ve varsa şikayetlerini sorgulayan önceden hazırlanmış bir bilgi toplama formu doldurulduktan sonra kadınların muayeneleri yapıldı. Muayene bilgileri ile hazırlanan taze preparatların sonuçları, idrar tetkikleri ve alınan servikal smear sonuçları ayrıca hazırlanan bir muayene ve laboratuvar bilgi formuna kaydedildi. Formlar 10 kadına uygulanarak bir ön çalışma yapıldı. Formlarda aksayan yönler tespit edilerek son şekilleri verildi ve formlar çoğaltıldı. Bilgi toplama formları, araştırmacı hekim tarafından, seçilen kadınlarla karşılıklı soru cevap tekniği kullanılarak dolduruldu. Değerlendirmede açık uçlu sorular sonradan değerlendirilerek gruplandırıldı.

Bilgi toplama formu doldurulmasını takiben, uygun eğitim verilerek, kadınlardan idrar örneği alındı. Alınan örnekler Doğankent Sağlık Ocağı'nın laboratuvarında incelendi.

Muayenede, önce inspeksiyonla kıllanma şekli ve akne mevcudiyeti gözlenen kadınlar daha sonra mesane boş olarak, jinekolojik muayene masasında, litotomi pozisyonunda hazırlandı. Jinekolojik masaya çıkamayacak kadar yaşlı veya düşkün kadınlar, hasta muayene masasında muayene edildi. İnspeksiyonla, vulva ve perinedeki patolojik durumlar saptandı. Kuru ve steril spekülüm nazıkçe vaginaya takıldı. Uygun ışık altında muayenede serviks, forniksler ve vagina değerlendirildi.

Vaginal Akıntının İncelenmesi

Vaginal akıntısı olan kadınlardan örnek almak için steril pamuklu çubuk doğrudan vaginal sekresyon üzerine değdirildi. Çubuk pH kağıdına dokundurularak, renk skalası yardımı ile pH değeri saptandı. Bununla akıntının etyolojisi hakkında fikir edinilmeye çalışıldı. Pamuk uçlu çubukla iki tane lam üzerine birer damla akıntı konularak örnek hazırlandı. Örnek bu çubukla karıştırıldı. Örnekler 1'er damla oda sıcaklığında serum fizyolojik (%0,9 NaCl) eklendi. Birinci örneğin üzeri bir lamelle kapatılarak küçük büyütmede (10x) hemen incelendi; tüm alan önce küçük büyütme altında incelendi, sonra büyük büyütme geçilerek en az beş farklı kuşku alanı incelendi.

İkinci hazırlanan preparat üzerine bir damla %10 KOH solüsyonu eklenerek, koku (Whiff) testi yapıldı. Üzerine bir lamel kapatılarak hazırlanıp, hem küçük, hem de büyük büyütme altında düşük ışık ayarıyla incelendi. Değerlendirme yapılırken örnekteki her yağ imersiyon alanında mikroorganizmalar saptanmaya çalışıldı. Epitel hücrelerine oranla PNL'lerin sayısı, laktobasillerin ya da kokların hakim olması ve ipucu hücrelerin varlığına dikkat edildi.

Küçük büyütmede (10x) hareketli tek bir organizmanın (*Trichomonas*) görülmesi *Trichomonas* enfeksiyonu tanısı için yeterli kabul edildi (28). Büyük büyütme (40x) alanında 20'den fazla "ipucu" hücresi bulunması ve PNL'lerin az sayıda olması *Gardnerella vaginalis* olarak değerlendirildi. Örnekte hif görülen vakalar "Kandidiyal vaginit" olarak değerlendirildi. Genital enfeksiyon tanısı konan tüm vakalara reçete yazılarak tedavi önerildi.

Spekülüm muayenesinde, servikal akıntısı olan veya servisit bulgularının görüldüğü kadınlardan, Gram boyama yapmak için iyotla serviks boyanarak silindi. Pamuk uçlu steril çubuk, endoservikal os'a girilip 2-4 kez döndürüldü ve 10 saniye bekletilip çubuk çekildi. Çubuk hemen bir lam üstünde döndürülerek ince bir kat yayma oluşturuldu. Yayma havada kurutuldu. Preparat aleve tutularak tespit edildi. Örnek boyama öncesi soğumaya bırakıldı. Preparata 10-15 saniye süreli kristal viyole döküldü. Sonra basınçlı olmayan akar su altında yıkandı. Lamı kaplayacak şekilde iyodin solüsyonu konuldu. 10-15 saniye bekledikten sonra su ile yıkandı. Yayma tam olarak kurumadan önce mor renk kaybolana kadar alkol ya da aseton solüsyonu ile renksizleştirildi. Lam su ile hafifçe yıkandı. Lama safranin dökülerek, 10-15 saniye beklendi. Sonra yine su ile yıkandı. İncelemeden önce lam havada kurutuldu.

Yayma önce küçük büyütmede tarandı. Lamda, en az 5 farklı alan incelendi. Daha sonra büyük büyütmede Gr (-) koklar, basiller veya kokobasiller belirlendi. PNL'ler içinde diplokokların varlığında "gonore" düşünüldü. Enfeksiyon tanısı konan hastalara ilaç tedavisi önerildi.

Pap Test İçin Smear Alınması

Smear örnekleri, Ç.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan, jinekolojik muayene ve smear alma eğitimi alan, araştırma görevlisi hekimin kendisi tarafından alındı. Pap test için spatula ile posterior vaginal forniksten ve skuamo-kolumnar bileşkeden servikal yayma örneği alındı. Steril endoservikal fırça ile de endoservikte 360 derece döndürülerek örnek alınıp,

alınan örnekler, temiz bir lam üzerine yayıldı. Hemen kurumadan 25 cm'den saç spreyi sıkılarak tespit edildi (19). Spekulum hafifçe çekildi. Bu esnada vaginanın tüm duvarları ve introitus inspekte edildi.

Bimanuel muayeneden önce, rima pudendi antiseptikli solüsyona batırılmış pamukla yukardan aşağıya doğru silindi. Sonra vulva, vagina, forniksler ve serviks palpe edildi. Daha sonra kadın ıkindirılarak üretrosel, sistosel, rektosel, enterosel ve prolapsus varlığı değerlendirildi. Bulgular bilgi toplama formuna kayıt edildi. Lamalar birbirine dokunmayacak şekilde sırt sırta gelecek biçimde %95 etil alkol içeren cam şalelerde ağzı kapalı olarak toplandı. Her haftanın son günü, Ç.Ü.T.F.Patoloji A.B.D. laboratuvarına götürüldü. Burada Papanikolaou Tekniği ile boyandı.

Papanikolaou Tekniği (29):

Papanikolaou tekniği sitoplazmanın bariz translusent gösterimi ile bağımlı nükleer morfoloji incelemesine olanak veren patolojinin rutin metodlarından biridir.

Metod: 1) Sürüntü %95 alkol ile tespit edildi.

2) %70'lik alkol ile tespit edildi.

3) Distile su ile yıkandı.

4) Harris'in haematoxylen boyası ile 5-30 saniye boyandı.

5) Distile su ile yıkandı.

6) %95 alkol ile tespit edildi.

7) %95 alkol içindeki %1 amonyak ile muamele edildi.

8) %95 alkol ile tespit edildi.

9) 90 saniye "Orange G" solüsyonu içinde boyandı.

10) İki kez %95 alkol ile tespit edildi.

11) "EA 50" ile boyandı.

12) İki kez %95 alkol ile tespit edildi.

13) Saf alkol ile iki kez tespit edildi.

14) İki kez ksilol'den geçirildi.

15) Entellan ile kapatıldı. Üzerine 24x50 mm lamel kapatıldı.

Sonuç: Nükleus: Mavi

Yüzeyel hücre sitoplazması: Pembe

Ara ve parabazal hücre sitoplazması: Mavi-yeşil

Pap test sonucu; “Normal dışı hücre değişiklikleri” olan kadınlar tespit edilip tekrar sağlık ocağına davet edildi. *Clamylidia*, *HSV* ve *HPV* tetkiki için üç lama yeniden smear alındı. Lamlar birbirine temas etmeyecek şekilde, %95 etil alkol içeren cam şaleler içinde toplanarak, patoloji laboratuvarına götürüldü. Antiviral tarama ve *Clamylidia* için immunohistokimyasal boyama yapıldı. Bu hastalardan sağlık güvencesi olanlar, bağlı olduğu sağlık kurumuna; güvencesi olmayanlar ise, gerekli bilgilendirmeler yapılarak yeşil kart çıkarttırılıp doğumevine sevk edildi.

İmmunohistokimyasal Boyama:

Sürüntü materyali fikse edildi. Distile sudan geçirildi. Phosphat Buffer Saline (PBS) solüsyonunda üç kez yıkandı. Yayma çevresi silindi. %3 hidrojen peroksit solüsyonunda 15 dakika inkübe edildi. Distile suda yıkandı. PBS’de yıkandı. Sürüntü etrafı silindi. *HSV2*, *HPV* ve *Clamylidia* solüsyonlarından her biri, alınan bir örneğe damlatıldı. Her biri 60 dakika oda ısısında inkübe edildi. PBS’de yıkandı. Sürüntü çevresi silindi. “Biotinylated Link” solüsyonu damlatıldı. 20 dakika inkübe edildi. PBS’de yıkandı. Sürüntü çevresi silindi. Streptavidin-HRP solüsyonu damlatıldı. Oda ısısında 20 dakika inkübe edildi. PBS ile yıkandı ve sürüntü çevresi silindi. Substrate-Chromogen solüsyonu Amino Etil Carbosil (AEC) damlatıldı. 5-20 dakika arasında inkübe edildi. Lamlar distile sudan geçirildi. Mayer hematomoksilen solüsyonundan 1-2 dakika inkübe edildi. Çeşme suyunda yıkandı. %0.25’lik amonyaklı suda tutuldu. Çeşme suyunda yıkandı. Sulu kapama maddesi (Gliserin jel) ile kapatıldı.

İdrar Tetkiki:

İdrar tetkikleri miyarlı test şeritleri kullanılarak yapıldı. Kullanılan şerit Combur 10Test M-Ten Patch Test Strip (Boehringer Mannheim Diagnostics and Biochemicals Ltd., Bell Lane,

Lewes, East Sussex BN7 1LG, Great Britain-Cat No:1 379 208) idi. İdrar örnekleri bireylerden tek kullanımlık, temiz plastik toplama kapları içine alındı. İyice karıştırılarak, santrifüj edilmeden idrar içine batırılan test şeridi en fazla bir saniye sonra, fazla idrar toplama kabının kenarına sıyırılarak çıkarıldı ve 60 saniye sonra renk şablonu kullanılarak gözle okunup değerlendirildi. Beyazküre değerlendirmesi için 60-120 saniye beklendi. Deneyler arasında test şeritleri +2-+30°C arasında, nem geçirmeyen kapalı ambalajlarında saklandı. Ayrıca bazı testleri olumsuz etkileyeceği için idrar örneklerinin direkt güneş ışığına maruziyeti önlendi.

Çalışmada idrar testinde normal sınırlar şu şekilde kabul edildi:

- Renk: Sarımtırak ve berrak renk.
- Dansite: 1015-1020 arası değerler
- pH: 5-7 arası değerler
- Beyazküre: Negatif
- Nitrit: Negatif sonuç alınması (Pozitif sonuçlar nitrit oluşturan mikroorganizma varlığı olarak kabul edildi).
- Protein:Negatif sonuç alınması
- Glukoz: Negatif değerler
- Ketonlar: Negatif değerler
- Ürobilinojen: Negatif değerler
- Bilirubin: Negatif değerler
- Kan: Negatif değerler.

Üriner enfeksiyon tanısı:

Tanı klinik ve laboratuvar özelliklere göre konmuştur. Anamnezde dizüri, pollaküri, lomber bölgede ağrı, fizik muayenede lomber bölgede ağrı veya hassasiyet, kostovertebral açığı hassasiyeti, suprapubik hassasiyet, üreter trasesi hassasiyeti bulguları, laboratuvar değerlendirmesinde lökositüri, nitrit testi pozitifliği, hematürisi olan kadınlara idrar mikroskopisi bakıldı. Patolojik lökosit sayımı (büyük büyütme ile her sahada 4-5'ten fazla) (30), lökosit silindirleri, patolojik kırmızı küre sayımı (büyük büyütme ile her sahada 2'den fazla) (30), bakteriüri varlığı ile üriner enfeksiyon tanısı kondu. Tanı alan hastalara ilaç tedavisi reçete edildi ve öneriler yapıldı.

4.BULGULAR

4.1. Araştırılan Kadınların Sosyo demografik özellikleri

4.1.1. Kadınların Yaş Grupları

Çalışma grubundaki 282 kadının yaş ortalaması 31.9 ± 0.6 olarak bulundu.

TABLO. 8 Araştırılan Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Sayı	%
≤19	47	16.7
20-24	43	15.2
25-29	47	16.7
30-34	40	14.2
35-39	34	12.0
40-44	27	9.6
45-49	18	6.4
50-54	14	5.0
≥55	12	4.2
Toplam	282	100.0

4.1.2. Araştırılan Kadınların Eğitim Durumları

Kadınların 150 (%53.2)'si okuma-yazma bilmiyor (OYD), 24 (%8.5)'ü, diploması olmasa da okuma-yazma biliyor (OY), 90 (%31.9)'ı ilkokul mezunu idi İlkokul üzeri eğitim alanların oranı ise çok düşüktü (%6.3).(Tablo 9).

TABLO 9. Araştırılan Kadınların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı	%
Okur-Yazar Değil	150	53.2
Okur-Yazar	24	8.5
İlkokul	90	31.9
Ortaokul	8	2.8
Lise ve Üzeri	10	3.6
Toplam	282	100.0

4.1.3. Araştırılan kadınların yaş gruplarına göre eğitim durumları

Araştırma grubundaki kadınların %61.7 (174 kişi)'si herhangi bir okuldan mezun değildi, %38.3'ü ilkokul ve üzeri okul mezunu idi. Tüm yaş grupları incelendiğinde 20 yaş ve üzerindeki yaş gruplarında diplomasızların oranı diplomalılarından fazla iken, 19 yaş ve altı grupta diplomalıları (%53.2) diplomasızlardan (%46.8) daha fazla idi. Kadınların yaşları küçüldükçe diploma sahibi olanların oranındaki bu artış istatistiksel olarak anlamlı idi ve fark 30 yaştan sonra başlamakta idi ($p<0.001$) (Tablo 10).

TABLO 10. Araştırılan Kadınların Yaş Gruplarına Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı

Yaş Grupları	Eğitim Durumu				Toplam	
	Diplomasız		Diplomalı			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
≤19	22	46.8	25	53.2	47	16.7
20-29	47	52.2	43	47.8	90	31.9
30-39	48	64.9	26	35.1	74	26.2
40-49	34	75.6	11	24.4	45	16.0
≥50	23	88.5	3	11.5	26	9.2
Toplam %*	174	61.7	108	38.3	282	100.0

*Satır Yüzdesi Yates $\chi^2=13.57$, $sd=4$, $p<0.001$

**Sütun Yüzdesi

4.1.4. Araştırılan kadınların meslek durumları

Kadınların meslek gruplarına göre dağılımları incelendiğinde 255 (%90.4) kişinin ev hanımı olduğu, bunu 24 (%8.5) kişi ile tarım işçilerinin izlediği ve 3 (%1.1) kadının da memur statüsünde çalışmakta olduğu görüldü (Tablo11).

TABLO 11. Araştırılan kadınların mesleklerine göre dağılımı

Meslek	Sayı	%
Ev Hanımı	255	90.4
Tarım İşçisi	24	8.5
Diğer	3	1.1
Toplam	282	100.0

4.1.5. Araştırılan kadınların sosyal güvence durumları

Kadınların kendinden veya eşlerinden dolayı sosyal güvence durumları incelendiğinde, kadınların hemen hemen yarısını oluşturan 129(%45.8) kişinin sosyal güvencesinin olmadığı görüldü. Sosyal güvenceleri olanların ise 63(%22.3)'ünün Sosyal Sigortalar Kurumu (S.S.K.), 45 (%16.0)'inin Yeşil Kart, 30(%10.6)'unun Bağ-Kur ve 15(%5.3)'inin diğer resmi kurumların güvencesi altında olduğu görüldü (Tablo12). Ev hanımlarının, eşlerinden dolayı olan sosyal güvenceleri kendi güvenceleri olarak kabul edildi.

TABLO 12. Kadınların sosyal güvence durumlarına göre dağılımı

Sosyal Güvence	Sayı	%
Yok	129	45.8
SSK	63	22.3
Yeşil Kart	45	16.0
Bağkur	30	10.6
Resmi Kurum	15	5.3
Toplam	282	100.0

4.1.6. Araştırılan kadınların eşleri ile akrabalık durumu

Araştırma grubundaki kadınların çoğunluğu (185 kişi-%65.6) eşi ile akraba değildi. Akraba evliliği oranı %34.4 idi. Akraba olanların ise büyük bölümü 2.dereceden (71kişi-%25.2) akraba idi (Tablo 13).

TABLO 13. Kadınların eşi ile akrabalık durumu

Akrabalık Durumu	Sayı	%
Yok	185	65.6
2.Derece	71	25.2
3.Derece	26	9.2
Toplam	282	100.0

4.1.7. Araştırılan kadınların ve eşlerinin evlilik sayıları

Araştırılan kadınların evlilik sayıları incelendiğinde çoğunluğunun (271 kişi-%96.1) bir kez evlendiği görüldü. Kadınların eşlerinin ise, 264 (%93.6)'ünün 1 kez, 18 (%6.4)'inin 2 ve üzeri evlilik yaptığı saptandı (Tablo14). İleri analiz yapıldığında, bir veya birden fazla evlenme açısından değerlendirildiğinde kadınlarla eşleri arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0.05$).

TABLO 14. Araştırılan Kadınların Evlilik Sayılarının Dağılımı

Evlilik Sayısı	Kadınların Evlilik Sayısı		Kadınların Eşlerinin Evlilik Sayısı	
	Sayı	%	Sayı	%
1	271	96.1	264	93.6
2 ve üzeri	11	3.9	18	6.4
Toplam	282	100.0	282	100.0

Yates $\chi^2=1.31$, $sd=1$, $p=0.253$

4.1.8.Araştırılan Kadınların Sigara İçme Durumu

Bir ve üzeri sigara içen veya daha önce içip, bırakmış olan kadınlar, sigara öyküsü var

kabul edildi. Kadınların çoğunda (%85.5-241 kişi) sigara içme öyküsü yoktu. (Tablo 15).

TABLO 15. Kadınların Sigara İçme Durumu Dağılımları

Sigara içme öyküsü	Sayı	%
Öykü yok	241	85.5
Öykü var	41	14.5
Toplam	282	100.0

4.2. Araştırılan Kadınların Doğurganlık Özellikleri

4.2.1. İlk Adet (menarş) Yaşı ve Adet Düzeni

Araştırılan kadınların ilk adet yaşı ortalaması; 13.9 ± 1.3 idi ve yaklaşık %75'i 13-15 yaş arasında idi. Kadınların adet düzenleri incelendiğinde, çoğunluğun (171 kişi %60.6) düzenli adet gördüğü izlendi. Kadınların %26.2 (74 kişi)'si düzensiz adet görürken, %4.6 (13 kişi)'sının menapozda olduğu, %8.5 (24 kişi)'inin laktasyonda olması nedeniyle, az ve/veya seyrek adet gördüğü veya hiç adet görmediği tespit edildi. Menorajisi olanlar %6.4(18 kişi), metrorajisi olanlar %5.0 (14 kişi), idi (Tablo 16).

