T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR (CYBH) KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÖKÇE DEMİR

Danışman

Prof. Dr. Tahir Kemal ŞAHİN

KONYA -2006

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ : 1
2.LİTERATÜR BİLGİ 4
2.1. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar.....4
2.1.1. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların sınıflandırılması ve etkenler 5
2.2. Cinsel Yolla Bulaşan Bakteriyel Hastalıklar 6
2.2.1. Sifiliz (Frengi) 6
2.2.2. Gonore (Bel soğukluğu) 10
2.2.3. Lenfo granüloma inguinale 14
2.2.4. Şankroid (Yumuşak şankr) 15
2.2.5. Bakteriyel vajinozis 17
2.3. Cinsel Yolla Bulaşan Klamidya Hastalıkları 18
2.3.1. Non-spesifik üretrit 18
2.3.2. Lenfo granuloma venereum (LGV) 19
2.4. Cinsel Yolla Bulaşan Mikoplazma İnfeksiyonları 21
2.4.1. Non-spesifik üretrit 21
2.5. Cinsel Yolla Bulaşan Virütik İnfeksiyonlar 23
2.5.1. Genital herpes 23
2.5.2. Condylomata acuminata (Genital siğil) 25
2.5.3. Molluskum kontagiosum 27
2.5.4. Viral hepatit B enfeksiyonu 28
2.5.5. Viral hepatit C enfeksiyonu 30
2.5.6. AIDS (Acquired ımmuno deficiency syndrome) 31
2.6. Cinsel Yolla Bulaşan Mantar İnfeksiyonları 36
2.6.1. Kandida vajiniti 36
2.7. Cinsel Yolla Bulaşan Protozoa İnfeksiyonları 37
2.7.1 Trichomoniasis vajinalis 37
2.7.2. Giardiasis 39
2.7.3. Amoebosis.....39
2.8. Cinsel Yolla Bulaşan Arthropod (Ektoparazit) İnfeksiyonları 41
2.8.1. Genital scabies (Genital uyuz) 41
2.8.2. Pediculosis pubis (Kasık biti) 41
3. MATERYAL VE METOT 43
3.1. Araştırmanın Tipi 43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi 43
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi 43
3.3.1. Araştırmanın Evreni 43
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi 43
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları 43
3.5. Araştırmanın Değişkenleri 43
3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri 43
3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri 44
3.6. Verilerin Toplanması 44
3.6.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması 44
3.6.2. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması 44
3.6.3. Araştırmanın İzni 44
3.6.4. Veri Toplama Aracının Uygulanması 44
3.6.5. Verilerin Değerlendirilmesi 45

4. BULGULAR 46
4.1. Demografik Bulgular…….47
4.2. Öğrencilerin Cinselliğe İlişkin Düşünce, Yaklaşım ve Deneyimlerine Ait Bulgular....48
4.3. Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi Durumlarına Ait Bulgular……71
5. TARTIŞMA VE SONUÇ……78
5.1. Tartışma……78
5.1.1. Demografik Bulgulara Ait Tartışma……..78
5.1.2. Öğrencilerin Cinselliğe İlişkin Düşünce, Yaklaşım ve Deneyimlerine Ait Tartışma.79
5.1.3. Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi Durumlarına Ait Tartışma……85
5.2. Sonuç……89
6. ÖZET……90
7. SUMMARY……..91
8. KAYNAKLAR……92
9. EKLER……99
EK-1. Anket Formu……..99
EK-2. İzinler……107
10.ÖZGEÇMİŞ……107
11. TEŞEKKÜR……..108

1. GİRİŞ

Adölesan terimi, "büyüme" ya da "olgunlaşma" anlamındaki latince "adolescene" teriminden gelmektedir. Dilimizde bu dönemin ergenlik, delikanlılık, yeniyetmelik gibi çeşitli karşılıkları varsa da terimde bir ortak görüş birliği olmadığından, bu dönem uluslararası dilde kullanıldığı şekilde "adolesan dönemi " (adolescence) ve bu dönemdeki gence de "adölesan "(adolescent) denilmesi uygun bulunmuştur (Şehiraltı Ilgıcı1985).

Adölesan genel bir deyimle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir. Uluslar arası tanımlamalarda delikanlılık ile aynı anlamda tutulan gençler "15 ile 25 yaş arasındaki öğrenim gören, hayatını kazanmak için çalışmayan ve ayrı bir konutu bulunmayan kişiler" olarak geçer. Delikanlılığı 12 ile 25 yaş arasında duygu, düşünce, davranış ve tutumun gelişme çabası ve fizyolojik, psikolojik değişme ile sosyal olgunluğa hazırlanma dönemi olarak tanımlamak mümkündür (Pekcan 1997, Erefe1998).

Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) tanımlamasına göre 10-19 yaş arası dönem çocukluktan erişkinliğe geçiş olarak kabul edilen adölesan (ergenlik) dönem, 20-24 yaş grubu gençlik dönemi ve 10-24 yaş grubu ise genç insanlar olarak tanımlanmaktadır (Özcebe 2005).