TABLO 16. İlk adet yaşının dağılımı

İlk Adet Yaşı	Sayı	%
10	2	0.7
11	8	2.8
12	28	9.9
13	71	25.2
14	78	27.8
15	70	24.8
16	21	7.4
17	4	1.4
Toplam	282	100.0

4.2.2. İlk Evlenme Yaşı

Kadınların ilk evlenme yaşı ortalaması 17.5 ± 2.8 olup 11 ile 30 yaş arasında değişmekte idi. Ortanca ilk evlenme yaşı ise 17 idi. 20 yaş altında evlilik sayısı 224 olup, çalışma grubundaki kadınların %79.4'ünü oluşturmaktaydı (Tablo 17). Ancak 15 yaşından önce evlilik yapan 31 kadından 19 (%61.3)'ünün şimdiki yaşı 34 yaş üstünde, 8 (%25.8)'i 25-34 yaş grubunda, 4 (%13.0)'ü ise 25 yaşın altında idi (Tablo 18) ($p < 0.05$). İleri istatistik analiz yapıldığında şimdiki yaş ile ilk evlenme yaşı arasında ters yönlü, zayıf dereceden anlamlı ilişki olduğu saptandı ($r = 0.168$, $p = 0.005$). Sonuç olarak genç neslin daha geç yaşlarda evlenmekte olduğu saptandı.

TABLO 17. Kadınların ilk evlenme yaşlarına göre dağılımı

Yaş grupları	Sayı	%
<15	31	11.0
15-19	193	68.4
20-24	52	18.4
≥ 25	6	2.2
Toplam	282	100.0

TABLO 18. Kadınların İlk Evlenme Yaş Grubunun Şimdiki Yaş Grubuna Dağılımı

Şimdiki Yaş Grubu	İlk Evlenme Yaş grubu								Toplam	
	<15		15-19		20-24		≥ 25		Sayı	%**
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*		
15-19	2	4.3	38	80.9	7	14.9			47	16.7
20-24	2	4.7	31	72.1	10	23.3			43	15.2
25-29	4	8.5	27	57.4	16	34.0			47	16.7
30-34	4	10.0	24	60.0	11	27.5	1	2.5	40	14.2
≥ 35	19	18.1	73	69.5	8	7.6	5	4.8	105	37.2
Toplam %*	31	11.0	193	68.4	52	18.4	6	2.1	282	100.0

*Satr Yüzdesi $\chi^2=32.92$ $sd=12$ $p<0.05$

**Sütun Yüzdesi

20 yaşından önce ilk evliliğini yapan 224 kişinin 128 (%57.2)'i OYD, 20 (%8.9)'si OY, 67 (%29.9)'si ilkokul, 9 (%4.0)'u orta ve üzeri okul mezunu idi. İlk evlenme yaşı ile kadınların eğitim durumları arasındaki ilişki irdelendiğinde eğitim düzeyi arttıkça ilk evlenme yaşının da anlamlı şekilde arttığı gözlemlendi (Tablo19). İleri istatistiksel analiz yapıldığında 20 yaşından önce evlenen 224 (%79.4) kadının 148 (%66.1)'i, 20 yaş ve üzeri yaşta evlenen 58 (%20.6) kadının 26 (%44.8)'sı diplomasız eğitim grubunda idi ve fark istatistiksel olarak anlamlı idi (Yates $\chi^2=7.92$, $p<0.05$). 15 yaş altı, 15-19 yaş arası ve 20 yaş ve üzeri grup birbirinden anlamlı fark gösterirken ($p<0.05$) 20-24 ile ≥ 25 yaş grupları arası fark saptanmadı ($p=0.68$). Bu nedenle 20 yaşa kadar diplomasızların anlamlı olarak azaldığı, 20 yaştan itibaren diplomalıların homojen biçimde fazla olduğu söylenebilir.

Tablo 19. Araştırılan kadınların ilk evlenme yaşlarının eğitim durumlarına göre dağılımı

İlk Evlenme Yaş Grubu	Eğitim Durumu				Toplam	
	Diplomasız		Diplomalı			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
<15	29	93.5	2	6.5	31	11.1
15-19	119	61.7	74	38.3	193	68.4
20-24	24	46.2	28	53.8	52	18.4
≥25	2	33.3	4	66.7	6	2.1
Toplam %*	174	61.7	108	38.3	282	100.0

*Satır Yüzdesi Yates $\chi^2=7.92$, $p<0.05$

**Sütun Yüzdesi

4.2.3. Araştırılan Kadınların İlk Gebelik Yaşları

Kadınların 15 (%5.3)'i primer infertil, 16(%5.7)'sı sekonder infertil ve 5(%1.8)'i yeni evli idi. Sekonder infertililerin tamamının (%100.0) tanımına uygun olarak gebelik öyküsü varken, primer infertililerin 2(%13.3)'sinin daha öncesine ait “primer infertilite” raporları olmakla beraber gebe kalmışlar ve toplam 4 çocuk doğurmuşlardı.. Kadınların ortalama ilk gebelik yaşı 18.7 ± 2.8 idi. 27 (%9.6) kadın hiç gebe kalmamıştı. İlk gebelik yaşı 13 ile 30 arasında değişmekte olup ortancası ise 18 idi.

Eğitim durumunun ilk gebelik yaşı ile ilişkisi incelendiğinde 25 yaş altında ilk kez gebe kalanların çoğunluğunu homojen biçimde ($p>0.05$) diplomasızların, 25 yaş ve üzerinde ise çoğunluğunu diplomalıların oluşturduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi (Tablo 20) ($p<0.05$). Fakat burada eğitimin etkisi aslında eğitimin ilk evlenme yaşı üzerindeki etkisinden kaynaklanmaktadır. Çünkü ilk gebelik yaşının ilk evlenme yaşına göre dağılımı incelendiğinde ilk gebelik yaşının aslında ilk evlenme yaşı ile ilişkili olduğu ve ilişkinin istatistiksel olarak çok güçlü doğru ilişkili olduğu saptandı ($r=0.853$, $p=0.000$).

TABLO 20. Kadınların İlk Gebelik Yaşının Eğitim Durumlarına Dağılımı

İlk Gebelik Yaş Grubu	Eğitim Durumu				Toplam	
	Diplomasız		Diplomalı			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
<15	6	100.0	0	0.0	6	2.4
15-19	107	64.1	60	35.9	167	65.5
20-24	40	56.3	31	43.7	71	27.8
≥25	4	36.4	7	63.6	11	4.3
Toplam	157	61.6	98	38.4	255	100.0

*Satır Yüzdesi, $\chi^2=7.96$, $sd=3$, $p<0.05$

**Sütun Yüzdesi

4.2.4. Doğum Sayıları

Araştırma grubunda gebe kalan 255(%90.4) kadının 3(%1.1)'ü hiç doğum yapmamışken toplam doğuran kadın sayısı 252(%89.4) idi (Tablo 21). Araştırma tarihine kadar gebe kalmayan 27(%9.6) kadının 13(%48.1)'ü primer infertil, 14(%51.9)'ü yeni evli idi. Tüm kadınlar değerlendirildiğinde doğan çocuk sayısı 0-13 arası değişmekte olup ortalaması 3.9 ± 2.9 , gebe kalan 255 kadın değerlendirildiğinde doğan çocuk sayısı 0-13 arası değişmekte olup ortalaması 4.3 ± 2.8 , doğuran 252 kadın değerlendirildiğinde doğan çocuk sayısı 1-13 arası değişmekte olup ortalaması 4.4 ± 2.8 olarak bulundu. Toplam 1103 doğum sonucunda bir ikiz ile toplam 1104 çocuk doğmuştu

Kadınların doğum sayıları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi arttıkça doğum sayılarının düştüğü gözlemlendi. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.001$) (Tablo 22). İleri analiz yapıldığında farkın 3.çocuktan itibaren başladığı gözlemlendi. Doğum yapan 252 kadından 1-2 çocuk doğuranların çoğunluğu (%57.7) diplomalı grupta iken, 3-4 çocuk doğuranların %51.9'u, 5 ve daha fazla çocuk doğuranların ise %85.6'sı diplomasız grupta idi. İstatistiksel olarak 1-2 çocuk doğuranlarla 3 ve üstü çocuk doğuranların eğitim durumları (Fisher kesin χ^2 $p<0.001$) ve hatta 3-4 çocuk doğuranlarla 5 ve üstü çocuk doğuranların eğitim durumları da (Yates $\chi^2=21.8$, $sd=2$, $p<0.001$) anlamlı olarak farklı idi. Sonuç olarak eğitim durumu iyi olanlar (diplomalılar) en fazla 2 çocuk yaparken, eğitimi olmayanlar 3 ve daha fazla çocuk yapmakta idi (Tablo 22).

TABLO 21. Araştırılan kadınların doğum sayılarının dağılımı

Doğum Sayısı	Sayı	%
Doğum Yapmamış	30	10.6
1-2 Doğum	78	27.7
3 ve Üzeri Doğum	174	61.7
Toplam	282	100.0

TABLO 22. Araştırılan kadınların doğum sayılarının eğitim durumuna göre dağılımı

Doğum Sayıları	Eğitim Durumları				Toplam	
	Diplomasız		Diplomalı			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
1-2	33	42.0	45	57.7	78	30.9
3-4	40	51.9	37	48.1	77	30.6
≥5	83	85.6	14	14.4	97	38.5
Toplam %*	156	61.9	96	38.1	252	100.0

*Satır Yüzdesi $\chi^2=39.0$ $sd=2$ $p<0.001$

**Sütun Yüzdesi

4.2.5. Doğumların Yapıldığı Yer ve Doğumların Şekli

Araştırma grubundaki kadınların yaptığı doğumların toplam sayısı 1103 idi. Bu doğumların 1085 (%98.4)'i normal vaginal yoldan (NVY), 18 (%1.6)'i sezeryan sectio (C/S) ile yapılmıştı. NVY'dan yapılan doğumların 1049 (%96.7)'u canlı doğum, 36(%3.3)'sı ölü doğum idi. C/S ile yapılan doğumların ise 16 (%88.9)'sı canlı doğum, 2 (%11.1)'si ölü doğum idi. İstatistiksel analiz yapıldığında doğumların yapılış şekli ve sonlanım şekli açısından bir fark olmadığı görüldü ($p>0.05$) (Tablo 23).

NVY ile yapılan canlı doğumların 593 (%56.5) doğum ile yarından fazlasının bir sağlık kuruluşuna başvurmadan, evde yapıldığı gözlenmekte idi (Tablo 24). Ölü doğumların 21 (%58.3)'inin, yani yarından fazlasının evde yapıldığı dikkati çekmekte idi. Ama ileri istatistik analiz ile evde doğum yapılması ile doğumların canlı veya ölü sonlanım şekli arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark bulunmadı. Bu nedenle doğumların çoğunluğu evde yapıldığı için ölü doğumların da daha çok evde gerçekleştiği sonucuna varıldı ($p>0.05$) (Tablo 25).

Tablo 23. Doğumların yapılış şekli ve sonlanım şekline göre dağılımı

Doğumların Yapılış Şekli	Doğumların Sonlanım Şekli				Toplam	
	Canlı		Ölü			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
NVY	1049	96.7	36	3.3	1085	98.4
C/S	16	88.9	2	11.1	18	1.6
Toplam %*	1065	96.6	38	3.4	1103	100.0

*Satır Yüzdesi

Fisher kesin χ^2 $p>0.05$

**Sütun Yüzdesi

TABLO 24.Doğumların yapılış şekli, sonlanım şekli ve yapıldığı yere göre dağılımı

Sonlanım Şekli	Canlı Doğumlar				Ölü Doğumlar				Toplam	
Yapılış Biçimi	NVY		C/S		NVY		C/S		Doğumlar	
YAPILDIĞI YER	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Ev	593	56.5			21	58.3			614	55.7
Sağlık Evi	0	0.0			1	2.8			1	0.1
Sağlık Ocağı	202	19.3			2	5.5			204	18.5
Doğumevi	162	15.4	5	31.3	6	16.7			173	15.7
Özel Poliklinik	10	1.0			0	0.0			10	0.9
Hastane	82	7.8	11	68.7	6	16.7	2	100.0	101	9.1
Toplam %**	1049	95.1	16	1.4	36	3.3	2	0.2	1103	100.0

*Sütun Yüzdesi Yates $\chi^2=0.02$, sd=1, p>0.05

**Satır Yüzdesi

TABLO 25.Doğumların sonlanım şeklinin, yapıldığı yere göre dağılımı

Doğumların yapıldığı yer	Doğumların sonlanım şekli				Toplam	
	Canlı		Ölü			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Evde	593	96.6	21	3.4	614	55.7
Sağlık kuruluşunda	472	96.5	17	3.5	489	44.3
Toplam %*	1065	96.6	38	3.4	1103	100.0

*Satır yüzdesi Yates $\chi^2=0.01$, sd=1, p>0.05

**Sütun yüzdesi

4.2.6.Araştırılan Kadımların Doğumuna Müdahale Eden Sağlık Personeli Durumu

Araştırma grubunda NVY ile yapılan 1049 canlı doğumunun 464 (%44.2)'ü komşu-akraba yardımıyla, 541 (%51.6)'i ebe yardımı ile 44 (%4.2)'ü ise doktor yardımı ile yapılmıştı. NVY ile yapılan 36 ölü doğumun 19 (%52.8)'u yine komşu-akraba yardımı ile, 10(%27.8)'u ebe, 7 (%19.4)'si ise doktor yardımı ile yapılmıştı. Sezeryanla yapılan 18 doğumun 16 (%88.9)'sı

canlı, 2 (%11.1)'si ölü doğum idi. NVY ile yapılan doğumların istatistiksel analizinde doğumun sağlık personeli tarafından veya sağlık personeli dışı kişilerin yardımıyla yapılması ile canlı veya ölü sonlanması açısından anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 26).

TABLO 26. NVY doğumların sonlanım şekillerinin doğuma yardım eden kişilere göre dağılımı

Doğumun Sonlanım Şekli	Doğuma Yardım Eden				Toplam	
	Sağlık Personeli		Sağlık Personeli Dışı			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Canlı	585	55.8	464	44.2	1049	96.7
Ölü	17	47.2	19	52.8	36	3.3
Toplam %*	602	55.5	483	44.5	1085	100.0

*Satır Yüzdesi Yates $\chi^2=0.71$ $p>0.05$

**Sütun Yüzdesi

4.2.7.Çalışma Grubunda Ölü Doğum Yapan Kadınların Eğitim Durumu

Araştırma grubundaki tüm doğum yapan 252 kadın içinde ölü doğum yapan kadınların sayısı 29 (%11.5) idi. Bunların 22 (%75.9)'si 1 ölü doğum, 6 (%20.7)'i 2 ölü doğum, 1 (%3.4)'i ise 4 ölü doğum yapmıştı. Ölü doğum yapan kadınların eğitim durumları ile ölü doğum yapma ve yapmama durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$)(Tablo 27).

TABLO 27. Araştırılan kadınların ölü doğum yapma durumları ile eğitim durumlarının dağılımı

Kadın Sayıları	Eğitim Durumu				Toplam	
	Diplomasız		Diplomalı			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ölü doğum yapan kadın	15	51.7	14	48.3	29	11.5
Ölü doğum yapmayan kadın	141	63.2	82	36.8	223	88.5
Toplam %*	156	61.9	96	38.1	252	100.0

*Satır Yüzdesi Yates $\chi^2=0.99$, $sd=1$, $p>0.05$

**Sütun Yüzdesi

4.2.8. Kadınların Düşük Sayılarına Göre Dağılımları

Çalışma grubunda 91 (%32.3) düşük hikayesi veren kadının 66 (%72.5)'sı istemsiz, 16 (%17.6)'sı istemli, 9 (%9.9)'u hem istemli hem de istemsiz düşük yapmıştı (Tablo28).

TABLO 28. Düşük yapan kadınların düşük sayılarına göre dağılımları

Düşük Sayısı	İstemsiz		İstemli		İstemsiz+ İstemli		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
1	47	79.7	12	20.3	-	-	59	64.8
2	13	68.4	4	21.1	2	10.5	19	20.9
3	3	75.0	-	-	1	25.0	4	4.4
4	3	50.0	-	-	3	50.0	6	6.6
5	-	-	-	-	2	100.0	2	2.2
6	-	-	-	-	1	100.0	1	1.1
Toplam %*	66	72.5	16	17.6	9	9.9	91	100.0

*Satır Yüzdesi

**Sütun Yüzdesi

4.2.9. Araştırılan kadınların eğitim durumu ile düşük özelliklerinin karşılaştırılması

Araştırılan kadınlardan düşük yapan 91 kişinin 55 (%60.4)'ünün okur yazar olmadığı tespit edildi (Tablo 29). Yapılan istatistiksel analizde kadınların eğitim durumları ile düşüklerin istemli olup olmaması arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Ancak, korelasyon analizi yapıldığında çocuk sayısı arttıkça, toplam düşük sayısının da arttığı şeklinde orta derece güçlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.347$; $p<0.001$). Ama istemli ve istemsiz düşükler ayrı ayrı incelendiğinde herhangi bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

TABLO 29. Araştırılan kadınların eğitim durumu ile düşük özelliklerinin karşılaştırılması

Düşük Yapma Durumu	Diplomasız		Diplomalı		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
İstemli	39	59.1	27	40.9	66	72.5
İstemli	8	50.0	8	50.0	16	17.6
İstemsiz+İstemli	8	88.9	1	11.1	9	9.9
Toplam %*	55	60.4	36	39.6	91	100.0

*Satr Yüzdesi $\chi^2=3.8$ sd=2 p>0.05

**Sütun Yüzdesi

4.2.10. Çalışma Grubundaki Kadınların Daha Önce Genital Enfeksiyon Geçirme ve İnfertilite Durumları

İnfertilite, 1 yıl hiçbir korunma olmamasına karşın gebelik olmaması olarak tanımlanmaktadır (3). Araştırma grubundaki kadınların 31 (%11.0)'inde infertilite vardı. Bunların 15 (%48.4)'i primer infertil, 16 (%51.6)'sı sekonder infertil idi. Ayrıca 14(%5.0) kadının ise evlilik süresi bir yıldan az idi. İnfertilite tanısı almış olan kadınların hiçbirinde histerektomi, over kisti, disfonksiyonel kanama veya servikal erezyon öyküsü yoktu.

İnfertilite genital enfeksiyon öyküsü olanlarda (%18.5), olmayanlara (%8.8) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla görülmekte idi.

Genital enfeksiyon varlığının infertiliteye yol açıp açmadığının olasılık oranı 2.36 bulundu ($0.98 < OR < 5.48$). Bu da enfeksiyon öyküsü olanlarda infertilitenin 2,36 kat daha fazla görüldüğü şeklinde yorumlandı (Tablo 30).

Tablo 30. İnfertilitesi olan kadınların daha önce genital enfeksiyon geçirme durum dağılımları

Genital enfeksiyon öyküsü	İnfertilitesi olan		İnfertilitesi olmayan		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Var	12	18.5	53	81.5	65	23.0
Yok	19	8.8	198	91.2	217	77.0
Toplam %*	31	11.0	251	89.0	282	100.0

*Satr Yüzdesi Yates $\chi^2=3.87$, sd=1, p<0.05

**Sütun Yüzdesi

4.3. Araştırılan Kadınların Aile Planlaması (AP) Kullanımı ile İlgili Özellikleri

4.3.1. Araştırılan kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumları

Çalışmaya katılan 282 kadından 155 (%55.0)'i çalışma sırasında bir aile planlaması yöntemi kullanıyordu. Bunların 150 (%96.8)'si aile planlaması yöntemini düzenli kullandığını, 5 (%3.2)'i düzensiz kullandığını belirtti. Kadınların 127 (%45.0)'si ise hiçbir yöntem kullanmadığını ifade etti. Tüm kadınlar içinde düzenli aile planlaması kullanım oranı %(53.2) idi (Tablo 31).

TABLO 31. Kadınların Aile Planlaması yöntemi kullanma durum dağılımları

Yöntem Kullanma	Sayı	%
Düzenli kullanıyor	150	53.2
Hiç kullanmıyor	127	45.0
Düzensiz kullanıyor	5	1.8
Toplam	282	100.0

4.3.2. Araştırılan Kadınların Halen Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri

Halen aile planlaması yöntemi [modern (RIA), (OKS), Kondom, Depo preparatlar, Tüp Ligasyonu, Vazektomi, Diyafram, Norplant, Köpük tablet) veya geleneksel (Koitus interruptus (CI), Takvim yöntemi, vaginal duş)] kullanan 155 kadının en çok kullandığı yöntem 75 kişi (%48.4) ile RIA'dır (Tablo32).

TABLO 32. Araştırılan kadınların halen kullandıkları Aile Planlaması yöntem dağılımı

Aile Planlaması Yöntemi	Sayı	%
Rahim içi araç	75	26.6
Kondom	36	12.7
Coitus interruptus	20	7.1
Tüp Ligasyonu	13	4.6
Oral Kontraseptif	5	1.8
Depo preparatlar	4	1.4
Köpük Tablet	1	0.4
Vazektomi	1	0.4
Kullanmayan	127	45.0
Toplam	282	100.0

4.3.3.Halen Kullanılan Aile Planlaması Yönteminin Yaşlara Göre Dağılımı

Araştırılan kadınlarda aile planlaması kullanımının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde 20 yaşından itibaren 34 yaşına dek çoğunluğun yaş farkı olmaksızın, düzenli yöntem kullandığı, 35 yaştan itibaren bu farkın ortadan kalktığı, 20 yaşın altında ise çoğunluğun (%66.0) yöntem kullanmadığı gözlemlendi ($p < 0.05$) (Tablo 33).

TABLO 33. Araştırılan kadınların AP yöntemi kullanımlarının yaş gruplarına dağılımı

Yaş Grubu	Aile planlaması yöntem kullanma durumu				Toplam	
	Düzenli		Düzensiz/Kullanmıyor			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
<20	16	34.0	31	66.0	47	16.7
20-24	25	58.1	18	41.9	43	15.2
25-29	28	59.6	19	40.4	47	16.7
30-34	30	75.0	10	25.0	40	14.2
≥35	51	48.6	54	51.4	105	37.2
Toplam	150	53.2	132	46.8	282	100.0

*Sıra Yüzdesi $\chi^2=16.65$, $sd=4$, $p<0.05$

**Sütun Yüzdesi

4.3.4.Araştırılan Kadınların Yaşayan Kaç Çocuktan Sonra AP Yöntemi Kullanmaya Başlama Durumları

Araştırılan kadınların 188 (%66.7)'i halen veya geçmişte bir aile planlaması yöntemi kullanma hikayesi vermekte idi. Buna karşılık 94 (%33.3) kadın hiç yöntem kullanmamıştı. Yöntem kullanmaya, bu 188 kadından 62 (%33.0)'si yaşayan 1 çocuktan sonra, 37 (%19.7)'si 2 yaşayan çocuktan sonra, 89 (%47.0)'u ise 3 ve üzeri çocuktan sonra başlamıştı. Yapılan inceleme sonucunda, AP yöntemine başlamadan önceki çocuk sayısının düzenli AP kullanımının üzerinde etkisi olmadığı görüldü ($p>0.05$)(Tablo 34).

TABLO 34. Halen yöntem kullanan kadınların yaşayan kaç çocuktan sonra AP yöntemi kullanmaya başlama durumu dağılımı

AP Yöntemine başlamadan önceki çocuk sayısı	Halen Yöntem Kullanma Durumu				Toplam	
	Düzenli kullanan		Düzensiz kullanan veya Kullanmayan			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
1	53	85.5	9	14.5	62	33.0
2	25	67.6	12	32.4	37	19.7
≥3	68	76.4	21	23.6	89	47.3
Toplam %*	146	77.7	42	22.3	188	100.0

*Satur Yüzdesi $\chi^2=4.44$, $sd=2$ $p>0.05$

**Sütun Yüzdesi

İki veya daha az çocuk sahibi olmakla, 3 veya daha fazla çocuk sahibi olmak arasındaki farkın kullanılan yöntem çeşidine göre farkı incelendiğinde, düzenli olmak şartı ile modern ve geleneksel yöntemler arasında fark olmadığı (Yates $\chi^2=0.50$, $p=0.480$) görüldü. Ancak 2 veya daha az çocuk sahibi olanların çoğunluğu (%58.9) yöntem kullanmaz veya yöntemi düzensiz kullanmakta iken, 3 çocuktan itibaren bu oranın %38.8'e düştüğü ve farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (Yates $\chi^2=10.17$, $p=0.0014$) (Tablo 35).

TABLO 35. Halen kullanılan Aile Planlaması yönteminin yaşayan çocuk sayısına göre dağılımı

Çocuk Sayısı	Düzenli modern yöntem kullanan		Düzenli geleneksel yöntem kullanan		Düzensiz kullanan veya Kullanmayan		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
≤ 2	42	37.5	4	3.6	66	58.9	112	39.7
≥3	89	52.4	15	8.8	66	38.8	170	60.3
Toplam	131	46.5	19	6.7	132	46.8	282	100.0

*Satr Yüzdesi $\chi^2=11.80$, $sd=2$, $p<0.05$

**Sütun Yüzdesi

4.3.5. Halen Kullanılan Aile Planlaması Yönteminin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Kadınların eğitim durumlarına göre yöntem kullanma özellikleri incelendiğinde, düzenli olmak şartı ile modern veya geleneksel yöntem kullanımı ile hiç veya düzenli kullanmama arasında eğitim farkı bulunamadı (Yates $\chi^2=3.00$, $p=0.083$). Geleneksel yöntem kullananlarla, hiç veya düzenli yöntem kullanmayan arasında da eğitim farkı yoktu (Yates $\chi^2=0.03$, $p=0.861$). Ancak diplomasızların çoğunluğu (%58.6), geleneksel yöntem kullanmakta ya da hiç veya düzensiz yöntem kullanmakta iken, diplomalıların çoğunluğu (%54.6), modern yöntem kullanmakta idi ve fark istatistiksel olarak anlamlı idi (Tablo 36 ve 37).

TABLO 36. Kullanılan Aile Planlaması Yönteminin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Modern yöntem kullanan		Geleneksel yöntem kullanan		Hiç veya düzenli kullanmayan		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Diplomasız	72	41.4	13	7.5	89	51.1	174	61.7
Diplomalı	59	54.6	6	5.6	43	39.8	108	38.3
Toplam %*	131	46.5	19	6.7	132	46.8	282	100.0

*Satr Yüzdesi $\chi^2=4.711$, $sd=2$, $p>0.05$

**Sütun Yüzdesi

TABLO 37. Halen Modern AP Yöntemi Kullananların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Modern		Diğer/Kullanmayan		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Diplomasız	72	41.4	102	58.6	174	61.7
Diplomalı	59	54.6	49	45.4	108	38.3
Toplam %*	131	46.5	151	53.5	282	100.0

*Satr Yüzdesi Yates $\chi^2=4.19$, sd=1, p<0.05

**Sütun Yüzdesi

4.3.6. Araştırılan Kadınların Kullanıp Bıraktığı AP Yöntemler

Daha önce herhangi bir yöntem kullandığı (geleneksel veya modern) halde yöntem değişikliği yapan 133 (%47.2) kadın saptandı (Tablo 38). Bunların 42(%31.6)'sı çalışma esnasında artık düzenli yöntem kullanmadığını belirtti. Modern yöntem kullanan 127 kişinin 13(%10.2)'ü ise geleneksel yönetime geçmişti.

Hap kullananların çoğunluğu (%64.3), RİA'ya, RİA kullananların çoğunluğu (%35.9) kondom'a, kondom kullananların çoğunluğu (%59.1) RİA'ya ve depo preparatlar kullananların çoğunluğu (%100.0) RİA'ya geçiş yapmış idi. Böylece diğer yöntemlerden çoğunlukla RİA'ya geçiş olduğu gözlemlendi.

TABLO 38. Araştırılan Kadınların Kullanıp Bıraktığı AP Yöntemlerinin Dağılımı

Bırakılan AP Yöntemi	Sayı	%
RIA	60	45.1
Hap	38	28.6
Condom	24	18.0
Coitus interruptus	6	4.5
Depo	3	2.3
Köpük tablet	2	1.5
Toplam	133	100.0

4.4.Örnek Grubunun Cinsel Yaşamları İle İlgili Bulguların Dağılımı

4.4.1.Araştırılan kadınların haftada ortalama cinsel temas (Coitus) sayıları

Anamnezde güvenilir cevap alınamadığı için kadınlarda ilk evlenme yaşı, ilk cinsel ilişki yaşı olarak da değerlendirilmiştir. Kadınların ortalama cinsel temas sayıları incelendiğinde, 0 ile 10 arasında değişmek üzere, %35.5'i haftada 1 ve daha az, %52.1'i haftada 2-4 kez, %9.9'u ise haftada 5ve daha fazla temasta bulunuyordu (Tablo 39). Ortalaması 2.3 ± 1.6 olarak hesaplandı. Genital enfeksiyonlar açısından önemi olduğu için bu konu ilgili bölümde değerlendirilecektir.

TABLO 39. Araştırılan kadınların haftada ortalama cinsel temas sayıları

Temas Sayısı	Sayı	%
≤ 1	100	35.5
2-4	147	52.1
≥ 5	28	9.9
Eşi yok	7	2.5
Toplam	282	100.0

4.4.2. Kadınların doğum veya düşükten sonra ilk koitus zamanı

Daha öncede belirtildiği gibi araştırma grubundaki kadınların 30 (%10.6)'u doğum veya düşük yapmamışken gebe kalan kadın sayısı 255 (%90.4) idi (Tablo 40).

TABLO 40. Kadınların doğum veya düşükten sonra ilk koitus zamanı

Koitus Zamanı	Sayı	%
15 günden önce	32	12.5
15-40 gün arası	42	16.5
40 günden sonra	181	71.0
Toplam	255	100.0

4.5. Araştırılan Kadınların Jinekolojik Öyküleri ve Yakınmaları

4.5.1. Kadınların ailesinde genital tümör öyküsü dağılımı

Araştırma grubundan 7 (%2.5) kişinin birinci derece akrabasında, 7 (%2.5) kişinin de ikinci derece akrabasında genital tümör öyküsü varken 268 (%95) kişinin öyküsünde herhangi bir genital tümör yoktu.

4.5.2. Kadınların daha önce geçirdiği jinekolojik hastalık öyküleri

Araştırma grubundaki kadınların 195 (%69.1)'inde herhangi bir jinekolojik hastalık öyküsü yok iken 7 (%2.4) kişide ise birden fazla hastalık öyküsü vardı (Tablo 41).

TABLO 41. Kadınların daha önce geçirdiği jinekolojik hastalık öykülerinin dağılımı*

Hastalık öyküsü	Sayı	%*
Genital enfeksiyon	73	23.2
Servikal erezyon	15	5.3
Over kisti	3	1.1
Histerektomi	2	0.7
Disfonksiyonel kanama	1	0.4
Öyküsü olmayan	195	69.1
Toplam	289	100.0

*Bazı kadınlarda birden fazla öykü olduğu için yüzdeler toplam kadın sayısı 282'ye göre alınmıştır.

4.5.3. Jinekolojik hastalık sorusuna verilen yanıtlar

Kadınlara halen kadın hastalığının olup olmadığı sorulduğunda, kadınların 105 (%37.2)'i "evet", 116 (%41.1)'si "hayır", 61 (%21.6)'i ise "bilmiyorum" yanıtını verdi (Tablo 42).

TABLO 42. Halen jinekolojik hastalık olup olmama durumu dağılımı

Yanıt	Sayı	%
Var	105	37.2
Yok	116	41.2
Bilmiyor	61	21.6
Toplam	282	100.0

4.5.4. Kadınların doğum sonu akıntılı hastalık geçirme durumları

Doğum sonu koitus zamanı 15 günden önce olan 30 (%12.0) kadının 18 (%60.0)'i, 15-40 gün arası olan 41 (%16.4) kişinin 13 (%31.7)'ü, 40 günden sonra olan 179 (%71.6)'kişinin ise 58 (%32.4)'i doğumdan sonra akıntılı bir hastalık geçirmişti. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda doğumdan sonraki 15. günden sonra koitus hikayesi veren kadınlarda çoğunluk (%67.6-68,3) akıntılı hastalık geçirmezken, 15 günden önce koitus hikayesi verenlerin %60.0'ında doğum sonu akıntılı hastalık öyküsü vardı ve fark istatistiksel olarak anlamlı idi (Tablo 43) ($p=0.012$). Analiz sonucu 15 günden itibaren akıntılı hastalık öyküsü arasında istatistiksel fark bulunamadı (Yates $\chi^2=0.01$, $p=0.921$).

TABLO 43. Kadınların doğum sonu akıntılı hastalık geçirme durum dağılımı

Doğum sonu ilk koitus zamanı	Doğum sonu akıntılı hastalık geçirme				Toplam	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
<15 gün	18	60.0	12	40.0	30	12.0
15-40 gün	13	31.7	28	68.3	41	16.4
>40 gün	58	32.4	121	67.6	179	71.6
Toplam	89	35.6	161	64.4	250	100.0

$\chi^2=8.860$, $sd=2$, $p<0.05$

4.5.5. Kadınların Son Düşükten Sonra Akıntılı Hastalık Geçirme Öyküsü

Araştırılan kadınlardan 136 (%48.2)'sı düşük yapmıştı. Bu kadınların düşük sonu koitus zamanları incelendiğinde, koitus zamanı 15 günden önce olan 20 (%14.7) kadının 12 (%60)'sinde, 15-40 gün arasında olan 20 (%14.7) kadının, 5 (%25.0)'inde, 40 günden sonra olan 96 (%70.6) kadının 28 (%29.2)'inde akıntılı hastalık öyküsü vardı (Tablo 44). Yapılan analiz sonucunda, düşük sonrası 15 günden önce koitus gerçekleştiğinde akıntılı hastalık %60.0 oranında, istatistiksel anlamlı şekilde ($p=0.020$) daha fazla, 15 günden sonrakilerde %25.0-29.2 oranına düşmekte idi ve istatistiksel olarak homojenleşmekte idi (Yates $\chi^2=0.01$, $p=0.918$) (Tablo 44). Doğumda olduğu gibi, düşük sonu koitus zamanı da ne kadar erken ise, akıntılı bir hastalık geçirme riski o kadar yüksek olduğu tespit edildi.

TABLO 44. Kadınların son düşükten sonra akıntılı hastalık geçirme öyküsü ile düşük sonrası ilk koitus zamanı dağılımı

Doğum sonu ilk koitus zamanı	Son Düşükten Sonra Akıntılı Hastalık				Toplam	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
<15 gün	12	60.0	8	40.0	20	14.7
15-40 gün	5	25.0	15	75.0	20	14.7
>40 gün	28	29.2	68	70.8	96	70.6
Toplam %*	45	33.1	91	66.9	136	100.0

*Satır yüzdesi $\chi^2=7.800$, $sd=2$, $p<0.05$

**Sütun yüzdesi

4.5.6. Araştırılan Kadımların Jinekolojik Yakınmalarının Dağılımları

Kadınların jinekolojik yakınmaları incelendiğinde, en sık görülen şikayet bel ağrısı (%72.3) idi (Tablo 45). Akıntı yakınması ise %54.6 idi.

TABLO 45. Kadınların Jinekolojik Yakınmalarının Dağılımları

Yakınmalar	Popülasyon*	Yakınması olan	%
Bel Ağrısı	282	204	72.3
Akıntı	282	154	54.6
Karın Ağrısı	282	115	40.8
Dismenore	269	107	39.8
Disparoni	273	107	39.2
Genital kaşıntı	282	110	39.0
Postkoital Ağrı	273	64	23.4
Adet düzensizliği	269	63	23.4
Dış genital organ ağrısı	282	53	18.8
Postkoital Kanama	273	29	10.6
Menoraji	269	18	6.7
Metroraji	269	14	5.2
Postmenapozal akıntı	13	8	61.5
Postmenapozal Kanama	13	2	15.4

*Popülasyon olarak şikayetlere maruz kalabilecek kişiler alındı.

4.5.7. Kadınların Akıntı Yakınmalarının Süreleri

Akıntı süresi 1 hafta ile yaklaşık 4 yıl arasında (200 hafta) değişmekte, ortalama akıntı süresi 40.3±49.9, ortancası ise 20 hafta idi.

“Halen akıntın var mı” sorusuna “evet” yanıtı veren 74 (%48.1) kişinin direkt mikroskopik incelemesi (DMİ) sonucu normal, 80 (%51.9) kişinin ise enfeksiyon tanısı vardı. Hayır yanıtı veren 56 (%43.8) kişinin DMİ sonucu normal, 72 (%56.3) kişinin ise enfeksiyon tanısı vardı (Tablo 46). Yapılan analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0.05$).

TABLO 46. Kadınların akıntı yakınmasına göre DMİ sonuçlarının dağılımı

Akıntı	DMİ +		DMİ-		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Var	80	51.9	74	48.1	154	54.6
Yok	72	56.3	56	43.8	128	45.4
Toplam%*	152	53.9	130	46.1	282	100.0

*Satır yüzdesi Yates $\chi^2=0.36$, sd=1, p>0.05

**Sütun yüzdesi

4.5.8. Kadınların Eşlerinde Ürogenital Hastalık Öyküsü Olması ile Mikroskopik İnceleme Sonuçlarının Karşılaştırılması

Araştırma grubundaki kadınlardan 26 (%9.2)'sinin eşinde genital hastalık geçirme öyküsü varken, 256 (%90.8)'sında ise öykü yoktu. Kadınların eşlerinde ürogenital hastalık öyküsü olması ile fresh preparatların mikroskopik incelemesi sonucunda enfeksiyon varlığı karşılaştırıldığında ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 47). Fresh preparatta rastlanan enfeksiyon tiplerine göre kadınların eşlerinde enfeksiyon öyküsü varlığı karşılaştırıldığında, *Trichomonas* dışında tüm enfeksiyon tiplerinin eşlerinde enfeksiyon varlığı ile artış göstermediği tersine daha az gözlemlendiği saptandı ($\chi^2=3.10$, sd=2, p=0.213). Farkı yaratan *Trichomonas* ise her iki durumda da eşit gözlenmekte idi (Tablo 48).