İnsan yaşamının en dinamik evresi olarak bilinen adölesan dönemi, aynı zamanda davranış değişikliğinin en hızlı, sağlık ve sosyal risklerin de en yoğun olduğu bir dönem olarak kabul edilmektedir. Adölesanlarda cinsel davranış ve çevresiyle olan ilişkilerinde hızlı değişime neden olan temel nedenlerin yanında, erken ergenleşmeyle birlikte erken evlilik, hızlı kentleşme, kültürel sınırlar arasında medya iletişiminin sağladığı olanaklar ve kültürler arası mesafenin daralması gibi sosyal koşullar da önemli nedenler olarak ele alınmaktadır. Bütün bu koşullar çerçevesinde, adölesanın davranışlarında yaşanan değişimlerde, çok sayıda sağlık sorunun ve sosyal sorunun ortaya çıktığı ve bunların yetişkin döneme aktarıldığı bilinmektedir. Gebelik ve erken yaşta çocuk sahibi olma gibi sorunların yanında, korunmasız cinsel ilişkiden kaynaklı hastalıklar, ölümler, isteyerek düşükler, AIDS gibi bir çok sağlık sorununun da ortaya çıktığı görülmektedir. Ayrıca adölesan gebelikle birlikte eğitimin sona ermesi, adölesan anne ve babanın çocuk bakımında yeterli niteliğe sahip olmamaları gibi eğitim ve sosyal sorunların varlığı da bilinmektedir. Bu nedenle, adölesan sağlığının halk sağlığı açısından önemli bir yere sahip olduğu kabul edilmektedir (Sabancı 2004).

Adölesanlara yaşamlarının en sağlıklı döneminde olan insanlar gözüyle bakılır. Bu nedenle, halk sağlığı alanında bu kesime yeterince dikkat edilmez. Ancak günümüzde, bu döneme daha farklı bir gözle bakılmaktadır. Artık adölesan (ergenlik) dönemi, çocukların daha ilerki yıllardaki gelişmelerini ve sağlıklarını etkileyecek doğru davranış biçimlerini bugünden benimsemeleri açısından "kritik dönem "olarak görülmektedir (WHO 1998).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bulunan Bağımsız Dünya Nüfus Enstitüsünün verilerine göre dünya nüfusunun 6.3 milyarı aştığı günümüzde, dünya nüfusunun %50'sinden fazlasını 25 yaşın altındaki gençlerin oluşturduğu görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bu oranın %80'e ulaştığı belirtilmektedir. Ülkemizde 10-19 yaşlar arası adölesan grubu, toplam nüfusun %20.8'ini, 10-25 yaşlar arası gençler de toplam nüfusun %30.6'sını oluşturmaktadırlar (Özcebe 2005).

Dünya nüfusunun altıda birini, Türkiye'nin ise 2000 nüfus sayımı sonuçlarına göre %20.8'ini adölesanlar oluşturmaktadır. Adölesanlar toplumun büyük bir kesimini oluşturmasına rağmen en çok ihmal edilen, sosyal değişikliklerden en çok etkilenen gruptur.

Üreme fonksiyonlarının geliştiği adölesan dönemi, aile planlaması (AP) ve cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) kavramlarının da gündeme geldiği bir dönemdir. Adölesanlar, CYBH ve istenmeyen gebelikler ile bunlara bağlı gelişebilecek komplikasyonlar açısından risk altındadır. Son yıllarda, giderek artan sayıda adölesanın cinsel olarak aktif olması, istenmeyen gebelikler ve CYBH'ı artırmaktadır.

Tüm dünyada, CYBH en çok 20-24 yaş grubunda, daha sonra 15-19 ve 25-29 yaş gruplarında görülmektedir.Cinsel yönden aktif dönemde bulunan gençlerde sağlıklı cinsel yaşam önem taşımaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, bir çok ülkede ve özellikle de 15-29 yaş arası gençlerde en yaygın görülen hastalıklardır. DSÖ' nün tahminlerine göre, her yıl 333 milyon yeni cinsel yolla bulaşan hastalık olgusu oluşmaktadır.

Ülkemizde CYBH hakkındaki bilgiler daha çok evli ve erişkin yaş grupları üzerinde yoğunlaşmıştır. Adölesan gruplarla ilgili bilgiler sınırlıdır. Ayrıca var olan sağlık hizmetleri kapsamında adölesanlara yeterli hizmetler sunulmamaktadır (Topbaş ve ark 2003).

2000-2005 yılları için geliştirilen 8. kalkınma planının öncelikleri arasında artan genç nüfusun eğitim ve sağlık gereksinimlerinin karşılanması için önlem alınması belirtilmiştir. Planın " nüfus konulu özel ihtiyaç komisyonu raporunda, Sağlık Bakanlığı'nın da ergen üreme sağlığı hizmet modeli geliştirmeye yönelik ön çalışmalar yapıp tamamlaması öngörülmüştür". Cinsel Sağlık, CYBH'e ve HIV/AIDS" başlıklı 5.bölümünde aynı ilgiyle, cinselliği bireyi zenginleştiren bir yaşam özelliği olduğu her yaşta, yaşa uygun cinsel sağlık bilgilerinin verilebileceği erken yaşta başlayan eğitimin sağlıklı gelişme süreci ve riskli davranışların önlenmesi açısından daha etkin olacağı ve örgün eğitimde bu amaçla uygun müfredat programları ve eğitici yetiştirilmesinin önemi" ayrıca vurgulanmaktadır (Bulut 2004).

Adölesanlar çabuk iyileşmelerine rağmen çevresel tehlikelere karşı savunmasızdırlar. Bu sebeple, önleyici etkenler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar, AIDS ve benzeri hastalıkların kontrolünün sağlanması ilk öncelikli hedeftir. DSÖ' ye göre her yıl 20 adölesandan biri CYBH'a yakalanmaktadır. Bunlar arasında HIV/AIDS, gonore, sifiliz, klamidya enfeksiyonu ve herpes yer almaktadır. Gençler, özellikle asemptomatik durumlarda CYBH' lara karşı önlem konusunda duyarsız davranmaktadır. Oysa, bu konularda önlem almama ya da ihmal, kısırlık ve ölüm gibi sağlık açısından çok önemli sonuçlara yol açabilmektedir. CYBH'ın gelişmekte olan ülkelerdeki prevelansı, gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında, frengide 100 katına, gonorede 10-15 katına, klamidya enfeksiyonunda ise 3 katına çıkmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde insidans da daha yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerin kendi aralarında ise, Afrika'daki oranlar Asya ve Latin Amerika'daki oranlardan genellikle daha yüksektir. Dünya'da her gün 7000'den fazla genç HIV olmakta, bu da toplam 2,6 milyon adölesana karşılık gelmektedir. Bunların öncelikli sebebi ise korunmasız cinsel ilişkidir (WHO 1998 Morais et all 2001).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), tüm Dünya'da, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Dünya'da yılda üçyüz milyonun üzerinde yeni CYBH olgusu ortaya çıkmakta ve prevelansın, tanı ve sağaltım olanaklarının yetersiz olduğu gelişmekte olan ülkelerde çok yüksek olduğu görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde CYBH'lar halen insanların tıbbi yardım aradıkları ilk beş hastalık arasında yer almaktadır.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve bunların oluşturdukları sekeller açısından en yüksek riski taşıyan grup, gençlerdir. Yapılan çalışmalar, gençlerin bu hastalıklar, bulaşma yolları ve komplikasyonları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir. Hastalıklar hakkında tıbbı bilgiye sahip olmak, genç insanların sağlıklı davranış biçimleri geliştirmeleri için yeterli değildir. Gençlere, bilgiyi işleve dönüştürecek olan yetenek ve motivasyon, ancak özel olarak hazırlanmış eğitim programları ve danışmanlık hizmetleri ile kazandırılabilir (Ünal 1993a, Serter 2001).

İstenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi cinsel yaşama ilişkin olumsuz sonuçlar bireysel sağlık sorunları olarak kalmamakta, ruhsal ve toplumsal boyutlarda da gelişerek toplum sağlığı sorunlarını oluşturmaktadır. Bu nedenle cinsel yaşam ve sonuçlarına ilişkin sorunları tanımlamak ve düzeyini belirlemek toplum sağlığı açısından önemlidir.

Toplum sağlığı hemşiresi, sağlığı bir bütün olarak değerlendirirken, cinsel sağlığı da korumak ve geliştirmekten sorumludur. Bu bağlamda, sağlık ekibinin bir üyesi olarak cinsel yaşama ve cinsellik eğitiminin stratejilerini belirlemeye yönelik araştırmalara katılır, cinsellik eğitimi ve danışmanlığında rol alır (Özkan 1994).

Bu çalışma, CYBH konusunda gençlerin bilgi ihtiyaçlarını, düşüncelerini ve uygulamalarını belirleyerek sorunları tanımlamak, elde edilen tespitlere dayanarak eğitim programlarının planlanmasına yardımcı olmak ve konuyla ilgili öneriler getirmek amacı ile yapılmıştır.

2. LİTERATÜR BİLGİ

Adölesanlara, gençlere yönelik cinsel/üreme sağlığı konularıyla ilgili hassasiyet nedeniyle bu alandaki çalışmalar uzun bir süre üreme sağlığı ve nüfus çalışmalarının bir parçası olamamıştır. Bu anlamda, 1994 Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı ile 1995 Pekin Dördüncü Dünya Kadın Konferansı önemli dönüm noktaları olmuştur. Bu konferanslarda temel insan haklarının bir parçası olarak cinsellik, cinsel sağlık ve üreme sağlığıyla ilgili kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım geliştirilmiştir. Bu çerçevede, bu iki konferansın eylem planları, sağlığın iyileştirilebilmesi için tasarlanan programlara adölesanların cinsel/üreme sağlığı özelliklerinin ve gereksinimlerinin dahil edilmesi gerektiğini vurgulayarak bu grubu ayrı başlık altına almıştır (Özvarış 2005).

Ülkemizin de içinde olduğu DSÖ Avrupa Bölgesi'nin 21. Yüzyılda ulaşmayı amaçladığı "öncelikli 21 sağlık hedefi'nin ilk sıralarında "Yaşama Sağlıklı Başlangıç" ve "Gençlerin Sağlığının Geliştirilmesi" hedefleri bulunmaktadır. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde cinsel eğitimin etkin ve yaygın olarak sağlanması önemli bir araçtır (Çimen 2005). "Cinselliği bireyi zenginleştiren bir yaşam özelliği olduğu, her yaşta yaşa uygun cinsel sağlık bilgilerinin verilebileceği "2000-2005 Dönemi Planı'nda yer almakta, bilgilendirmenin erken yaşta başlamasının değeri ve bu amaçla örgün eğitimde uygun eğitim programlarının ve eğitici yetiştirilmesinin önemi vurgulanmakta ve bu yönde etkinlikler geliştirilmektedir (Bulut ve ark 2004).

Cinsel bilgiler matematik, tarih ve din bilgisi kadar yaşamla ilgilidir, bu nedenle öğretimin dışında tutulamaz. Ancak, cinsel bilgilerin önemli bir özelliği vardır. Duygular, inançlar, tabular, yasaklar ve değer yargılarıyla sıkı sıkıya ilişkilidir. Öğrencinin yadırgadığı, korktuğu ve utandığı bir konuda sağlıklı bir öğretim yapılamaz. Ancak cinsel bilgiler ortaöğretim ve lisede gereklidir ve yararlı olabilir. Adölesan çağdaki her genç, evlilik öncesi cinsel aktiviteler konusunda güvenli, doğru bilgiler alma hakkına sahiptir (Alacalıoğlu 2000).