TABLO 47. Araştırılan Kadınlarda Enfeksiyon Varlığı ile Kadınların Eşlerinde Ürogenital Hastalık Öyküsünün Karşılaştırılması

Eşinde ürogenital hastalık	Kadında genital enfeksiyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Var	17	65.4	9	34.6	26	9.2
Yok	135	52.7	121	47.3	256	90.8
Toplam %*	152	53.9	130	46.1	282	100.0

*Satır yüzdesi $\chi^2=1.520$, sd=1, p>0.05

**Sütun yüzdesi

TABLO 48. Kadınların Eşlerinde Ürogenital Hastalık Öyküsü Olması ile Mikroskopik İnceleme Sonuçlarının Karşılaştırılması

Mikroskopik Tanı	Eşinde Enfeksiyon Öyküsü				Toplam	
	Öykü Var		Öykü Yok			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Gardnerella	6	10.5	51	89.5	57	37.5
Trichomonas	2	50.0	2	50.0	4	2.6
Candida	8	14.3	48	85.7	56	36.9
İltihabi vaginit	1	2.9	34	97.1	35	23.0
Toplam %*	17	11.2	135	88.8	152	100.0

*Satr Yüzdesi $\chi^2=9.08$, $sd=3$, $p<0.05$

**Sütun Yüzdesi

4.5.9. Araştırılan Kadınlarda Üriner Yakınmalar

Araştırılan kadınlarda üriner sistem hastalığı bulguları ile uyumlu olabilecek böğür ağrısı varlığı (%62.1) saptandı. Pollaküri (%38.3) ve dizüri (%36.5) varlığı daha az sıklıkta görülmekte idi. Fark istatistiksel olarak anlamlı idi (Tablo 49) ($p<0.001$).

TABLO 49. Araştırılan Kadınlarda Üriner Yakınmaların Dağılımı

Yakınma	Yakınması Olan	%	Yakınması Olmayan	%	Toplam Sayı	Toplam %
Böğür ağrısı	175	62.1	107	37.9	282	100.0
Pollaküri	108	38.3	174	61.7	282	100.0
Dizüri	103	36.5	179	63.5	282	100.0

$\chi^2=46.21$, $sd=2$, $p<0.001$

4.5.10. Kadınlarda İdrar İnkontinansı Yakınması Durumu

Araştırma grubundaki kadınların 45 (%16.0)'inde idrar inkontinansı vardı (Tablo 50). Bunların 15 (%33.3)'inde inkontinans 1 çocuktan sonra, 9 (%20.0)'unda 2 çocuktan sonra, 21 (%46.7)'inde ise 3 ve daha fazla çocuktan sonra başlamıştı. Ortalama 3.4 ± 2.8 doğumdan sonra

başlamıştı. Kadınlarda pelvik relaksasyon varlığında, inkontinans %60.0 oranında görülürken relaksasyon yok ise inkontinans %9.7 görülmekte idi. İnkontinansı olanlarda pelvik relaksasyon varlığı, inkontinansı olmayanlarda pelvik relaksasyon varlığına göre yaklaşık 14 kat daha fazla hesaplandı Odds Ratio=13.94 (%95 G.A.=5.83<OR<33.43) (Tablo 51).

TABLO 50.Kadınlarda İdrar inkontinans yakınması durumunun dağılımı

İdrar inkontinansı	Sayı	%
Eforla	35	12.4
Devamlı	10	3.6
Yok	237	84.0
Toplam	282	100.0

Tablo 51. İdrar inkontinansı olan kadınların, pelvik relaksasyon durumlarının dağılımı

Pelvik Relaksasyon	İdrar İnkontinansı				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Var	21	60.0	14	40.0	35	12.4
Yok	24	9.7	223	90.3	247	87.6
Toplam %*	45	16.0	237	84.0	282	100.0

*Satr Yüzdesi Yates $\chi^2=54.11$, sd=1, p<0.001

**Sütun Yüzdesi

4.6. Kadınlarda Muayenelerinde Tespit Edilen Muayene Bulguları

4.6.1. Kadınlarda Muayenelerinde Tespit Edilen Muayene Bulgularının Dağılımları

Araştırılan kadınların 35 (%12.4)'inde pelvik relaksasyon mevcuttu. Bunların 28 (%80.0)'i sistosel, 2 (%5.7)'si rektosel ve 5 (%14.3)'i sistorektosel idi. İki(%0.7) kadın histerektomi operasyonu geçirmişti. Yapılan muayenede; histerektomi olmayan 280 kadından 13 (%4.6)'ünün serviksi normalden büyük, 9 (%3.2)'unun normalden küçük ve 258 (%92.2)'inin serviksi normal büyüklükte idi. Kadınların 34 (%12.1)'ünde uterus normalden büyük, 13 (%4.6)'ünde normalden küçük, 230 (%82.2)'unda normal büyüklükte idi ve 3 (%1.1) kişide ise karar verilemedi. Diğer bulgular tabloda sunulmuştur (Tablo 52).

TABLO 52 .Kadımların jinekolojik muayenelerinde tespit edilen muayene bulgularının dağılımları*n=282

Tespit edilen bulgu	Sayı	%
Vaginitis	152	53.9
Servikal Erozyon	72	25.7*
Servikal Akıntı	35	12.4
Uterus Büyüklüğü	34	12.1*
Sistosel	28	9.9
Emmet Yırtığı	27	9.6
Servikal Hiperemi	21	7.4*
Serviks Büyüklüğü	13	4.6*
Eksternal Hemoroid	11	3.9
Servikal Polip	10	3.6*
Nabothi Kisti	10	3.6*
Perine Yırtığı	8	2.8
Ektropion	7	2.5*
Servikal Atrofi	6	2.1*
Sistorektosel	5	1.8
Uterus Hassasiyeti	4	1.4*
Over Loju Hassasiyeti	4	1.4
İnguinal Tinea	3	1.1
Perinede Varis	3	1.1
Perinede Polip	2	0.7
Perinede Kist	2	0.7
Rektosel	2	0.7
Overde Dolgunluk	2	0.7
PID	1	0.4
Perinede Lökoplaki	1	0.4

*Histerektomi olan 2 kadın hariç tutulduğunda n=280 olarak alınmıştır.

**Muayene edilen kadınların bazılarında birden fazla patolojik bulgu vardı.

4.6.2.Araştırma Grubundaki Kadınların Doğum Sayılarının Servikal Erozyon Bulgusu İle Karşılaştırılması

Araştırma grubundaki kadınların 72 (%25.7)'sinde servikal erozyon vardı (Tablo 52). İki kadın histerektomi operasyonu geçirmişti. Kadınların doğum yapma durumu ile servikal erozyon varlığı arasında ilişki incelendiğinde doğum yapanların 69 (%27.6)'unda, doğum yapmayanların ise 3 (%10.0)'ünde servikal erozyon saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.05$) (Tablo 53). Erozyonu olanlarda doğum yapmış olma, erozyonu olmayanlardaki doğum yapmış olmaya göre yaklaşık 3.5 kat daha fazla idi ($OR=3.43$; %95 güven aralığı $1.00<OR<18.17$)

TABLO 53. Araştırma grubundaki kadınların doğum yapma durumuna göre Servikal Erozyon varlığı dağılımı

Doğum yapma durumları	Servikal Erozyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Doğum yapan	69	27.6	181	72.4	250	89.3
Doğum yapmayan	3	10.0	27	90.0	30	10.7
Toplam %*	72	25.7	208	74.3	280	100.0

*Satır Yüzdesi $\chi^2=4.34$, $sd=1$, $p<0.05$

**Sütun Yüzdesi

Doğum yapan kadınlarda daha fazla erozyon görülmesinin doğum sayısı ile ilişkisi incelendiğinde istatistiksel bir fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 54).

TABLO 54. Araştırma grubundaki kadınların doğum sayıları ile Servikal Erozyon varlığının dağılımı

Doğum Sayısı	Servikal Erozyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
0	3	10.0	27	90.0	30	10.7
1-2	18	23.1	60	76.9	78	27.9
3-4	22	29.3	53	70.7	75	26.8
≥5	29	29.9	68	70.1	97	34.6
Toplam %*	72	25.7	208	74.3	280	100.0

*Satr yüzdesi $\chi^2=5.56$, $sd=3$, $p>0.05$

**Sütun yüzdesi

4.6.3.Örnek Grubundaki Kadınların Düşük Sayıları İle Servikal Erozyon Bulgusunun Karşılaştırılması

Kadınların düşük yapmaları ile servikal erozyon varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 55).

TABLO 55. Düşük yapma durumuna göre Servikal Erozyon varlığı dağılımı

Düşük Sayısı	Servikal Erozyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Var	55	29.1	134	70.9	189	67.5
Yok	17	18.7	74	81.3	91	32.5
Toplam %*	72	25.7	208	74.3	280	100.0

*Satr Yüzdesi Yates $\chi^2=2.97$, $sd=1$, $p>0.05$

**Sütun Yüzdesi

4.6.4. Kadınların Pelvik Relaksasyonlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

Araştırma grubundaki kadınların muayenesinde 35 (%12.4) kişide pelvik relaksasyon tespit edildi. Bu kadınların 23 (%65.7)'ü 35 ve üzeri yaş grubunda idi. 35 ve üzeri yaş grubundaki kadınların %21.9 (23 kişi)'unda pelvik relaksasyon vardı. Pelvik relaksasyonu olan kadınların 9 (%25.7)'u 25-34 yaş grubunda, 3 (%8.6)'ü ise 15-24 yaş grubunda idi (Tablo 56). Yapılan istatistiksel analizde yaş ile pelvik relaksasyonlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. İleri istatistiksel analizde 15-24 ile 25-34 yaş grubu arasında fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 56). Yaş arttıkça pelvik relaksasyonlarda da artış görülmektedir. Farkı yaratan 35 yaş ve üzeri gruptur.

Pelvik relaksasyon olanların yaş ortalaması 40.9 ± 14.6 iken relaksasyon olmayanların yaş ortalaması 30.7 ± 10.2 bulunmuştur ($t=-3.985$, $sd=38.859$, $p<0.001$).

TABLO 56. Kadınların pelvik relaksasyonlarının yaş gruplarına göre dağılımları

Yaş Grupları	Pelvik Relaksasyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
15-24	3	3.3	87	96.7	90	31.9
25-34	9	10.3	78	89.7	87	30.9
≥35	23	21.9	82	78.1	105	37.2
Toplam %*	35	12.5	247	87.5	282	100.0

*Satır yüzdesi $\chi^2=15.87$, $sd=2$, $p<0.001$

**Sütun Yüzdesi

4.6.5. Araştırılan Kadınların Doğum Yapma Durumlarının Pelvik Relaksasyon Durumu ile Karşılaştırılması

Pelvik relaksasyon ile doğum yapma durumu incelendiğinde, relaksasyon doğum yapan grupta %13.9 görülürken doğum yapmayan grupta %0.0 oranında gözlenmekte idi. Yani doğum yapmak relaksasyonu anlamlı şekilde arttırmakta idi ($p<0.05$) (Tablo 57).

TABLO 57. Kadınların doğum yapma durumlarının Pelvik relaksasyon durumuna dağılımı

Doğum Yapma Durumu	Pelvik Relaksasyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Doğum yapan	35	13.9	217	86.1	252	89.4
Doğum yapmayan	0	0.0	30	100.0	30	10.6
Toplam %*	35	12.4	247	87.6	282	100.0

*Satır Yüzdesi Fisher kesin ki-kare testi $p<0.05$

**Sütun Yüzdesi

4.7. Araştırılan Kadınların Laboratuvar Bulgularının Dağılımı

4.7.1. Araştırılan Kadınların Akıntı Örneklerinden Hazırlanan Taze Preparatların Bakteriyolojik Analiz Sonuçları

Araştırılan kadınların servisit kliniği özellikleri gösteren 21 (%7.4)'inden alınan akıntı örneğine Gram boyaması yapıldı, ancak *Neisseria gonorrhoeae*'ye rastlanmadı. Gruptaki kadınların 130 (%46.1)'unun akıntı örneği normal, 152 (%53.9)'sinin ise patolojik bulundu. Örneklerin en belirgin ve klinik ile desteklenen tanısı kabul edildi. Patolojik örneklerden 57 (%37.5)'sine *Gardnerella vaginalis* enfeksiyonu, 56 (%36.8)'sine *Candida* enfeksiyonu, 35 (%23)'üne non spesifik enfeksiyon (iltihabi vajinit) ve 4 (%2.6)'üne *Trichomonas vaginalis* enfeksiyonu tanısı kondu (Tablo 58). Kadınların eğitim durumu ile enfeksiyon tanısı alma durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktu (Yates $\chi^2=0.00$, $sd=1$, $p>0.05$). Aile planlaması yöntemi kullanımı ile enfeksiyon tanısı alma durumları incelendiğinde yine anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 59-60). Enfeksiyonu olan kadınların yaş grupları incelendiğinde de istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 61).

TABLO 58. Bakteriyolojik Analiz Sonuçlarının Dağılımı

Tetkik Sonucu	Sayı	%
<i>Gardnerella vaginalis</i>	57	20.2
<i>Candida</i>	56	19.9
İltihabi vajinit	35	12.4
<i>Trichomonas vaginalis</i>	4	1.4
Normal	130	46.1
Toplam	282	100.0

TABLO 59. Kadınların enfeksiyon tanısı alma durumlarına göre AP yöntem kullanma durum dağılımı

Enfeksiyon Varlığı	AP Yöntem Kullanımı				Toplam	
	Kullanıyor		Kullanmıyor			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Var	83	54.6	69	45.4	152	53.9
Yok	72	55.4	58	44.6	130	46.1
Toplam %*	155	55.0	127	45.0	282	100.0

*Satır Yüzdesi Yates $\chi^2=0.00$, sd=1, $p>0.05$

**Sütun Yüzdesi

TABLO 60. Kadınların kullandığı Aile Planlaması yöntemine göre enfeksiyon tanısı alma durumlarının dağılımı

Yöntem	Enfeksiyon Tanısı				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Hormon preparatları	4	44.4	5	55.6	9	5.8
RIA	39	52.0	36	48.0	75	48.4
Kondom	18	50.0	18	50.0	36	23.2
CI	14	70.0	6	30.0	20	12.9
Vag. tablet	0	0.0	1	100.0	1	0.6
Cerrahi	8	57.1	6	42.9	14	9.0
Toplam %*	83	53.5	72	46.5	155	100.0

*Satır Yüzdesi $\chi^2=3.96$, sd=5, $p>0.05$

**Sütun Yüzdesi

TABLO 61. Genital enfeksiyonu olan kadınların yaş gruplarına dağılımı

Yaş Grubu	Enfeksiyon Tanısı				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
15-24	46	51.1	44	48.9	90	31.9
25-34	44	50.6	43	49.4	87	30.9
≥35	62	59.0	43	41.0	105	37.2
Toplam %*	152	53.9	130	46.1	282	100.0

*Satır Yüzdesi $\chi^2=1.79$, $sd=2$, $p<0.05$

**Sütun Yüzdesi

4.7.2. İdrar Tetkik Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Çalışma grubunun %29.4(83 kişi)'ünde idrar yolu enfeksiyonu (İYE) bulguları saptandı. Kadınların yaş grupları ile İYE durumları değerlendirildiğinde, yaş grubu yükseldikçe İYE oranının anlamlı olarak arttığı gözlemlendi (Tablo 62). İleri istatistik analizde 15-24 ile 25-34 yaş grubu arasında fark bulunamazken ($p>0.05$), 35 yaştan itibaren fark anlamlı idi: 35 yaş altında %20.0-25.3 arasında değişen İYE yüzdesi 35 yaştan itibaren %41.0'a çıkıyordu ($p<0.05$) (Tablo 63). Kadınların İYE'nin eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, eğitim durumu ile İYE tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 63).

TABLO 62. İYE tanısı alan kadınların yaş gruplarına dağılımı

Yaş Grupları	İYE Tanısı				Toplam	
	Var	%*	Yok	%*	Sayı	%**
15-24	18	20.0	72	80.0	90	31.9
25-34	22	25.3	65	74.7	87	30.9
≥35	43	41.0	62	59.0	105	37.2
Toplam%*	83	29.4	199	70.6	282	100.0

*Satır Yüzdesi $\chi^2=11.28$, $sd=2$, $p<0.05$

**Sütun Yüzdesi

TABLO 63. İYE tanısı alan kadınların eğitim durumuna dağılımı

Eğitim durumu	İYE Var		İYE Yok		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Diplomasız	54	31.0	120	69.0	174	61.7
Diplomalı	29	26.9	79	73.1	108	38.3
Toplam%*	83	29.4	199	70.6	282	100.0

*Satr Yüzdesi Yates $\chi^2=0.38$, sd=1, p>0.05

**Sütun Yüzdesi

4.7.3. Kadınların Smear Örneklerinin Analiz Sonuçları

Araştırılan kadınların 2 (%0.7)'si histerektomi operasyonu geçirdiği için smear örneği alınamadı. 48 (%17.1) kişinin smear tetkik sonucu "Normal hücre popülasyonu", 13 (%4.6) kişinin sonucu "Endoservikal ve metaplazik hücre görülmedi"(yetersiz) şeklinde idi. Sonucu patolojik çıkan 219 (%78.2) kişinin, 214 (%97.7)'ü "Benign hücre değişikliği", 5 (%2.3)'i ise "Normal dışı hücre değişikliği" tanısı aldı.

Benign hücre değişikliği saptanan 214 kadından reaktif değişiklik tanısı alanların 76 (%35.5)'sında iltihap, 122 (%57.0)'sinde iltihap ve skuamöz metaplazi, 16 (%7.5)'sında atrofi ve iltihap, 3(%1.4)'ünde atrofi görüldü. Bazı kadınlar birden fazla tanı aldı.

Normal dışı hücre değişikliği saptanan kadınlarda ise, skuamöz hücre değişikliği olarak 3 (%60) kişide ASGUS, 1 (%20) kişide LSIL, ve yine 1 (%20) kişide HSIL tespit edildi (Tablo 64). HSIL tanısı alan kadın 45-49 yaş grubunda, LSIL tanısı alan 40-44 yaş grubunda idi, ASGUS tanısı alan 2 kadın 30-34 yaş grubunda, 1 kadın ise 40-44 yaş grubunda idi.

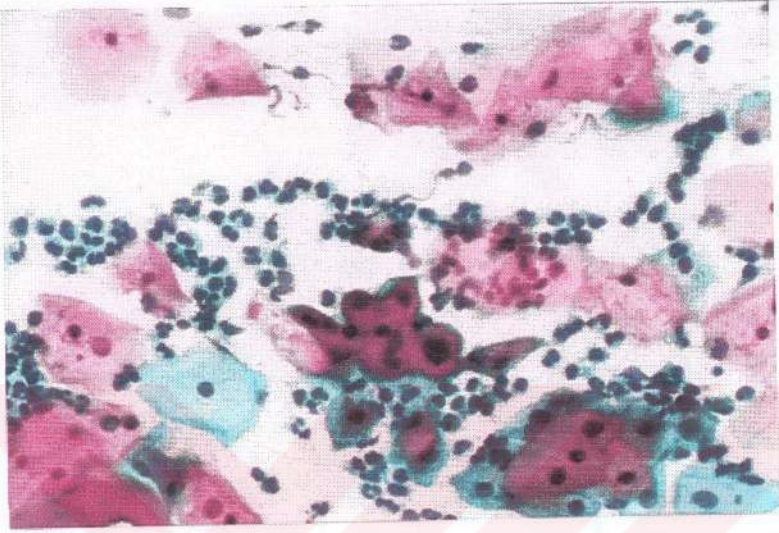
Normal dışı hücre değişikliği, tanısı konan hastaların, yeniden alınan smear örneklerinde HSVII, HPV ve Chlamidya araştırıldı, ancak tüm sonuçların negatif olduğu görüldü. Bu hastaların sigara içme öyküleri değerlendirildiğinde, hiçbirinin öyküsünün olmadığı görüldü.

TABLO 64. Kadınların Smear örneklerinin analiz sonuçları

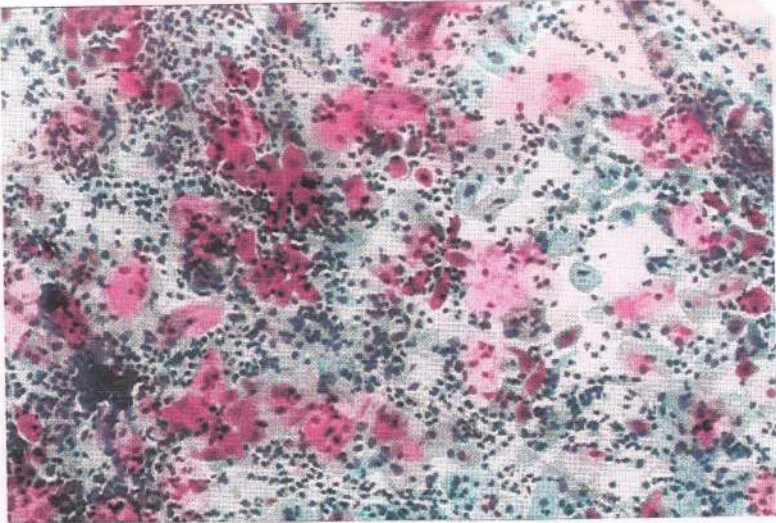
Sonuç	Sayı	%
Normal	48	17.1
Benign hücre değişikliği	214	76.4
Normal dışı hücre değişikliği	5	1.8
Yetersiz	13	4.7
Toplam	280	100.0



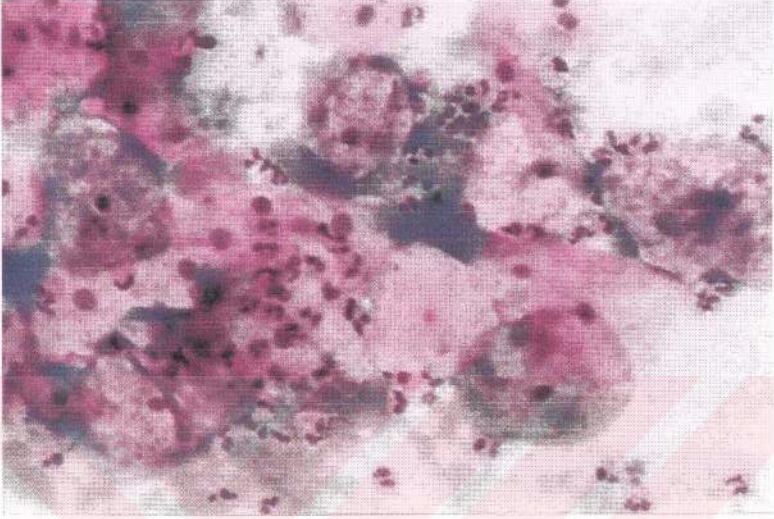
Şekil 1 Servikal smear'de yüksek grade'li skuamöz intraepitelyal lezyonu temsil eden hücreler, pap x 200



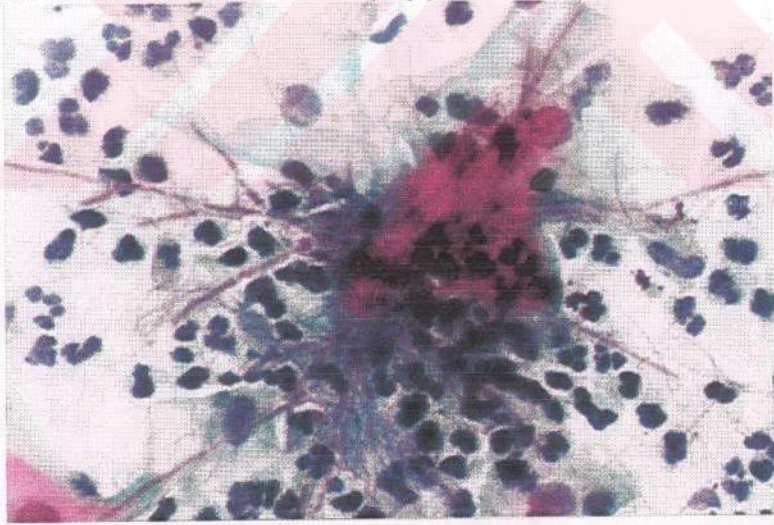
Şekil 2 Servikal smear'de düşük grade'li skuamöz intraepitelyal lezyonu temsil eden hücreler, pap x 200



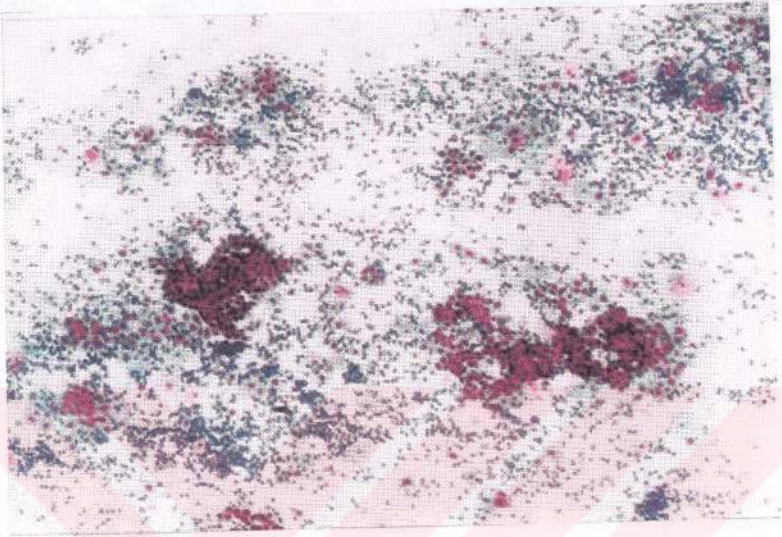
Şekil 3 Servikal smear'de önemi belirlenemeyen atipik skuamöz hücreler, pap x 100



Şekil 4 Servikal smear'de zeminde kokbasıl hakimiyeti, pap x 200



Şekil 5 Servikal smear'de servikal skuamöz epitel hücreleri arasında gözlenen çok sayıda *C.albicans* hifaları, pap x 400



Şekil 6 Servikal smear'de iltihap ve skuamöz metaplazi izlenen atrofik smear, pap x 100

5.TARTIŞMA

5.1.Sosyodemografik Bilgilerin Tartışması

Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na bağlı Doğan kent Sağlık-Eğitim-Araştırma Bölgesi'ndeki Doğan kent Sağlık Ocağı çalışma sahasında yapılan bu çalışmanın örnek grubundaki kadınlar 15 yaş üzeri tümü evli ve gebe olmayan kadınlardan, yaş gruplarına göre sistematik örnekleme yöntemi ile seçildi. Kadınların yaş dağılımı tüm popülasyon ile uyumluydu. 25 yaş altındaki genç grupta utanma, genital muayeneden korkma gibi nedenlerle, 55 ve üzeri yaş grubunda, doğurganlığın sona ermesi, cinsel aktivitenin azalması, eşinin vefat etmiş olması gibi nedenler ile katılım oranı düşük olmuştur (Tablo 8). Örnek grubuna ulaşılabilme oranı %94 idi.

Kadınların yaş ortalamaları, 31.9 ± 0.6 idi. Araştırılan kadınların %53.2'si okuma yazma bilmiyordu. Sadece okur-yazar olanların oranı ise %8.5 idi. (Tablo 9). Aynı cins ve yaş grubu için, 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'na göre (25), eğitimi olmayan kadınların en yüksek olduğu bölgelerde bile bu oran %40'dır. Buna göre Doğan kent Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan kadınların öğrenim düzeyi incelendiğinde, Türkiye'nin kırsal kesimlerinde yaşayan kadınların öğrenim düzeyinin de altında olduğu görüldü.

Ancak yaş ile eğitim durumu ters ilişkili idi. Eğitimsiz olan kadınların yüzdesi yaşla birlikte hızla artmakta idi; 19 yaş ve altı grupta diplomalıları (%53.2), diplomasızlardan anlamlı şekilde fazla idi ($p < 0.001$) (Tablo 10). Kadınların yaşları küçüldükçe diploma sahibi olanların oranındaki bu artış istatistiksel olarak anlamlı idi ve fark 30 yaştan sonra başlamakta idi. Bu bulgu, 30 yaş altı gruptaki kadınların, yaşlı kadınlardan daha iyi eğitim olanaklarına sahip olduğunu göstermektedir.

Araştırılan kadınların %90.4'ü ev hanımı iken, %9.6'sı herhangi bir işte çalışmakta idi (Tablo 11). Bu da bölgede kadınların ev ekonomisine maddi katkılarının oldukça küçük bir oranda olduğunu düşündürmekte idi. TNSA 1998'e göre, kırsal kesimde sürekli olarak çalışan kadın oranı %9.8 idi. Bu oran bizim grubumuzun oranına yakın idi.

Araştırılan kadınların %22.3'ü SSK, %10.6'sı Bağ-Kur, %16.0'sı Yeşil kartı güvencesi altında idi, ancak %45.8'inin hiçbir sosyal güvencesi yoktu (Tablo 12). Bu durum, halkın yeterli ve kaliteli sağlık hizmeti alma zorluğunun söz konusu olduğunu düşündürdü.

Kadınların %34.4'ü akraba evliliği yapmıştı. %65.6'sı ise eşi ile akraba değildi (Tablo 13).

Alparslan ve ark. aynı bölgede yaptığı bir araştırmada benzer şekilde %36.5'lik bir akrabalık ilişkisi saptamışlardır (31). Tunçbilek ve ark. İse, Türkiye'de akraba evliliklerinin %14.6, Güney Anadolu'da ise %20.0 olduğunu saptamışlardır (32). Örnek grubumuzun akraba evliliği Türkiye ve Güney Anadolu bölgesine göre daha yüksek değerler göstermekte idi. Bu yükseklik dışı kapalı toplum yapısının bir göstergesi olarak değerlendirildi ve bölgenin genetik hastalık potansiyeli göz önünde bulundurulunca sağlık açısından yeni risklerin söz konusu olduğu düşünüldü.

Araştırılan kadınların %96.1'i bir kez, %3.9'u iki veya daha fazla evlilik yapmıştı. Kadınların eşlerinin ise, %93.7'si bir kez, %6.4'ü 2 veya daha fazla evlilik yapmıştı. (Tablo 14). Ergazi sağlık ocağı bölgesinde yapılan çalışmada, evlilerin %88.5'i bir kez evlenmişti (33). Araştırma grubunda sigara içme öyküsü olan kadın oranı %14.5 idi (Tablo15).

5.2. Araştırılan Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Tartışması

Örnek grubundaki kadınların ilk adet yaşı ortalaması; 13.9 ± 1.3 idi ve yaklaşık %75'i 13-15 yaş arasında idi ve çoğunluğun (171 kişi %60.6) düzenli adet gördüğü izlendi (Tablo 16). 1995'de Karataş bölgesinde yapılan bir çalışmada ilk adet yaşı 12.8 ± 0.6 bulunmuştur (5). Menarş iklim, genetik ve psikolojik faktörler, vücut yapısı, sistemik hastalıklar, beslenme, yaşadığı bölge gibi çeşitli faktörlerin etkisinde olan bir olaydır (34,35). Adet düzensizliği olan kadınların oranı %26.2 idi ve bu bulgu literatür bulgusu ile uyumlu idi (34,35,36).

Evlenmenin yaygın olduğu ve doğumların neredeyse hepsinin evlilik içinde meydana geldiği ülkemizde, gebelik riski altına girmenin başlangıcı anlamına gelen ilk evlenme yaşı önemli bir demografik göstergedir. Kadınlarda ilk evlenme yaşı, ilk cinsel ilişki yaşı, dolayısı ile genital enfeksiyon riskinin artmaya başladığı dönem olarak da değerlendirilmiştir. Araştırılan kadınların ilk evlenme yaşları ortalaması 17.5 ± 2.8 idi. Kadınların %11.0'ı 15 yaşından önce, %79.4'ü 20 yaşından önce evlenmişti (Tablo 17). Kayseri'de yapılan bir çalışmada ilk evlenme yaşı ortancası 19 bulunmuştur (37). Çalışmamızda ise ilk evlenme yaşı ortancası 17 bulundu. Kırık'ın aynı bölgede 1990 yılında yaptığı bir araştırmada, 20 yaş altı evlenme oranı %87.2 bulunmuştur (38). Geçen süre içinde bu oranda bir azalma eğilimi görülmektedir. 1998 TNSA'na göre ilk evlenme yaşının en düşük olduğu Doğu bölgesinde bile, ortanca evlenme yaşı 18.1 idi. Ancak yaş küçüldükçe ilk evlenme yaşının da anlamlı olarak arttığı gözlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 18). İlk evlenme yaşı ile kadınların eğitim durumları arasındaki ilişki irdelendiğinde eğitim

düzeyi arttıkça ilk evlenme yaşının da anlamlı şekilde arttığı gözlemlendi (Tablo19). Özellikle 20 yaşa kadar diplomasızların anlamlı olarak azaldığı, 20 yaştan itibaren diplomalıların homojen biçimde fazla olduğu gözlenirken, eğitimin ilk evlenme yaşı gibi kadın sağlığı için çok önemli bir faktörü nasıl etkilediği görülmekte idi.

Çocuk sahibi olmaya başlanılan yaştan, hem demografik hem de anne ve çocuk sağlığı açısından önemli sonuçları vardır. Yirmi yaşından önce anne olan kadınların oranı birçok ülkede önemli bir sağlık ve toplumsal sorun olarak kabul edilen adolesan doğurganlığın boyutunu gösteren bir ölçüdür (25). 1998 TNSA'na göre Türkiye'de kırsal kesimde kuşaklar arasında en düşük ortalama ilk gebelik yaşı 19.9 idi. Araştırma grubumuzda ilk gebelik yaşı 20'nin altında olan kadınların oranı %67.9 idi (Tablo20). Ortalama gebelik yaşı 18.7 ± 2.8 , ortalama gebelik yaşı 18, mod ise 17 idi. En ideal doğum yaşının 20-29 yaşları arası olduğu bilindiğine göre erken gebelik, erken evliliğin getirdiği önemli bir risk faktörüdür (39). Eğitim düzeyi ile gebelik yaşı karşılaştırıldığında; 25 yaş altında ilk kez gebe kalanların çoğunluğunu diplomasızların, 25 yaş ve üzerinde ise diplomalıların oluşturduğu ($p < 0.05$), ancak bunun ilk evlenme yaşı ile bağlantılı olduğu görüldü ($p < 0.001$). 1998 TNSA'na göre Türkiye genelinde eğitim düzeyi ile ilk gebelik yaşının doğru orantılı olarak arttığı görülmektedir. Ancak araştırma grubumuzda kadınların eğitim düzeyleri çok düşüktü ve erken evlilik oranı yüksekti. %61.7 (174kişi)'i hiç bir okul mezunu değil, %31.9 (90 kişi)'u ilköğretim mezunu ve %6.3 (18 kişi)'ü orta ve üzeri eğitim almıştı. Erken evlenen kadının, üremenin itibarlılığı, bunun getirdiği sosyal ve psikolojik iyilik hali nedeniyle gebe kalma eğiliminde olduğu düşünüldü.

Araştırma grubundaki kadınların %10.6'sı hiç doğum yapmamıştı. %27.7'si 1-2 kez, %61.7'si 3 ve daha fazla doğum yapmıştı (Tablo 21). Kadınların ortalama doğum sayısı 3.9 ± 2.9 idi. 1998 TNSA'na göre doğurganlık düzeyleri, bölgeye ve eğitim düzeyine göre belirgin farklılıklar göstermektedir. Kırsal kesimde 5.0, kentsel kesimde 3.8'dir. Güney illerinde 4.5'dir. Bölgemizde 1999 yılında yapılan bir çalışmada doğum yapan annelerin ortalama doğum sayısı $3,1 \pm 2,1$ bulunmuştur (40). Kadınların doğum sayıları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında, eğitim durumu iyi olanlar (diplomalılar) en fazla 2 çocuk yaparken, eğitimi olmayanlar 3 ve daha fazla çocuk yapmakta idi (Tablo 22). Annelerin eğitim durumu, doğurganlık özelliklerini etkileyen tek neden olmasa da önemli bir faktördür. Her ne kadar günümüzde göze ve kulağa hitabeden iletişim araçları, okur-yazar olmayan insanları her konuda bilgilendirse de, hala eğitim seviyesi düşük olan anneler daha çok çocuk sahibi olmakta ve sonuçta daha çok anne ve çocuk

sağlığı problemleri ile karşı karşıya kalınmaktadır. Annelerin eğitim seviyesinin, verilen sağlık hizmetine ulaşmada da önemli bir etken olduğu bilinmektedir.

Araştırma grubundaki kadınların, yaptığı doğumların toplam sayısı 1103 idi. Bir ikiz doğum ile 1104 bebek doğmuştu. Doğumların 1085 (%98.4)'i normal vajinal yoldan(NVY), 18(%1.6)'i sezeryan sectio(C/S) ile yapılmıştı. NVY'dan yapılan doğumların 1049 (%96.7)'u canlı doğum, 36(%3.3)'sı ölü doğum idi. C/S ile yapılan doğumların ise 16 (%88.9)'sı canlı doğum, 2 (%11.1)'si ölü doğum idi. İstatistiksel analiz yapıldığında doğumların yapılış şekli ve sonlanım şekli açısından bir fark olmadığı görüldü ($p>0.05$) (Tablo 23).

NVY ile yapılan doğumların yarından fazlası (%56.5)'nin bir sağlık kuruluşuna başvurmadan, evde yapıldığı dikkati çekmekteydi (Tablo 24). Türkiye genelinde bu oran, 1998 TNSA'ya göre %27.5'tir (25). Ölü doğumların 21 (%58.3)'inin, yani yarından fazlasının evde yapıldığı dikkati çekmekte idi. Ama ileri istatistik analiz ile evde doğum yapılması ile doğumların canlı veya ölü sonlanım şekli arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark bulunmadı. Bu nedenle doğumların çoğunluğu evde yapıldığı için ölü doğumların da daha çok evde gerçekleştiği sonucuna varıldı ($p>0.05$) (Tablo 25).

NVY ile yapılan doğumların %44.2'si komşu-akraba yardımı ile yapılmıştı. Türkiye genelinde ise sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların oranı %19.4'tür. Bu durumun, doğumun fizyolojik bir olay olarak algılanmasından çok, eğitimsizlik ve yoksulluk sonucu oluştuğu düşünüldü. Ankara Gölbaşı'nda yapılan bir çalışmada evde komşu-akraba yardımı ile yapılan doğum oranı %41.4 idi (28). Bu oran bizim oranımızın altında idi.