2.1. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), genellikle akut semptom ve bulgularla başlayıp sıklıkla kronikleşen, oldukça sık rastlanan infeksiyon hastalıklarıdır. Tarih boyunca insanoğluna verdikleri fiziksel, psikolojik ve ekonomik önemli zararlar nedeniyle infeksiyon hastalıkları arasında önemli bir yer tutarlar. Önceleri Romalılar'ın aşk tanrıçası Venüs'ten esinlenerek "Venereal Hastalıklar" olarak adlandırılan bu infeksiyonlar daha sonra bulaşmasında cinsel ilişkinin önemini vurgulamak amacıyla "Cinsel Yolla Bulaşan Hatalıklar" (CYBH) şeklinde tanımlanmıştır (Yaman Efe 2003).

CYBH, sadece bireylerin sağlığını değil, tüm Dünya sağlığını ciddi boyutlarda tehdit eden başlıca sağlık sorunlarından birisi olup, gündemdeki yerini sürekli olarak korumaktadır. Dünya'da sadece bir günde 100 milyonun üzerinde cinsel birleşmenin olup, bunların 910 bininin gebelik ve 356 bininin cinsel yolla bulaşan hastalıklarla sonuçlanması da, üreme sağlığı kapsamında yer alan CYBH'nin önemini vurgulamaktadır. DSÖ'nün 2000 yılındaki bulgularına göre; Dünya'da 15-49 yaşları arasındaki kişiler arasında her yıl yaklaşık 333 milyon tedavi edilebilir CYBH vakası meydana gelmekte ve günde bir milyon yeni vaka da bu hastalıklara eklenmektedir (Çetintürk ve ark 2002).

2.1.1. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Sınıflandırılması ve Etkenler

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar etkene göre yedi gruba ayrılmaktadır.

	ETKEN	**HASTALIK**
1) Bakteri	-Treponema pallidum	Sifiliz
	-Neiseria gonorrhea	Gonorrhea
	-Calymmato bacterium granulomatis	Granuloma inguinale (Donovanozis)
	-Hemophilus ducreyi	Şankroid (Yumuşak şankr)
	-Gardnerella vaginalis	Bakteriyel vajinozis
2) Klamidya	-Chlamydia trachomatis serovar trachoma	Non-spesifik uretrit
	-Chlamydia trachomatis serovar lenfogranüloma	Lenfogranüloma venereum (LGV)
3) Mikoplazma	- Mycoplasma hominis	Non-spesifik Üretrit
	-Ureaplasma urealyticum	Non-spesifik Üretrit
4) Virus	-Herpes simplex	Genital herpes
	-Human papilloma virus	Genital siğil
	-Poxvirus	Molluskum kontagiosim
	-Hepatitis-B	Hbs Ag(+) Viral hepatit
	-HIV	AIDS

5) Mantar	-Candida Albicans	Kandida vajiniti (Mantar)
6) Protozoa	-Trichomonas Vaginalis	Trichomonas Vaginiti
	-Giardia İntestinalis	Giardiassis
	-Entamoeba histolytica	Amoebusis
7) Arthropod	-Sarcoptes Scabiei	Genital Scabies
	-Pythirus Pubis	Pediculosis pibis

(Gorbach et all1992, Ünal 1993a, Aras 1994).

2.2.Cinsel Yolla Bulaşan Bakteriyel Hastalıklar

2.2.1. Sifiliz (Frengi)

Savaş ve yoksulluk yıllarında artış gösteren cinsel hastalıklardan olan sifilizin ilk olarak nasıl ortaya çıktığı bilinmemesine karşın, en geçerli sav, hastalığın 1493 yılında Kristof Kolomb'un denizcileri tarafından Küba ve Haiti'den Avrupa'ya taşındığıdır. 1495'de Fransa Kralı 8. Charles'ın Napoli seferi sırasında ilk salgınların varlığına değinilerek, toplumların birbirlerini "Napoli belası", "Fransız belası", "Portekiz belası", "Polonya belası", "İngiliz belası" ve hatta "Türk belası" gibi adlandırmalarla suçladıklarından söz edilir. Bizde de hastalık, Frenk hastalığı anlamına gelen "frengi" diye adlandırılmıştır (Soydan 1989, Ağaçfidan ve ark 1999, Tüzün 2001)

Sifiliz, bir spiroket olan Treponema pallidum'un neden olduğu, birçok sistemi etkileyebilen, kronik ve sistemik bir hastalıktır. Sifiliz, yüzyıllar boyunca çok sayıda kişinin ölüm nedeni olmuştur. DSÖ'nün son yayınlarına göre, her yıl 50 milyon kişi sifilize yakalanmaktadır. Morbidite oranı Türkiye'de 1945'te en yüksek düzeye ulaşmış, 1970 yılına kadar giderek azalmış ve %0002 civarında gözlenmekteyken, 1990'larda yeniden yükselme trendine girmiştir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye'de kayıtlı sifiliz sayısı 1999 yılında 3416, bunun 568'i yeni tespit, 2000 yılında ise 295'iyeni tespit toplam 3313 olarak bildirilmiştir (Ünal 1993a, Bodur ve ark 2001, Saraçlı ve ark 2001).

Sifiliz tüm Dünya'da yaygındır. Her yaşta görülebilir. Özellikle de genç nüfusta, 20-25 yaşlarda, sık görülmektedir. Yaygınlaşmasında sosyal yaşam koşullarının rolü büyüktür. Paralı seks yapan seks yaşamı için çoklu partnerlerle ilişki yöntemini seçen, madde bağımlılığının yaygın olduğu riskli davranışları olan toplum bireylerinde yaş ve cinsiyet hatta

sosyal statü, eğitim ve kültür düzeyi ayırımı olmadan hastalık yayılabilir. Bu durumlarda yayılma hızı yüzde yüze ulaşabilir.