NVY ile yapılan 36 ölü doğumun 19 (%52.8)'u komşu-akraba yardımı ile 10(%27.8)'u ebe, 7 (%19.4)'si ise doktor yardımı ile yapılmıştı. Sezeryanla yapılan 18 doğumun 16 (%88.9)'sı canlı, 2 (%11.1)'si ölü doğum idi. NVY ile yapılan doğumların istatistiksel analizinde doğumun sağlık personeli tarafından veya sağlık personeli dışı kişilerin yardımıyla yapılması ile canlı veya ölü sonlanması açısından anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 26). TNSA 1998'e göre ölü doğum oranı %2'dir. Grubumuzdaki oran ise %3.4 idi. Bu yüksek oranda; evde, uygunsuz koşullarda, ehliyetsiz kişilerce yaptırılan doğumların etkisi olduğu gibi doğum öncesi bakım eksikliğinin de bir sonucu olduğu düşünüldü. Hem bebek hem de anne mortalite ve morbiditesi açısından konu ile ilgili merkez ve ehliyetli kişilerin seçiminde de eğitimin artırılması çok önemli aşamalar kaydettirecektir. Ölü doğum yapan kadınların eğitim durumları ile ölü doğum yapma ve yapmama durumları karşılaştırıldığında fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 27).

Kadınların yaptıkları düşükler değerlendirildiğinde; kadınların %32.3'ü en az 1 düşük yapmış, bunların %72.5'i istemsiz, %17.6'sı istemli, %9.9'u hem istemli hem de istemsiz düşük yapmıştı (Tablo 28). TNSA 1998'e göre kendiliğinden düşük oranı %8.7, istemli düşük oranı ise %14.5'dir. Kadınlarda istemsiz düşükler yüksek, istemsizler düşük oranda bulunmuştur. Kayseri ilinde yapılan bir çalışmada, kadınların %43.9'unun en az bir kez düşük yaptığı; bu oranın isteyerek düşüklerde %25.9 ve kendiliğinden olan düşüklerde %27.7 olduğu saptanmıştır (28). Doğankent'te 1990 yılında yapılan bir çalışmada istemli düşük oranının %14.8 olduğu bulunmuştur (38). Araştırılan kadınlardan düşük yapan 91 kişinin 55(%60.4)'ünün okur yazar olmadığı tespit edildi (Tablo 29). Yapılan istatistiksel analizde kadınların eğitim durumları ile düşüklerin istemli olup olmaması arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Ancak, çocuk sayısı arttıkça, toplam düşük sayısının da arttığı gözlenmiştir. Grubumuzdaki kadınlarda, istemli düşük oranının daha düşük olması, aile planlaması yöntem kullanımının yaygınlaşması ile istenmeyen gebeliklerin azalması, Menstrüel regülasyonun günah olduğuna inanılması ve genellikle geniş aile ortamında ebeveyn baskısı nedeni ile gebe kalan kadının, çocuğunu dünyaya getirme eğiliminde olmasına bağlandı.

Araştırma grubundaki kadınların %11.0'inde infertilite vardı. 1990 nüfus sayımı sonuçlarına göre 15-49 yaş arası evli kadınlardaki infertilite oranı %8.5 idi (25). Bu oran bizim grubumuzun oranından düşüktür. İnfertilite, genital enfeksiyon öyküsü olanlarda (%18.5), olmayanlara (%8.8) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla görülmekte idi (Tablo 30). Cinsel yolla bulaşan hastalıkların büyük çoğunluğu belirtisizdir. Bu hastalıkların sonuçlarından biri de infertilitedir. Tedavi edilmemiş pelvik enflamatuvar hastalığı olan kadınların %55-85'inin infertil olduğu gösterilmiştir (41). Eğitim ve ekonomik düzeyi düşük olan bölgemizde, infertilite oranının yüksekliğinin nedeninin genital enfeksiyonlar olabileceği düşünüldü.

5.3. Araştırılan Kadınların Aile Planlaması Kullanımı ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması

Araştırma grubumuzdaki kadınların %55.0'ı halen bir aile planlaması yöntemi kullanmakta idi (Tablo 31). Türkiye'de halen evli kadınların %64'ü gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır (25). Örnek grubumuzda korunma yüzdesi Türkiye ortalamasının altında idi. Bu durumun oluşmasında, fazla sayıda çocuk isteğinin yanında, kontrasepsiyonun günah olduğu, abdesti bozacağı ve kısırlık yapacağı şeklinde yanlış inançların da rol oynadığı düşünüldü.

Araştırma grubundaki kadınların %26.6'sı RIA, %12.7'si kondom, %7.1'i coitus interruptus(Geri çekme), %4.6'sı cerrahi yöntem, %1.8'i oral kontraseptif, %1.4 depo preparatlar, %0.4'ü köpük tablet kullanmakta idi (Tablo32). Türkiye genelinde kadınların %38'i modern yöntem, %26'sı geleneksel yöntem kullanmakta, %36'sı ise yöntem kullanmamakta idi (25). Şahinöz ve arkadaşlarının Kayseri'de yaptığı bir çalışmada modern yöntem kullanma oranı %54.8, geleneksel yöntem kullanma oranı %6.7'dir (42). Grubumuzdaki kadınların %46.5'i modern yöntem, %6.7'si geleneksel yöntem kullanmakta, %46.8'i ise hiçbir yöntem kullanmamakta idi. Kırık'ın aynı bölgede, 1990 yılında yaptığı bir çalışmada modern yöntem kullanımı %42 bulunmuştur (38). Geçen süre içinde modern yöntem kullananların oranı olumlu yönde artmıştır. Halen aile planlaması yöntemi kullanan kadınların en çok kullandığı yöntem, %26.6 oranı ile RIA idi. Türkiye'de şu anda kullanılan en yaygın yöntem coitus interruptus'tur ve kadınların %24'ü bu yöntemi kullanmakta, %19.8'i RIA kullanmaktadır. Kadınların herhangi bir yöntem kullanım oranı düşük olsa da, modern yöntem kullanımı Türkiye ortalamasının üzerindedir. Bu yükseklikte, sağlık ocağında kadınlara verilen aile planlaması hizmetlerinin etkisi olduğu sonucuna varılabilir. Araştırma grubu kadınlarda %12.7 kondom kullanım oranı da, Türkiye genelinin %8.2 oranına göre yüksekti. Buna karşılık, oral kontraseptif tablet kullanım oranı düşük bulundu. Hapin kullanımındaki zorluklar, ilaçların infertilite yapacağı, sağlığa zararı olduğu inancı ve sigara kullanımının, hap kullanmayı etkilediği söylenebilir. Modern yöntem kullanım oranını arttırmak için I.basamakta verilen danışmanlık kadar, kadının izlemi de önemlidir. İzmir 16 No.lu AÇSAP merkezinde yapılan bir çalışmada gebelik, bebeğini muayene ettirmek gibi nedenlerle gelen kadınların 18 aylık izlemi sonucunda çalışma grubunun %91.8'inin etkin bir aile planlaması yöntemi kullanmaya başlamışlardır (43).

Araştırılan kadınlarda aile planlaması kullanımının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde 20 yaşından itibaren 34 yaşına dek çoğunluğun yaş farkı olmaksızın, düzenli yöntem kullandığı, 35 yaştan itibaren bu farkın ortadan kalktığı, 20 yaşın altında ise çoğunluğun (%66.0)yöntem kullanmadığı gözlemlendi ($p<0.05$)(Tablo 33). Türkiye 1998 Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre, en fazla yöntem kullanma oranı 35-39 yaş grubundadır.

Araştırılan kadınların %66.7'si halen veya geçmişte bir aile planlaması yöntemi kullanma hikayesi vermekte idi. Buna karşılık %33.3'ü hiç yöntem kullanmamıştı. Yöntem kullanmaya, bu kadınların %33.0'ü yaşayan 1 çocuktan sonra, %19.7'si 2 yaşayan çocuktan sonra, %47.0'u ise 3 ve üzeri çocuktan sonra başlamıştı. Yapılan inceleme sonucunda, AP yöntemine başlamadan

önceki çocuk sayısının düzenli AP kullanımının üzerinde etkisi olmadığı görüldü ($p>0.05$)(Tablo34).

İki veya daha az çocuk sahibi olmakla, 3 veya daha fazla çocuk sahibi olmak arasındaki farkın kullanılan yöntem çeşidine göre farkı incelendiğinde, düzenli olmak şartı ile modern ve geleneksel yöntemler arasında fark olmadığı görüldü. Ancak 2 veya daha az çocuk sahibi olanların çoğunluğu (%58.9) yöntem kullanmaz veya yöntemi düzensiz kullanmakta iken, 3 çocuktan itibaren bu oranın %38.8'e düştüğü ve farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (Tablo 35).

Kadınların eğitim durumlarına göre yöntem kullanma özellikleri incelendiğinde, düzenli olmak şartı ile modern veya geleneksel yöntem kullanımı ile hiç veya düzenli kullanmama arasında eğitim farkı bulunamadı. Ancak diplomasızların çoğunluğu (%58.6), geleneksel yöntem kullanmakta ya da hiç veya düzensiz yöntem kullanmakta iken, diplomalıların çoğunluğu (%54.6), modern yöntem kullanmakta idi ve fark istatistiksel olarak anlamlı idi (Tablo 36 ve 37).Türkiye genelinde, eğitimi olmayanların yöntem kullanmama oranı %49.6, ilkokul mezunu olanların oranı %32.9, orta ve üzeri okul mezunu olanların oranı ise %24.7'dir (25). Bu beklenen bir bulgudur. Aile planlaması çalışmalarının başarılı olabilmesi için, kadınların eğitim düzeylerinin yükseltilmesinin zorunlu olduğu kanısındayız. Daha önce herhangi bir yöntem kullandığı (geleneksel veya modern) halde yöntem değişikliği yapan kadın oranı %47.2 saptandı (Tablo 38). Diğer yöntemlerden çoğunlukla RİA'ya geçiş olduğu gözlemlendi. Bunun da Aile Planlaması hizmeti veren personelin çalışması sonucu olduğu düşünüldü.

Kadınların ortalama cinsel temas sayıları incelendiğinde, %35.5'i haftada 1 ve daha az, %52.1'i haftada 2-4 kez, %9.9'u ise haftada 5ve daha fazla temasta bulunuyordu (Tablo 39). Ortalama cinsel temas sayısı ile benign hücre değişikliği veya normal dışı hücre değişikliği tanıları incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü. Kadınların doğumdan sonraki koitus zamanları incelendiğinde %71'inin ilk koitus zamanının 40 günden sonra olduğu bulunmuştur (Tablo 40). Koitus zamanı ile servikal erezyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu .

5.5. Araştırılan Kadınların Jinekolojik Öyküleri ve Yakınmalarının değerlendirilmesi

Örnek grubun daha önce geçirdiği jinekolojik hastalıklar sorulduğunda, %69.1'inin herhangi bir öyküsü yoktu. %2.4'ünün ise birden fazla hastalık öyküsü vardı. %25.3'ünde genital

enfeksiyon, %5.2'sinde servikal erezyon, %1.0'ında over kisti, %0.7'sinde histerektomi öyküsü, %0.3'ünde disfonksiyonel kanama öyküsü vardı (Tablo41).

Araştırma grubundaki kadınlara “halen kadın hastalığının var mı” sorusu soruldu. Kadınların %37.2'si “evet”, %41.1'i “hayır”, %21.6'sı ise “bilmiyorum” yanıtını verdi (Tablo 42). Oysa sağlık ocağında yapılan mikroskopik tetkik sonucuna göre %63.9 oranında bir genital enfeksiyon, smear sonucuna göre ise %76.4 oranında benign hücre değişikliği, %1.8 oranında normal dışı hücre değişikliği görüldü. Buna göre kadınların önemli bir kısmının hastalıklarının farkında olmadıkları açıktır.

Kadınların son doğumdan sonra akıntılı hastalık geçirme oranı %35.6 idi (Tablo 43). Doğum sonu akıntılı hastalık geçiren kadınların, doğum sonu koitus zamanları incelendiğinde, doğumdan sonraki 15. günden sonra koitus hikayesi veren kadınların çoğunluğu akıntılı hastalık geçirmezken, 15 günden önce koitus hikayesi verenlerin %60.0'ında doğum sonu akıntılı hastalık öyküsü vardı ve fark istatistiksel olarak anlamlı idi (Tablo 43). Bu durum doğum travmasının çok yeni olduğu puerperim devresinde yapılan koitusun enfeksiyon riskini artırdığını göstermektedir. Puerperium devresinde koitus yapan kadınların büyük bir bölümü ise, beklenmesi gerektiğini bilmediklerini söylemişlerdir. Bunun da sağlık personeli için, gebe takibi sırasında kadına verilen eğitimde, unutulmaması gereken bir konu olduğu düşünüldü.

Araştırılan kadınların %48.2'si düşük yapmıştı. Bu kadınlardan düşük sonrası akıntılı hastalık geçirme öyküsü olan kadın oranı %33.1 idi (Tablo 44). Bu kadınların düşük sonrası koitus zamanı ile, düşük sonrası akıntılı hastalık geçirme durumları incelendiğinde, düşük sonrası 15 günden önce koitus gerçekleştiğinde akıntılı hastalık, istatistiksel anlamlı şekilde daha fazla, aralarında anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Doğumda olduğu gibi, düşük sonu koitus zamanı da ne kadar erken ise, akıntılı bir hastalık geçirme riski o kadar yüksek olduğu tespit edildi.

Araştırma grubundaki kadınların halen var olan jinekolojik yakınmaları sorulduğunda en sık görülen ilk üç şikayet, bel ağrısı (%72.3), akıntı (%54.6) ve karın ağrısı (%40.8) idi (Tablo 45). Daha önce yapılmış çalışmalara bakıldığında Adana Karataş'ta ilk üç yakınmanın, akıntı, bel ağrısı, kasık ağrısı, İstanbul Yenibosna'da yapılan bir çalışmada akıntı, menstruasyon bozukluğu ve bel-kasık ağrısı, Gambia kırsal bölgesinde yapılan bir çalışmada ise, menstruel problemler, infertilite ve akıntı olduğu saptanmıştır (5,44,45). Kadınların yakınmalarını, benzer bir çalışma ile karşılaştırdığımızda, sırası ile; Bel ağrısı %72.4, %69.7, Akıntı %54.6, %56.3, Dismenore %39.8, %35.6, Disparoni %39.2, %37.2, Adet düzensizliği %23.4, %21.7, Menoraji %6.7, %18 idi.

Menoraji dışında diğer bulgular araştırmamızla uyumlu idi. Bölgemizde menoraji oranı düşük bulundu.

Halen akıntısı olduğunu söyleyen kadınların oranı %54.6 idi (Tablo 46). Akıntı süresi 1 hafta ile yaklaşık 4 yıl arasında (200 hafta) değişmekte, ortalama akıntı süresi 40.3 ± 49.9 , ortancası ise 20 hafta idi. Bu durumun, akıntının doğal bir olay olarak kabul edilmesi veya genital muayenenin getireceği sıkıntı nedeni ile bir sağlık merkezine başvuru da gecikmenin sonucu olduğu düşünüldü. “Halen akıntın var mı” sorusuna “evet” yanıtı veren kadınlardan %48.1’inin direkt mikroskopik incelemesi (DMİ) sonucu normal, %51.9’unun ise enfeksiyon tanısı vardı. Hayır yanıtı verenlerden %43.8’inin DMİ sonucu normal, 72 (%56.3) kişinin ise enfeksiyon tanısı vardı. Akıntı yakınması ve DMİ ile enfeksiyon tanısı arasında görülen karmaşa da, yine akıntının kadınlar tarafından fizyolojik veya patolojik olup olmadığının bilinmemesinden kaynaklanmakla birlikte, genital enfeksiyonların büyük ölçüde asemptomatik olmasının etkisi vardır. Geçerli bir değerlendirme için, yakınmalar ve muayene mutlaka laboratuvar ile desteklenmelidir (46).

Kadınların eşlerinde ürogenital hastalık öyküsü olması ile fresh preparatların mikroskopik incelemesi sonucunda enfeksiyon varlığı karşılaştırıldığında ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 47). Fresh preparatta rastlanan enfeksiyon tiplerine göre kadınların eşlerinde enfeksiyon öyküsü varlığı karşılaştırıldığında, *Trichomonas* dışında tüm enfeksiyon tiplerinin eşlerinde enfeksiyon varlığı ile artış göstermediği tersine daha az gözlemlendiği saptandı. Farkı yaratan *Trichomonas* ise her iki durumda da eşit gözlenmekte idi (Tablo 48). Trichomoniasis son yıllarda, cinsel ilişki yolu ile geçen parazit kökenli en yaygın hastalık olarak ortaya çıkmıştır (63). Partner sayısı, multiple partner varlığı enfeksiyon oluşumunu ve yayılımını ciddi oranda etkilemektedir (64) Eş tedavisi kesinlikle ihmal edilmemelidir.

Örnek gruptaki kadınların %62.1’i bögür ağrısından şikayet etmekte idi (Tablo 49). Ancak idrar örneğinin tetkik sonucunda, enfeksiyon oranı %29.4 idi. Bu yakınmanın bel ağrısının, ayırıcı tanısının geniş kapsamlı olması nedeni ile yüksek çıktığı düşünüldü.

Araştırma grubundaki kadınların %16’0 ında idrar inkontinansı vardı (Tablo50). Bunların 15 (%33.3)’inde inkontinans 1 çocuktan sonra, 9 (%20.0)’unda 2 çocuktan sonra, 21 (%46.7)’inde ise 3 ve daha fazla çocuktan sonra başlamıştı. Ortalama 3.4 ± 2.8 doğumdan sonra başlamıştı. Karataş’ta yapılan çalışmada bu oran %32.4, Ergazi sağlık ocağında yapılan bir çalışmada ise %36.2 bulunmuştur (5,33). Araştırma grubunda, inkontinansı olanlarda pelvik relaksasyon varlığı, inkontinansı olmayanlarda pelvik relaksasyon varlığına göre yaklaşık 14 kat

daha fazla hesaplandı (Tablo 51). İdrar inkontinansının ayırıcı tanısı çok geniştir, idrar inkontinans (idrar kaçırma) sıklığı yaş ile artmak ile birlikte, yaşlanmanın normal bir parçası değildir ve önemsiz bir yakınma değildir (3).

5.6.Jinekolojik Muayenede Tespit Edilen Muayene Bulgularının Değerlendirilmesi

Bazı jinekolojik problemler, gelişmekte olan ülkelerde daha yaygın olarak görülmektedir. Ancak genel sağlık olanaklarının düzelmesi ile bu sorunlar giderek azalmaktadır. Gelir düzeyinin düşüklüğü ve malnütrisyon birlikte seyretmekte ve kontamine gıda ve su kaynaklarından köken alan hastalıklar jinekolojik problemlerin artmasına katkıda bulunabilmektedir. Parazitik enfeksiyonlar, diyet yetersizliği ve kalıtsal hemoglobinopatilerden kaynaklanan anemi de yaygın olarak görülmektedir (47).

Tıbbi personel, ekipman ve ilaç yetersizliği sorunları artırmaktadır. Ayrıca, utanma, erkek doktora muayene olmak istememe gibi eğilimler hastalıkların kronikleşmesine neden olmaktadır.