Etken; Treponema pallidum 5-15 mikrometre uzunluğunda 0,2 mikrometre eninde 7-14 arasında sık ve dik kıvrımı bulunan spiral mikroorganizmalardandır. Dik ekseni etrafında dönerek, bir uçtan diğer uca dalgalanarak veya pandül şeklinde hareketleri vardır.Spiralleri karanlık alan mikroskopu ve immunofloresan boyamalar dışında görülmez. İkiye bölünerek çoğalıp, reservuarı yalnız insandır. Fiziksel, kimyasal etkenlerle, sıcaklıkta ve kurulukta kolayca ölebilen, bir spiraldir. Dezenfektanlardan kolayca etkilenir (Büke 1982, Tuncer 1998).

Sifilizin en sık görülen bulaş şekli cinsel ilişki olmakla birlikte, hastalık aktif lezyonla fiziksel temas, kan trasfüzyonu, transplasental, doğrudan inokülasyon, laboratuar kazaları ve bulaşlı eşya ile olabilir. Olgular daha çok cinsel olarak aktif orta yaş nüfusta ve özellikle de geri kalmış ülkelerde sık görülmektedir. Bununla birlikte basit ve çok duyarlı tanısal testlerin varlığı ve penisilinlerin halen çok etkin olarak kullanımda olması sebebiyle sifiliz, koruyucu hekimlik uygulamalarıyla önlenebilen tipik bir cinsel yolla bulaşan hastalık örneğidir (Gorbach et all 1992, Saraçlı ve ark 2001).

Sifiliz klinik olarak;

1.Edinsel sifiliz

a)Erken sifiliz

b)Latent sifiliz

c)Geç sifiliz(tersiyer sifiliz)

2.Konjenital sifiliz

1.Edinsel Sifiliz

a)Erken sifiliz: Primer ve sekonder olmak üzere iki dönemde incelenir. Erken sifiliz total olarak iki yıla kadar uzayabilir. Primer sifilizin karakteristik lezyonu şankrdır. 10-90 gün, ortalama 21 günlük kuluçka süresinden sonra etkenin giriş yerinde eroziv bir papül şeklinde başlar. 1-2 gün içinde klasik sifiliz şankrı görünümünü alır. Şankr, yuvarlak veya oval olup 0,5-3 cm çapında pembemsi renktedir. Palpasyonda zemini sert olarak hissedilip ağrısız ve cerahatsizdir. Üzerinde az kanlı serözite vardır. Sağlam deriyle sınırı keskin değildir. Şankr genellikle tektir (Yılmaz 1996).

Şankr çıkışından 1 hafta sonra bölgesel lenfadenopati (LAP) gelişir. LAP ağrısız, sert, yapışıklık göstermeyen ve dışarı açılmayan karakterdedir ve genellikle tek taraflıdır. Ancak, lezyon ortada veya multipl ise bilateral LAP olabilir.

Sifiliz şankrı %95 genital bölgede (erkeklerde glans penis, korpus penis, prepisyum, skrotum, pubis, anal, inguinal bölgeler; kadınlarda vulva, vajen, klitoris, pubis, anal ve inguinal bölgeler) yerleşirken, %5 ekstragenital (dudaklar, dil, damak, yanaklar, kulak memeleri, parmaklar ve göz kapakları gibi) yerleşim gösterir (Allı 2001).

Sekonder sifiliz belirtileri çoğunlukla şankr koybolmadan ortaya çıkmaktadır. Sekonder sifiliz şankrının görülmesinden 2-10 hafta sonra başlar. Fakat bu süre oldukça değişkendir. Sekonder sifiliz belirteleri maküler, makülopapüler, papüler, püstüler lezyonlar biçiminde ortaya çıkar. Sekonder sifilizde hafif ateş, iştahsızlık, kilo kaybı, artralji, jenaralize ağrısız lenfadenopati gibi konstitüsyonel semptomlar da sıklıkla bulunur (Yılmaz 1996).

b)Latent sifiliz: Spesifik treponemal testlerin pozitif olup, klinik bulguların olmadığı dönemi tanımlar. BOS bulguları ve göğüs röntgenogramı da normal bulunur. Ancak bu dönem, hastalığın ilerlemediği anlamına gelmez. Latent dönem, infekte kişilerin % 60-70'inde yaşam boyu sürer, %30-40'ında ise, birkaç ay sonra geç dönem sifiliz belirtileri ortaya çıkar. Geç latent dönemde reinfeksiyon veya relapslarda bağışıklık kazanılmış olmakla birlikte bu dönemde de intrauterin infeksiyon oluşabileceği, infeksiyonun kan transfüzyonuyla bulaşabileceği de bilinmektedir.

c)Geç sifiliz: Çok nadir görülür. Hiç tedavi almamış veya uygun olmayan şekilde tedavi edilmiş hastaların küçük bir kısmında kardiyovasküler hastalık, santral sinir sistemi lezyonları ve granülomlarla karakterize sistemik hastalık gelişir. Bu dönem, hastalığın yıkım dönemidir. Üç-beş yıl sonra başlar, her organ ve sistemi tutabilir. Bulaşıcılığı olmayan bu dönemde esas lezyon gomdur.

Gomlar tek tek ya da sıklıkla multipl gruplar halinde olabilir. Dağılımları asimetriktir. Genellikle yüzeyel nodüller olarak başlarlar. Giderek derinleşir. Sessiz ve yavaş bir seyri vardır. Üzerleri enduredir. Genellikle ortalarında iyileşmenin başladığını gösteren bir skar dokusu vardır.

Gomlar göz kapakları ve irise oturup buralarda bozukluklara, göz kaslarında felçlere, kalp-damar sisteminde aortit, aort yetmezliği, anevrizmalar, miyokardite, karaciğerde, interstisyel hepatit ve fibrozise, en sık tibia, fibula, frontal, paryetal ve klavikulada olmak üzere kemiklerde osteomiyelit ve periostite neden olur.

Santral sinir sisteminde meninksler, damarlar ve parankim tutulumu sonucu menenjit, damar tıkanıklıkları ve tabes dorsalis tablosu gelişebilir (Allı 2001).

2.Konjenital Sifiliz: Anneden, plesenta aracılığı ile, spiroketlerin fetüse, 16. haftadan itibaren geçmesiyle meydana gelir. Gebeliğin 16. haftasına kadar, gebelerde, langhans, sitotrofoblastları, bariyer görevi görür, spiroketler çocuğa geçemez, 16. haftadan sonra, bu

bariyer kalkar, bu hücreler atrofiye olur ve spiroketler fetüse geçerek, konjenital sifilize neden olurlar (Tuncer 1998).

Konjenital sifilizin en erken belirtisi genellikle rinittir ve hemen arkasından diffüz makülopapüler lezyonlar gelişir. Bu lezyonlar avuç içi, ayak tabanı, ağız ve anüste daha yoğundur. Edinsel sifilizden farklı olarak veziküler ve büllöz lezyonlar oluşabilir. Bu lezyonlarda bol miktarda spiroket bulunur.

Jeneralize osteokondritis ve perikondritis bulunabilir. Bu bulgular belirgin olarak burun ve alt ekstremite kemiklerin metafizlerinde ortaya çıkıp deformitelere neden olur, karaciğer sıklıkla ağır bir şekilde infektedir. Neonatal ölüm genellikle karaciğer yetersizliği, ağır pnömoni veya pulmoner hemorajiye bağlıdır.

Splenomegali, anemi, trombositopeni ve sarılık konjenital sifilizde sıklıkla ortaya çıkan bulgulardır.

Tedavi edilmeyen çocuklar 6-12 ay yaşarlarsa latent döneme girerler, bu çocuklarda interstisyel keratit sık görülmektedir. Asemptomatik veya semptomatik nörosifilizde sıklıkla ortaya çıkar ve yetişkinlerdekine benzer bir klinik tablo oluşur. Diğer karakteristik bulgular artropati ve Hutchinson dişleridir (Yılmaz 1996, Karanfilci 1998, Tuncer 1998).

Sifiliz tanısında; mikroskobik inceleme, biyopsi ve serolojik testlerden yararlanılır. Primer, sekonder ve konjenital sifilizde tanıya götüren en hızlı ve direkt yöntem karanlık alan mikroskobik incelemesidir. İnceleme için materyal, primer şankr, kandiloma lata ya da müköz lezyonlardan alınır. Lezyonun sifilitik olmadığını söyleyebilmek için test en az üç kez negatif bulunmalıdır. Ölü veya hareketsiz spiroketlerin tanınması zordur. Fakat bu bilinmeden yapılmışsa direkt veya indirekt immünofloresan veya immunoperoksidaz boyama T. Pallidumun varlığını gösterebilir. Spiroketler bazen biyopsi materyallerinden gümüşleme yöntemi boyama ile gösterilebilir.

Sifiliz tanısı için yapılan serolojik testlerde antikor ölçümü yapılır. Nonspesifik serolojik testler (VDRL=Venereal Disease Research Laboratory Slide Test, RPR= Rapid Plazma Reagin Test, ART= Aotomated Reagin Test) ucuz, hızlı ve çok sayıda serumu taramak için uygun olan testlerdir ve hastalığın aktivitesini gösterir. Spesifik serolojik testler (FTA- abs= Floresan T. Pallidum Antikor Absorbsiyon Testi, TPHA= T. Pallidum Hemaglutinasyon Assay Test) yüksek oranda treponemal enfeksiyonu gösterir ancak enfeksiyonun zamanını belirleyemez (Yılmaz 1996,Yaman Efe 2003).

Sifilizin bütün devrelerinde tedavide tercih edilecek ilaç penisilindir. Kullanılan preperatın tipi, doz ve süresi, hastalığın evresi ve klinik belirti / bulgulara göre seçilir.

Erken sifilizde prokain penisilin 800.000 U/gün, 12 gün veya benzatin penisilin 2.400.000 U/hafta, 2 hafta intramusküler uygulanır. Penisilin alerjisi varsa, gebe olmayan hastalarda doksisiklin 2x100 mg/gün, 2 hafta; tetrasiklin 4x500 mg/gün, 2 hafta; eritromisin 4x 500 mg/gün, 2 hafta; seftriakson 1x250 mg, IM, 10 gün süreyle uygulanır.

Geç sifilizde (3. devir, 2 yılı aşkın latent sifiliz, nörosifiliz ve kardiyovasküler sifiliz) prokain penisilin 800.000 U/gün, 15 gün; benzatin penisilin 2.400.000 U/hafta, 3 hafta uygulanır. Penisilin kullanılamıyorsa, doksisiklin 2x100 mg/gün, 4 hafta; eritromisin veya tetrasiklin 4x500 mg/gün, 4 hafta süreyle verilebilir.

Erken ve geç sifilizlilerde tedaviden sonra 3, 6 ve 12. aylarda nontreponemal testler tekrarlanır. Geç sifilizde 2 yıl sonra bir kontrol daha yapılır. Kardiyovasküler ve nörosifilizde 6 ay aralarla en az 3 yıl süreyle testler tekrarlanmalıdır.

Sifiliz tedavisi olan kişi tedaviden sonra bir ay boyunca cinsel ilişkiye girmemelidir, ayrıca sifilizli kişinin cinsel partnerleri de serolojik testlerden geçirilmelidir (Allı 2001, Mamıkoğlu 2001).