Araştırılan grupta en önemli ilk dört hastalık; genital enfeksiyonlar (%53.9), üriner enfeksiyonlar %29.4, Servikal erezyonlar %25.7 ve pelvik relaksasyonlar %12.4 idi. Tüm kadınlarda rastlanan patolojik muayene bulgusu sayısı 313 idi. Kadın başına düşen patolojik muayene bulgusu sayısı ortalama 1.6 idi (Tablo 52). Daha önce yapılan benzer çalışmada da, kadın başına düşen patolojik muayene bulgusu ortalaması 1.7 bulunmuştur (5). Bu oran çalışmamız ile uyumlu idi.

Araştırma grubundaki kadınların %25.7'sinde servikal erezyon vardı. Bunların %10.4'ü doğum yapmamıştı ve bu grubun sadece %9.4'ünde servikal erezyon tespit edildi. Yapılan istatistiksel analizde kadınların doğum yapma durumu ile servikal erezyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı. Erozyonu olanlarda doğum yapmış olma, erozyonu olmayanlardaki doğum yapmış olmaya göre yaklaşık 3.5 kat daha fazla idi (Tablo53). Daha önce yapılmış araştırmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (5). Doğum yapan kadınlarda daha fazla erozyon görülmesinin doğum sayısı ile ilişkisi incelendiğinde istatistiksel bir fark bulunamadı (Tablo 54).

Düşük sayıları ile servikal erezyon varlığı karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 55).

Kadınların yapılan muayenesinde %12.4 oranında pelvik relaksasyon tespit edildi (Tablo 56). Bu kadınların pelvik relaksasyonlarının yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde

%65.7'sinin 35 ve üzeri yaş grubunda olduğu görüldü. Yapılan istatistiksel analizde yaş ile pelvik relaksasyonlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı, yaş arttıkça pelvik relaksasyonlarda da artış görülmektedir. Farkı yaratan 35 yaş ve üzeri gruptur. Bu durum literatür ile uyumludur. Yaş arttıkça, hormonal değişikliklerin kollojen üzerine etkisi ile pelvik relaksasyonlarda da artış görülmektedir, bu etkiler gebelik ve doğumda da çok önemlidir (48,49).

Pelvik relaksasyon ile doğum yapma durumu incelendiğinde, relaksasyon doğum yapan grupta %13.9 oranında görülürken doğum yapmayan grupta %0.0 oranında gözlenmekte idi. Yani doğum yapmak relaksasyonu anlamlı şekilde arttırmakta idi ($p<0.05$) (Tablo 57). Benzer çalışmalarda da pelvik relaksasyonun doğum sayısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (5,33).

5.7. Araştırılan Kadınların Laboratuvar Bulgularının Değerlendirilmesi

Genital enfeksiyonlar, seksüel yönden aktif kadınlarda daha sıktır. Bu enfeksiyonlar erken dönemde tedavi edilmez ise, infertiliteden neoplastik transformasyonlara kadar yaygın enfeksiyonlara neden olabilir. Araştırmamızda kadınların %46.1'inin akıntı örneği normal, %53.9'unun ise patolojik bulundu (Tablo 58). Trabzon'da Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi polikliniğinde yapılan bir çalışmada bu oran %53.8 bulunmuş ve bizim grubumuzun oranı ile uyumlu olduğu görülmüştür (50).

Patolojik örneklerden %37.5'ine *Gardnerella vaginalis* tanısı kondu, bu literatürle uyumlu olarak en sık görülen etken idi. Benzer çalışmalarda bu oran %28.2, %29.1, %32.2'dir. (44,51,52) *Gardnerella vaginalis* her ne kadar vaginaya yerleşebilen bakteriler olsada, yapılan çalışmalar genital enfeksiyonun yanında, üriner enfeksiyonlara da neden olduğunu göstermiştir.(53,54) *Candida* görülme oranı, patolojik örneklerin %36.8'i idi. Sivas Doğumevi'nde 2001 yılında yapılan bir çalışmada *Candida* oranı %36.6 bulunmuştur, bu oran bizim çalışmamız ile uyumlu idi (55) Vietnam'da kırsal bölgede yaşayan kadınlarda yapılan bir çalışmada, *Candida* %13.6 oranında bulunmuştur. Ancak yazarlar bu oranın, örneğin alındığı dönemin, menstrüel siklusun luteal fazda olmamasından dolayı düşük olduğunu ileri sürmektedirler. Bu çalışmada sitolojik yönden pozitif smearlarda *Candida* görülmemiş, diğer yandan negatif smearlarda ise yüksek oranlarda *Candida* saptanmıştır. Yazarlar şaşırtıcı olarak yüksek candida enfeksiyon oranı ve düşük tıbbi tedavi şansının olduğu popülasyonlarda *Candida*'nın direkt veya indirekt olarak servikal karsinogenezi durdurduğu veya yavaşlattığı hipotezini ileri sürmüşler, ancak verilerin bu hipotezi doğrulamak için yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (56). Bizim çalışmamızda da normal

dışı hücre değişikliği olan hastalarda da *Candida* enfeksiyonu görülmedi.

Örneklerin %23.0'ında lökosit oranı epitelden fazla idi. Bu örnekler İltihabi vaginit olarak değerlendirildi. Yenibosna'da yapılan benzer çalışmada lökosit oranı %24.6 bulunmuştur (44). Bu oran çalışmamız ile uyumlu idi.

Patolojik örneklerin %2.6'sına *Trichomonas vaginalis* tanısı kondu. Bulut'un yaptığı çalışmada bu oran çalışmamız ile uyumlu olarak %2.9 idi. Gambia kırsalında yapılan bir çalışmada, *Trichomonas vaginalis* %6.2 oranında bulunmuştur. Bu bölgede %54.3 oranındaki poligami varlığının, bu yükseklikte etken olduğu düşünüldü (45). Hem direkt inceleme hem de Giemsa boyama ile yapılan bir çalışmada ise bu oran %3.8 bulunmuştur (57). *Trichomonas vaginalis* enfeksiyonu hamile iken enfekte olan kadınlarda, erken membran rüptürü, erken doğum, doğum sonu ateş ve akıntı ile seyreden post-partum sendrom'a neden olmaktadır. *T.vaginalis* enfeksiyonu vagina ve serviks lenfosit ve makrofaj gibi HIV ile enfekte hücrelerin toplanmasına neden olup bu virusun bulaşını kolaylaştırmaktadır (58,59). Bu nedenlerle *T.vaginalis*'in erken tanısı için I.basamakta tetkik edilmesi ve tanı konması çok önemlidir. Yapılan bir çalışmada 269 kadından örnekler alınmış ve direkt mikroskopik inceleme (DMİ)'nin duyarlılığı %76.5 bulunmuştur. Bu oran Modifiye Diamond besiyeri kültür duyarlılığından (%94.1) sonra en yüksek ikinci duyarlılıktır (60) Toker ve arkadaşlarının çalışmasında ise DMİ duyarlılığı %73 bulunmuştur (61). Bu yöntem en pratik, en ucuz, en az zaman ve emek gerektiren ve kolay ulaşılabilen yöntemdir.

Araştırılan kadınların servisit kliniği özellikleri gösteren 21 (%7.5)'inden alınan akıntı örneğine Gram boyaması yapıldı, ancak *Neisseria gonorrhoeae*'ye rastlanmadı. Direk mikroskopi ile yapılan benzer çalışmalarda da Gram boyaması ile *N. gonorrhoeae*'ye rastlanmamıştır (45,57,62). Endoservisit'in tanısının sarı ya da yeşil renkli pürülan endoservikal akıntının varlığı ile konmasının, şüpheli enfeksiyonlarda kültür yapılmasının daha uygun olacağı düşünüldü (66).

Kadınların enfeksiyon tanısı alması ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı. Aile planlaması yöntemi kullanma durumu ve yaş ile de anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 59, Tablo 60, Tablo 61).

Özellikle cinsel olgunluk çağındaki kadınların üriner enfeksiyon açısından en riskli grup olduğu bilinmektedir. Araştırılan kadınların idrar örneklerinin tetkiki sonucunda, %29.4'ünün idrar yolu enfeksiyonu olduğu, %70.6'sının ise normal olduğu tesbit edildi. Kadınların yaş grupları ile İYE durumları değerlendirildiğinde, İYE'u tanısı alanların %21.7'si 15-24 yaş

grubunda, %26.5'i 25-34 yaş grubunda, %51.8'i ise 35 ve üzeri yaş grubunda idi. Yaş grubu yükseldikçe, İYE oranının özellikle 35 yaş üzerinde anlamlı olarak arttığı gözlemlendi (Tablo 62). Bu da yıllar geçtikçe, çocuk sayısının arttığı, bununla birlikte sorumluluğun arttığı ve hijyen kurallarına daha az uyulduğu şeklinde yorumlandı. Çocukluk yaş grubunda ise annede üriner enfeksiyon geçirme öyküsü önemli bir risk faktörüdür (65) Bu nedenle annenin korunma veya tedavisinin çocuğu da sekonder olarak koruyacağı düşünüldü.

Kadınların İYE'nin eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, eğitim durumu ile İYE tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (Tablo 63).

Araştırılan kadınların %0.7'si histerektomi operasyonu geçirdiği için smear örneği alınamadı. %17.2'sinin smear tetkik sonucu Normal Hücre Popülasyonu, %4.6'sının sonucu "Endoservikal ve metaplazik hücre görülmedi" (yetersiz) şeklinde idi. 219 (%78.2) kişinin sonucu patolojik çıktı. 214 (%97.7)'ü Benign hücre değişikliği, 5 (%2.3)'i ise Normal dışı hücre değişikliği tanısı aldı (Tablo 64). Bumin'in yaptığı benzer bir çalışmada, %4.8'i normal (Klas I), %91.8'i (Klas II), %2.4'ü (Klas III), %0.5'i (Klas IV) ve %0.5'i yetersiz idi (25).

Çalışma grubundan yapılan smearlerin analiz sonuçlarına göre, %77.1'i iltihap tanısı aldı. Bu oran, bizim DMİ sonuçlarımız (%53.9)'dan oldukça yüksekti. Bu yüksekliğin, servikal yaymaların boyanarak ve daha hassas gözlerle yapılan bir incelemeden kaynaklandığı düşünüldü.

Normal dışı hücre değişikliği, tanısı konan hastaların, yeniden alınan smear örneklerinde HSVII, HPV ve Clamidia araştırıldı, ancak tüm sonuçların negatif olduğu görüldü. Bu hastaların sigara içme öyküleri değerlendirildiğinde, hiçbirinin öyküsünün olmadığı görüldü. Bu durumu yorumlamak için örnek grubumuzun ve normal dışı hücre değişikliği, tanısı konan hasta sayısının yetersiz olduğu düşünüldü.

HSIL tanısı alan kadın 45-49 yaş grubunda, LSIL tanısı alan 40-44 yaş grubunda idi. Tütüncü ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, servikal displazi saptanan hastaların yaş ortalaması 40.84 ± 10.71 idi (67).

Sağlıklı görünen kişilerde hastalığın tespitine yönelik arama-tarama (screening)'larda uygun hastalık, uygun yöntem seçilmesi esastır. Serviks kanseri kitle arama-taraması için uygun bir tümördür. Çünkü; önemli bir sağlık sorunudur, mortalitesi yüksektir, preinvaziv-invaziv latent devresi vardır, erken evrelerde elde etkin tedavi yöntemleri ile %100 kür sağlanabilmektedir. Hastalığın preinvaziv-preklinik dönemde tanınması ve tedavi edilmesi sağlık harcamalarını önemli oranda azaltır (68,69). Bu tarama testlerinin de, ulaşılması en kolay olan I.basamak sağlık

hizmetlerinin sunulduğu sağlık ocakları ile aile planlaması merkezlerinde yapılması ve toplanan örneklerin, uygun yerlerde kurulacak patoloji laboratuvarlarında incelenmesi uygun olacaktır kanısındayız. Servikal kanserlerde kullanılacak uygun tarama yöntemi servikal sitoloji (pap test)'dir. Çünkü; uygulanımı kolay, ucuz, güvenilir, kolay kullanılabilir ve sonuçlar tatminkardır.

Gelişmiş ölkelerde 1950'li yıllarda serviks kanseri insidansı meme kanseri insidansı ile aynı iken, 1990'larda mortalite sıralamasında 6. sıraya düşmüştür. Bu azalmada en büyük rolü etkili bir servikal smear tarama programı uygulanmasındır. Ölkemizde de, taramanın etkin olabilmesi için konunun sağlık politikası olarak ele alınması ve değeriendirilmesi gerekmektedir. Taramanın yaygınlaştırılması ile hastalık, preinvaziv ya da mikroinvaziv dönemde tespit edilecek, uygun tedavi ile kür sağlanacaktır. Böylece toplumdaki hasta sayısını azaltabilir, hastalık ve tedaviye bağlı morbidite ve mortalite'yi aşağı çekebiliriz. Sağlıklı görünen hastaları yeniden topluma kazandırabilir, toplumun sağlık düzeyini yükseltebiliriz.

SONUÇ

Ç.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalına bağlı Doğankent S.E.A. Bölgesindeki Doğankent sağlık ocağında yapılan ve 15 yaş üzeri evli ve gebe olmayan kadınlardan seçilen 300 kişilik örnek grubunda yapılan bu çalışmanın sonuçları şöyle özetlenebilir.

1- 15 yaş üstü kadınların yaş dağılımı, meslek dağılımı, akrabalık durumu Türkiye değerleri, özellikle kırsal kesim değerleri ile benzeşmekte idi.

2- Araştırılan kadınların öğrenim düzeyi Türkiye ortalamalarına göre düşük idi. Ancak gençler daha eğitilmiş idi.

3- Tek evlilik ve akraba evliliği oranı yüksek idi.

4- Kadınlar erken adet görmekte, erken evlenmekte ve buna bağlı erken gebe kalmakta idi.

5- Kadınların ortalama 3.9 olan doğum sayısı Türkiye'nin kentsel kesimi ile uyumlu ve eğitimle ilişkili idi.

6- Doğumların hemen hemen tamamen NVY ile ancak yarısından fazlası sağlık kuruluşu dışında gerçekleştirilmişti ve Türkiye ortalamasından kötü durumda idi.

7- Ölü doğum oranı Türkiye değerlerinin 2 katının üzerinde idi ve çoğunluğu evde yapılmakta idi.

8- İstemsiz düşük oranı Türkiye'nin üzerinde, temelde dini inanışlar nedeniyle veya çevre baskısı nedeniyle olmak üzere istemli düşükler, Türkiye'ye göre daha az sayıda idi.

9- İnfertilite oranı Türkiye'den yüksekti.

10- Aile planlaması yöntemi kullananlar %50'den fazla olmakla beraber Türkiye'den düşük oranda idi. Ancak %87 gibi bir oranda modern yöntem kullanımı Türkiye'nin 2 katından fazla idi. Eğitimle bağlantılı idi. Ayrıca Türkiye'de başta gelen yöntem coitus interruptus gibi etkin olmayan bir yöntem iken, araştırma bölgesinde RİA gibi modern bir yöntemdi. Özet olarak aile planlaması etkin ve yaygın bir şekilde kullanılmakta idi.

11- Kadınların yarısında, şikayetleri olmamakla beraber, genital enfeksiyon saptandı.

12- Kadınların 1/3'ünde doğum sonrası akıntı vardı.

13- En çok belirtilen şikayetler bel ağrısı (%72.3), akıntı (%54.6) ve karın ağrısı (%40.8) idi.

14- Böğür ağrısı 2/3 oranında görüldü, ancak bunların 1/2'sinde idrar yolu enfeksiyonu saptandı.

15-İdrar inkontinansı %16.0 oranında saptandı. Ortalama 3.4 doğumdan sonra başlamakta idi.

16-Araştırmada saptanan ilk 4 hastalık genital enfeksiyonlar, üriner enfeksiyonlar, servikal erozyonlar ve pelvik relaksasyonlar idi. Kadın başına 1.6 patolojik muayene bulgusu saptandı.

17-Servikal erozyon ¼ oranında saptandı. Doğum yapma ile ilişkili idi.

18-Pelvik relaksasyon %12.4 oranında tespit edildi. 35 yaş ve üzerinde artmaktaydı ve ½'sinde doğum sayısı 5 ve üzeri idi.

19-Laboratuvarda akıntı incelemelerini yarından fazlasında patoloji bulundu. En sık rastlanan patojen *G.vaginalis* (%37.5) ve *Candida* (%36.6) idi. *T.vaginalis* %2.6 oranında görüldü.

20-İltihabi vaginit %23.0 oranındaydı.

21-Gonore saptanmadı.

22-İdrar yolu enfeksiyonu idrar analizi sonucunda %29.4 oranında saptandı.

23-Servikal smearların %78.2'si patolojik sonuç verdi. Bunların %97.7'si "benign hücre değişikliği", %2.3'ü ise "normal dışı hücre değişikliği" tanısı aldı. Smear'lerin %77.1'inde iltihap saptandı.

24-Serolojik olarak smear'larda HSV-II, HPV ve *Chlamydia* saptanmadı.

ÖNERİLER

Üreme sağlığına yönelik birçok olumsuzluğun temelinde bilgi eksikliği veya yanlış inanışlar yatmaktadır. Bu nedenle eğitim birçok sorunu çözecektir.

I.basamakta üreme sağlığı hizmeti veren sağlık personeline hizmet içi eğitim verilmesi ve laboratuvar imkanlarının geliştirilerek, evli kadınlara yapılacak genital enfeksiyon taraması ile genital enfeksiyonlara daha doğru ve erken tanı konacak, böylece kadın sağlığı düzeyi yükselecektir.

I.basamakta üreme sağlığı hizmetlerine smear taraması da eklenmeli ve böylece, gelişmiş ülkelerde 1950'lerdeki ilk sıralardan 1990'lardaki 6.sıraya inişi gibi ülkemizde de serviks karsinomundan ölümler azaltılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1.T.C:Hükümet-UNICEF. *Türkiye 'de anne ve çocukların durum analizi*. Ankara: Yeniçağ Matbaası, 1991: 137-139.
- 2.Atasü T, Şahmay S. *Jinekoloji (Kadın Hastalıkları)*. 1.Baskı, İstanbul: Üniversal Dil Hizmetleri ve Yayıncılık A.Ş, 1996.
- 3.Berek JS, Adashi EY, Hillard PA. Genitoüriner infeksiyonlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar. *Novak Jinekoloji*. 12. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, 1998.
- 4.Neyzi O, Yolsal N. *Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tanı ve Tedavi Rehberi*.1.Baskı, İstanbul: Aşama matbaacılık Ltd., Şti, 1997: 49-50
- 5.Apan A.Doğankent S.E.A. Karataş Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaşındaki Evli Kadımlarda Genitoüriner Enfeksiyon Sıklığı. *Uzmanlık Tezi*, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D, Adana, 1995.
- 6.Eschenbach DA, Hillier S, Critchlow C, Stevens C, De Rouen T, Holmes KK. Diagnosis and clinical manifestations of bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol*, 1988; 158: 819-28.
- 7.Larsson P, Platz-Christensen JJ, Thejls H, Forsum U, Pahlson C. Incidence of pelvic inflammatory disease after first trimester legal abortion in women with bacterial vaginosis after treatment with metranidazole: a double blind randomized study. *Am J Obstet Gynecol*, 1992; 166: 100-3.
- 8.Soper DE, Bump RC, Hurt WG. Bacterial vaginosis and trichomoniasis vaginitis are risk factors for cuff cellulitis after abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*, 1990; 163:1016-23.
- 9.Platz-Chiristensen JJ, Sundstrom E, Larsson PG. Bacterial vaginosis and cervical intraepithelial neoplasia. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1994;73:585-8.
- 10.Martius J, Eschenbach DA. The role of bacterial vaginosis as a cause of amniotic fluid infection, chorioamnionitis and prematurity- a review. *Arch Gynecol Obstet*, 1990; 247:1-13.
- 11.Watts DH, Krohn MA, Hillier SL, Eschenbach DA. Bacterial vaginosis as a risk factor for postcesarean endometritis. *Obstet Gynecol*, 1990; 75:52-8.