Sifilizden korunmak için;

- Toplumda hasta olanların tespiti ve tedavilerinin yapılması,
- Seks hijyenine uyulması ve bu konuda toplumun eğitilmesi,
- Enfeksiyon şüphesi taşıyan kişilerle cinsel ilişkiye girilmemesi,
- Cinsel ilişki sırasında kondom kullanılması,
- Tek eşliliğin sağlanması,
- Cinsel partner sayısının azaltılması,
- Evlenecek çiftlerin ve hamile kadınların serolojik testlerinin yapılması,
- Şüpheli cinsel temas durumunda bir defada 2.400.000 ünite benzatin penisilin yapılması gerekmektedir (Yaman Efe 2003).

2.2.2. Gonore (Bel Soğukluğu)

Çok eski zamanlardan beri bilinmektedir. Milattan önce, 2637 de Çin'de ve milattan önce 400 de HİPOKRAT tarafından gonere bilinmekte idi. Milattan önce 130 da GALEN ilk olarak gonoreyi tanımlayıp, gonoreye (Flow of seed) tohumun akması anlamına gelen GONORE adını vermiştir. 1879 da NEİSSERİA ilk olarak, gonore etkenini göstermiştir (Tuncer 1998).

Gonore, cinsel yolla veya perinetal olarak bulaşan ve genel olarak alt genital sistem olmak üzere müköz membranları tutan bakteriyal bir enfeksiyondur. Etken neisseria

gonorrhoeae (gonokok) olup bilinen tek doğal konakçısı insandır (Köksal 1996, Del Bene et all 1997).

Cinsel temasla bulaşan hastalıkların en eskisi olmasına rağmen günümüzde yılda 250 milyon kişinin gonoreye yakalandığı tahmin edilmektedir. Ancak son zamanlarda gonore insidansında gözle görülür bir azalma olduğu dikkati çekmektedir. Bu azalmanın en önemli nedeni; HIV epidemisine karşı arttırılan koruma önlemleri çerçevesinde seksüel davranışlardaki değişiklikler gösterilebilir (Ünal 1993a, Karanfilci 1998, WHO 1998).

Gonore her yaşta görülmekle birlikte vakalar 20-24 yaşlar arasında yoğunlaşmaktadır. Düşük sosyoekonomik düzey, kötü eğitim, kırsal kesimde yaşama, bekar olma, genç yaşta yeni partnerler edinilmesi, fahişelik ve ilaç bağımlılığı, hastalığın erken fark edilememesi, saklanması veya asemtomatik seyretmesi gonoreyi artırıcı faktörlerdir. Gonorenin infekte kadından erkeğe bulaşma riski tek ilişkide %20 dolayında iken, dört veya daha fazla ilişkide risk %60-80'e ulaşabilmektedir. Erkekten kadına bulaşma riski ise tek ilişkide %50, üç veya daha fazla ilişkide %90'ın üzerindedir. Cinsel eş sayısı arttıkça infeksiyon insidansı da yükselmektedir. Eşcinsel erkeklerde gonore, heteroseksüellere göre daha sık ortaya çıkmaktadır (Köksal 1996, Gılbert et all 1998).

Etken; neisseria gonorrhoeae 0,6-0,8 mikro metre çapında gram olumsuz diplokoklardır, hareketsiz, sporsuz bakterilerdir. Gonokok ve menengokoklar alkalin ortamlarda fazlaca otolize olurlar ve hücre içi çoğalma gösterdiklerinden aynı gruptaki diğer neisserialardan ayrılırlar. Gonokoklar sıfır derecenin altında uzun süre ve özelliklerini kaybetmeden yaşayabilmektedirler (Büke 1982, Bilgel 1997).

Gonore de bulaşma çok kez cinsel temasla olmaktadır. Ayrıca kontamine ellerle, taze kontamine olmuş eşya ile, indirekt olarak doğum kanalından geçerken direkt temasla bulaşma olabilir. Hastalık süresince veya portörlüğün devamı süresince bulaştırıcılık devam etmektedir. Kadınlarda çok kez asemptomatik seyreder ve farkında olunmadan uzun süre bulaştırmağa devam edebilir. Erkeklerde de nadir olarak asemtomatik seyreden vakalar vardır. Gonokoklarda antibiyotiklere rezistans fazla olduğundan, tedaviye rağmen bulaştırıcılık devam edebilir. Hastalar gonokoklardan tam temizleninceye kadar, bulaştırıcı kabul edilir (Karanfilci 1998, Tuncer 1998).

Gonore de erkeklerde en sık görülen sendrom üretrittir. İlişkiden bir hafta sonra dizüri veya akıntı ortaya çıkar; Ancak hastaların % 5'inde hiçbir zaman semptom ve bulgu oluşmaz. İnkübasyan süresi 2-6 gündür (Ünal 1993b, Zenilman 1994).

Farenks ve rektumda gonokokal infeksiyon özellikle homoseksüel erkeklerde görülür. Farengeal infeksiyonu olan hastaların büyük kısmı asemtomatiktir, nadiren eksudatif faranjit

ve servikal lenfoadenopati olabilir. Erkeklerde meydana gelen prostatit tablosuna sadece infeksiyon değil, rektal yoldan cinsel temas sırasında meydana gelen travma da katkıda bulunmaktadır.

Kadın hastada, en sık tutulum oranı, servikste %80-90, üretrada %80, rektumda %40 ve farenkste %10-20'dir. Kadınlarda gonokoksik servisit, genellikle spekulumla muayenede görülebilen servikal gevreklik ve pürülan eksuda ile karakterizedir. Vaginal akıntının artması, anormal menstrüasyon, ağrılı cinsel temas veya dizüri gibi nonspesifik yakınmalar sıktır; ancak kadınların %50'sinde hiçbir semptom yoktur. Gonokoksik servisiti olan kadınların yaklaşık %50'sinde üretral gonokoksik enfeksiyonu vardır ve bu durum kadınların bir çoğunda var olan idrar yollarına ait semptomları açıklar. Histerektomi geçirmiş kadınlarda da gonokokal enfeksiyonlar görülebilir ve cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıktan kuşkulanılırsa üretral kültürler alınmalıdır (Zenilman 1994).