12. Sobel JD. Desquamative inflammatory vaginitis: a new subgroup of purulent vaginitis responsive to topical 2% clindamycin therapy. *Am J Obstet Gynecol*, 1994;171:1215-20.
13. Walsh PC, et al. *Champbell's Urology*. 6th ed. Vol:1, Philadelphia, 1992: 729-795.
14. İnci O. Çocuk ve erişkinlerde Ürogenital Enfeksiyonlar. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 1996:25-40.
15. Çağlar Ş. *Klinik Nefroloji*. 2. Baskı, Ankara: Medial Tıbbi Organizasyon, Yayıncılık, İthalat, İhracatı Turizm ve Ticaret Ltd. Şti., 1986.
16. Atasü T, Aydınlı K. *Jinekolojik Onkoloji*. 2. Baskı, İstanbul: Logos Yayıncılık Tic. A.Ş., 1999.
17. Tuncer İ, Burgut R, Bozdemir N. Türkiye'de 16 Merkezde Kansere Verilerinin Değerlendirilmesi. In: Tuncer İ, Burgut R, Bozdemir N, Coşar E F. *Türkiye'de Kansere Sıklığı*, Adana, 1994: 27-67
18. Hacettepe Tıp Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı 30. yıl bibliyografisi. Jinekolojik Kansere bölümü, 1994.
19. Bibbo M. *Comprehensive Cytopathology*. 2nd Ed., Philadelphia: W.B Saunders Company, 1997.
20. Rubio CA, Thonassen R. Critical evaluation of Schiller test in patients before conization. *Am J Obstet Gynecol*, 1976; 125:96.
21. Türkiye Klinikleri Yayınevi Ders notları serisi, *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* 2. Baskı Ankara 1993.
22. Akbaba M, Şaşmaz T. *Doğankent S.E.A.B 1999 yılı çalışma raporu*, Adana, 2000.
23. Şaşmaz T, Öner S, Akbaba M. *Doğankent S.E.A.B 2000 yılı çalışma raporu*, Adana, 2001.
24. Yoldaşcan E, Şaşmaz T, Tanır F, Akbaba M. Doğankent Beldesine göç eden ailelerin konut ve çevresindeki bazı fiziki koşulların değerlendirilmesi. *I. Ulusal Çevre Hekimliği Kongresi*. Ankara, Türkiye, 08-12 Aralık 1997;67-69.
25. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. *Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998*. Ankara, Türkiye: 1999.
26. Güngör M. *Doğankent Sağ. Oc. 2000 yılı Çalışma Raporu*. Adana, 2001.
27. Ev Halkı Tespit Fişi, Doğankent Sağlık Ocağı Kayıtları 2000 yılı Adana.

28. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi*. 3. Baskı, İstanbul: Anadolu Matbaa-Ambalaj San. ve Tic. Ltd. Şti., 1996: 4-G5
29. Bourne L. Exfoliative Cytology. In: Bancroft JD, Stevens A. Eds. *Theory and Practice of Histological Techniques*. Churchill Livingstone, 1977: 306-308.
30. Friedman HH. *Semptoma Yönelik tanı Elkitabı* 5.Baskı. Ankara: Hacettepe Doktorlar Yayınevi, , 2000, :260-261
31. Alparslan ZN, Buğdaycı R, Ağrıdağ G, Akbaba M. Adana ili merkez ve köylerinde yaşayan çeşitli grup kadınların akraba evlilikleri ve ideal çocuk sayıları.III. ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Ankara, 30.nisan-2.Mayıs.1992,25.
32. Tunçbilek E, Ulusoy M. Türkiye’de akraba evliliği. *Nüfus ve Bilim Dergisi*, 1989;11:37.
33. Akın A. Ergazi Sağlık Ocağı Köysel Bölgesinde Jinekolojik Şikayetler Hastalıklar ve Sebepleri Üzerine Epidemiyolojik Araştırma. *Uzmanlık Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D., Ankara, 1970.
34. Çanga S, Önder İ. *Kadın Hastalıkları*.3.Baskı, İstanbul:Ar Basımevi, 1979.
35. Bumin Ç. Sincan Sağlık Ocağı Merkezinde 15-44 Yaş Evli Kadınlarda Reprodüktif Hayat ile İlgili Durum Saptaması ve Jinekolojik Muayene Bulguları. *Uzmanlık Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D., Ankara, 1976.
36. Mardh PA, Tchoudomirova IC, Elshilby S, Helberg D. Symptoms and signs in single and mixed genital infections. *Int. Journal Gynecology & Obstetrics*, 1998; 63:145-152.
37. Şahinöz T, Şahinöz S, Ceyhan O, Öztürk Y. 15-49 Yaş evli kadınların evlilik ve doğumla ilgili çeşitli özelliklerinin sağlık açısından değerlendirilmesi. *I.Uluslararası & II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi*. Antalya, 20-23 Nisan 2001:157.
38. Kırık Ş. Doğanekent ve Havutlu Köylerinde 15-49 Fertil Yaşlarında Evli Kadınların Uyguladıkları Kontraseptif Yöntemlerinin Etkinliklerinin Araştırılması. *Bilim Uzmanlığı Tezi*, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 1990.
39. Güler Ç. *Ana Sağlığı ve Aile Planlaması* 2. Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 1987: 210.

40. Şaşmaz T, Demirhindi H, Öner S, Akbaba M. Doğankent sağlık ocağı bölgesindeki doğumların ve doğum yapan kadınların doğurganlık özelliklerinin araştırılması. *I.Uluslararası & II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Antalya, 20-23 Nisan 2001*:161.
41. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. *Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tanı ve Tedavi Rehberi. İstanbul Aşama Matbaacılık Ltd. Şti.*:1997
42. Şahinöz T, Şahinöz S, Ceyhan O, Öztürk Y. 15-49 yaş evli kadınların Aile Planlaması yöntem kullanma durumlarını etkileyen faktörler. *I.Uluslararası & II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Antalya, 20-23 Nisan 2001*:156
43. Şakru N, Akşit Ünver D. Birinci basamakta kaçırılan fırsatların kazanılması. *I. Ulusal Aile Planlaması kongresi. Ankara, 14-17 Nisan 1999*:144.
44. Bulut A, Yolsal N, Filippi V, Graham W. Kadın sağlığında morbiditenin ölçümü kolay mı?. *Jinekoloji ve obstetrik dergisi, 1996; 10*:139-145.
45. Walraven G et al. The burden of reproductive organ disease in rural women in the Gambia, West Africa. *Lancet, 2001*;357:1161-67.
46. Cates JR, Alexander L, Cates W. Prevention of sexually transmitted diseases in an era of managed care: The relevance for women. *Women's Health Issues, 1998; 8*: 169-186.
47. Lewis TLT, Chamberlain GVP. *Gynaecology By Ten Teachers*. 15th ed. Somerset: Butler & Tanner Ltd, 1992.
48. Bird j. The effects of pregnancy on joint mobility. *J.Orthop Res 1984*;41:345-9.
49. Castelo –Branco C, Duran M, Gonzalez-Merlo J. Skin collagen changes related to age and hormone replacement therapy. *Maturitas 1992*;15:113-119.
50. Tosun İ, Aydın F, Yazıcı Y, Özgümüş OB, Yetişkul S, Çubukçu K, Sancaktar M. Aile planlaması polikliniğine RİA taktırmak için başvuran kadınların vajinal yaymaların değerlendirilmesi. *X.TürkKlinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi. Adana, 15-19 Ekim 2001*:326.
51. Şahin NN. Bakteriyel Vajinoz: Yaygınlığı, Tanısı ve Enfeksiyonu Etkileyen Faktörler. *Flora 2000*;5(1):67-73.

52. Koç F, Dabakoğlu T, Türkan T. Genitoüriner enfeksiyonlarda vajinal sekresyon örneklerinin incelenmesi. *VIII. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi*. Antalya, 6-10 Ekim 1997.
53. Samastı M, Er E, Köksal F. Gardnerella vaginalis ve Bgrubu streptokokların etken olduğu idrar yolu enfeksiyonları. *Klinik*, 1996; 9(3): 147-149.
54. Karabıçak N, Aktepe O.C, Güvener E. İdrar örneklerinden Gardnerella vaginalis izolasyonu. *Klinik*, 1997; 10(3): 119-121.
55. Erdem H, Çetin M, Timuroğlu T, Çetin A, Yanar O, Pasha A. Vajinal Mayalar. *X. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi*. Adana, 15-19 Ekim 2001: 257.
56. Boon EM, Schwinghammer H, Veen G. Analysis of lifestyle data and cytologic findings in a pilot cervical screening project in rural Vietnam. *Acta Cytol*, 1999; 43: 786-793.
57. Arıkan S, Tunçkanat F, Günalp S, Ergüven S, Günalp A. Vajinal akıntı yakınmasıyla başvuran hastalarda etkenlerin saptanması. *VIII. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi*. Antalya, 6-10 Ekim 1997.
58. Laga M, Manoka A, Kivuvu M. Non ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: Results from a cohort study. *AIDS*, 1993; 7: 95-102.
59. Petrin D, Delgaty K, Bhatt R, Garber G. Clinical and microbiological aspects of Trichomonas vaginalis. *Clin Microbiol Rev*, 1998; 11: 300-17.
60. Adiloğlu AK, Önde U, Acar N. Trichomonas vaginalis Tanısında Direkt Mikroskopik İnceleme, Giemsa, Akridin Oranj ve İki Kültür Yönteminin Karşılaştırılması. *Flora*, 2000; 5(1): 61-66.
61. Toker R, Budak S, İplikçi T. Vajinal akıntısı olan kadınlarda Trichomonas vaginalis yaygınlığının araştırılması. *Bülten*, 1997; 74: 188
62. Turhanoglu M, Turgut H. Vajinit tanılı hastaların vajinal sürüntülerinden izole edilen mikroorganizmaların dağılımı. *Türk Mikrobiyol Cem Derg*, 1994; 24: 59-61.
63. Danforth S. *Obstetrics and Gynecology*, sixth edition, JB Lippincott Company, 47: 1141, 1990
64. Reed BD, Eyer A. Vaginal infections: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 1993 47(8): 1805.

65. Gülsün S, Ceran N, Oguzolu N, Engin D, Karagl E, İnan AŞ, Göktaş P. Yineleyen riner enfeksiyonlarda konaa ait risk faktörleri. *X.TrkKlinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi*. Adana, 15-19 Ekim 2001:323.
66. Brunham RC, Paavonen J, Stevens CE, Kiviat N, Kuo CC, Critchlow CW, et al. Mucopurulent cervicitis- the ignored counterpart in women of urethritis in men. *N Engl J Med*, 1984;311:1-6.
67. Tütüncü L, Ergr AR, Ertekin A, Yergk YZ, Müngen E, Yıldırım İ. Serviks Premalign ve malign lezyonlarının etyolojisinde etken faktörler. *Jin ve Obs. Derg*, 1999;13:20-25.
68. Ayhan A, Yücel A, Baykal C. Serviks Kanserinde Tanı ve Tarama. *Obs ve Jin Sürekli Eğitim Derg*, 1998;2(1)
69. Ksebay D, Çağdaş A. Genital kanser ve erken tanı. *Obs ve Jin Sürekli Eğitim derg*, 1998;2(1).

BİLGİ FORMU

TARİH:

() ()

Adana Doğankent Sağlık Ocağı Bölgesinde 15 Yaş Üstü Evli Kadınlarda Jinekolojik Bulguların Değerlendirilmesi Anketi

1-)Sıra no:

2-)Adı Soyadı:

3-)Adresi-Tel no:

4-)Yaşı:

5-)Öğrenim Durumu:a-)OYD b-)OY c-)İlkokul d-)Ortaokul e-)Lise f-)Yüksekokul

6-)Medeni durumu:a-)Evli b-)Dul c-)Boşanmış d-)Eşinden ayrı c-)Eşi uzakta

7-)Mesleği:a-)Ev hanımı b-)Tarım işçisi c-)Memur d-)Diğer

8-)Eşinin Yaşı:

9-)Eşinin mesleği

10-)Sosyal Güvence:a-)Yeşil Kart b-)Bağ-Kur c-)SSK d-)Kurum e-)Diğer

11-)Aylık gelir

12-)Eşi ile akrabalık a-)1.Derece b-)2. derece c-)3. Derece

13-)Sigara 1)Hiç içmedim

2)Bıraktım. →tane/günay içtim.

3)Halen içiyorum. →tane/gün.....aydan beri

14-)İlk adet yaşı:

15-)Adetleriniz düzenli mi? a-)Evet b-)Hayır c-)Menopozda

16-)Adetleriniz düzenli ise kaç günde bir?

17-)Adet görmüyorsa ne kadar zamandır görmüyor?

18-)İlk evlenme yaşı:

19-)Evlilik sayısı:

20-)Eşinin eş sayısı

21-)Eş sünneti 1-Evet 2-Hayır

22-)İlk gebelik yaşı:

Geb. Sıra	Doğum		Düşük			Başvurduğu Kuruluş	Yardımcı
	NVY 1-Sağ 2-Ölü	C/S 1-Sağ 2-Ölü	İstemli (E/H)	Hafta	Nedeni 1-Kendiliğinden 2-Kaza 3-Darp 4-İlaç 5-Kurcalama		
1.							
2							
3							
4							
5							
6							

23-)Aile planlaması yöntemi kullanıyormu?

a-)Evet b-)Hayır c-)Düzensiz

24-)Evetse hangisi?Ne kadar süredir?

1-)Hap 2-)RİA 3-)Condom 4-)Cİ 5-)Depo 6-)Vaginal suppozituaray

7-)Tup ligasyonu 8-)Vazektomi 9-)Diğer

25-)Daha önce kullandığı yöntem varmı? Hangisi? Ne kadar süre?

1-)Hap 2-)RİA 3-)Condom 4-)Cİ 5-)Depo 6-)Vaginal suppozituar 7-)T L 8-)Diğer

26-)Yaşayan kaç çocuktan sonra AP yöntemi kullanmaya başlamış?

27-)Yöntem bıraktıysa vazgeçme nedeni?.....

28-)Daha önce geçirdiği jinekolojik hastalık varmı?Hangileri?

1-) . Yok..... 2-).....3-).....

29-)Şu anda bir jinekolojik hastalığın varmı?a-)Evet b-)Hayır c-)Bilmiyorum

30-)Ailede genital kanser varmı? Varsa yakınlık derecesi.....

31-)Özgeçmiş:

Soygeçmiş:

32-)Haftada ortalama cinsel temas sayısı?.....

33-)Doğumdan sonra ilk koitus zamanı

a-)15 günden önce b-)15-40gün arası c-)40 günden sonra d-)Diğer

34-)Eskiden bir akıntılı ateşli hastalık geçirdiniz mi? a)Evet b)Hayır

35-)Son doğumdan sonra bir akıntılı hastalık geçirdiniz mi? a) Evet b)Hayır

36-)Son düşükten sonra bir akıntılı hastalık geçirdiniz mi? a)Evet b)Hayır

37-)Halen akıntı varmı? a)Evet b)Hayır

38-)Süresi

39-)Eşiniz ürogenital hastalık geçirdi mi? A)Evet b)Hayır

40-)Geçirdiyse bu nedenle doktora gitti mi? A)Evet b)Hayır

41-)Eşinizin başka hanımdan çocuğu var mı?

42-)Aşağıdakilerden hangilerinden şikayetçisiniz?

1-)Bel-Kasık ağrısı 2-) Karın ağrısı 3-) Dış genital organ ağrısı 4-)Dismenore 5-) Vulvada kaşıntı 6-)Düzensiz adet 7-)Menapozdan sonra akıntı 8-)Menoraji 9-)Metroraji 10-)Disparanue

10-)Menapozdan sonra kanama 11-)Postcoital ağrı 12-)Coitus sonrası kanama 13-)Dış genital organ ağrısı

14-)Diğer

43-)İnfertilite a)Yok b)primer c)Sekonder

44-)İdrar inkontinansı a)Yok b)Eforla c)Devamlı

45-)Varsa kaçınıcı çocuktan sonra başladı?.....

46-)İdrar yaparken yanma sızı varmı? a)Evet b)Hayır

47-)Sık idrara gitme ? a)Evet b)Hayır

48-)Bel böğür ağrısı? a)Evet b)Hayır

Jinekolojik Muayene:**49-)Vulva vajen**

1-Pelvik relaksasyon		
a-Sistosel	b-Rektosel	
c-sisto-rektosel	d-Pars prolapsus	e-Total prolapsus
2-Perine yırtığı		
3-External hemoroid		
4-Varis	a)Yok b)Bacakta c)Perinede d)Her ikisi	
5-Akıntı görünümü		

40-) Serviks

1-Servikal erezyon:	5-Mozaik yapı	9-Atrofi
2-Emmet yırtığı	6-Lökoplaki	10-Kondilom -Papillom
3-Ektropion	7-Anormal damarlanma	11-Akıntı
4-Noktalanma:	8-Hiperemi	

41-)Uterus

1-Büyüklik	a-Normal	b-Küçük	c-Büyük	
2-Pozisyon	a-Antevert	b-Retrovert	c-Sağa deviye	d-Sola deviye
3-Kontur	a-Düzenli	b-Düzensiz	c-Karar verilemedi	
4-Hareket	a-Mobil	b-Fikse	c-Karar verilemedi	

42-)Overler

	Sağ	Sol
Büyüklik(P-NP)		
Hassasiyet		
Kitle		
Dolgunluk		

43-)PH:**Fresh Prparat:**

Koku:

KOH:**Gram:****44-) TİT:**

Renk.....	
Miktar.....	
Dansite.....	
Reaksiyon(Asidik-Bazik).....	
Urobilinojen.....	
Şeker.....	
Mikroskopi: KK	BK.....
Kristal.....	Mikroorganizma.....

TANI: 1)

2)

3)

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Seva ÖNER

Doğum Tarihi ve Yeri : 06.02.1965-Adana

Medeni Durumu :Evlı, bir erkek çocuk sahibi

Adres : Döşeme Mah.61 Sk.Balcılı Apt.B.Blok,K:13 Daire:38 Adana

Telefon : 0322-459 42 33

Fax : -

E-mail : sevaloner@yahoo.com

Mezun Olduğu Tıp Fak. : Çukurova Üniveritesi Tıp Fakóltesi

Varsa Mezuniyet Derecesi :

Görev Yerleri : -Ovakışlacık Sağlık Ocağı Milas/Muğla
-Adana Numune Hastanesi Acil Servisi

Dernek Üyelikleri : Adana Tabip Odası
Ç.Ü.Mezunlar Derneğı
Çukurova Halk Sağlığı Derneğı

Alınan Burslar :-

Yabancı Dil :Almanca, İngilizce