Gonokokal servisiti olan kadınların %15'inde PIH (pelvik inflamatuar hastalık) gelişir. Karın ağrısı ve ateş sık görülen semptomlardır. Gebelikte PIH nadir olarak meydana gelir ayrıca rahim içi araç takılı olan kadınlarda gonokokal PIH insidansı, olmayanlara göre 3 kat daha fazladır (Ünal 1993b).

Sterilite, gonorenin en önemli komlikasyonudur. Kadınlarda çoğu zaman semtomsuz seyreder, nadiren dizüri, eklem ve tendon ağrıları görülür (Gılbert et all 1998, Tuncer 1998).

Tanı da endoservikal bölgelerden yapılan gram boyamanın spesifitesi yüksek olmasına rağmen (%95 ile %100), sensivitesinin sadece %50 ile %70 olması, bu metodun tarama yöntemi olarak kullanılmasını uygun kılmaz. Tanı antibiyotik içeren selektif ortamlı kültürlere dayanır ki bunların sensivitesi %80 ile %95 civarındadır. Örnekleme alınan yer sensiviteyi etkiler. Üretra en yüksek sensiviteye sahip iken, rektum başka mikroorganizmaları içerdeği için rektum en düşük sensiviteye sahiptir. Bölgeye spesifik semptomları olmayanlarda (üretritis, proktitis, faranjitis), bu alanlardan kültür yapılması, üremenin düşük olasılıkla olmasından dolayı önerilmemektedir.

Aşağı genital yol ve anorektal enfeksiyonları olan kadınların bir çoğu ve gonokokal PIH'ı olanların bir kısmı asemtomatiktir. Bu yüzden yüksek oranda şüphelenilerek ve yüksek riskli kadınları tarayarak belirgin oranda enfeksiyon yakalanabilinir (İtil 2005).

Gonore tedavisinde antibiyotik seçilirken bazı faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Bu faktörler :

a) Gonokoklarda sık olarak meydana gelen kromozomal mutasyonlar sonucu bakteri penisilin ve tetrasikline dirençli hale gelmektedir. Bu direnç genellikle düşük düzeylerdedir ve ilgili ilaçların dozu artırılmakla yenilebilir. Bu

nedenle izole edilen N. Gonorrhoeae örneklerine periyodik olarak duyarlılık çalışmaları yapılmalı, tedavi başarısızlığı durumlarında bu direnç akılda tutulmalıdır (Ünal 1993b).

b) Gonore ile birlikte cinsel temasla bulaşan diğer hastalıklar da araştırılmalı ve tedavi edilmelidir. Gonokokal infeksiyonlarla birlikte görülen hastalıkların başında klamidiyal infeksiyonlar gelmektedir. Bu nedenle bu iki infeksiyonun birlikte görülme oranı istatistiksel olarak belirlenmeli ve infeksiyonun fazla olduğu yerlerde her iki infeksiyona yönelik tedavi rejimleri uygulanmalıdır. Gonore ile birlikte bulunabilecek bir diğer hastalık sifilizdir. Bu nedenle gonore tanısı konulan bütün hastalarda serolojik testlerle sifiliz araştırılmalı ve varlığında tedavi edilmelidir.

c) Cinsel yolla bulaşan tüm hastalarda olduğu gibi gonore nedeni ile tedavi edilen hastaların eşlerine de aynı tedavi şeması uygulamalıdır (Köksal 1996).

Gonore de eğer penisiline karşı direç gelişmemiş ise 4.8 milyon ünite prokain penisilin tek doz olarak uygulanır. Eğer penisiline karşı direnç gelişmiş ise;

- 250 mg IM Seftriakson
- 500 mg IM Siprofloksasin
- 400 mg IM oral Ofloksasin
- 2 gr IM Spektinomisin

Seçeneklerinden birisi tek doz olarak uygulanır.

Yenidoğanı gonokokal oftalmiye karşı korumak için doğum sonu %1'lik Gümüş Nitrat göz damlası kullanılır. Eğer yenidoğanda gonokok gelişmişse tedavisinde tek doz enfeksiyonu 25-50 mg/kg IM Seftriakson kullanılır (Yaman Efe 2003).

Korunma da kondom kullanımı sadece gonore de değil cinsel temasla bulaşan hastalıkların çoğu için önemli bir korunma aracıdır. Sipermisitler gonoreye karşı koruyucu olmakla birlikte, kandida vulvovajiniti riskini artırmaktadır. Cinsel ilişkiden önce ve hemen sonra antibiyotik alımı hem gonore hemde sifilizden korur. Ancak bu uygulamanın, dirençli gonokokların gelişme ve yayılması gibi önemli bir riski vardır. Bu nedenle rutin bir uygulama değildir.

Aşı çalışması henüz uygulama aşamasındadır. Seksüel olarak aktif kişilerin, özellikle risk grubu kadınların taranması önemli bir kontrol yöntemidir. Sonuç olarak halk eğitimi ve

kişisel korunma yollarının öğretilmesi, çok eşlilikten kaçınılması sadece gonoreden değil, cinsel temasla bulaşan bütün hastalıklardan korunmada esastır (Köksal 1996).

2.2.3. Lenfo Granüloma İnguinale

Granüloma inguinale (GI) gram- negatif bakteri Calymmatobacterium granulomatis'in neden olduğu, esas olarak genital, inguinal ve anal bölge cilt ve cilt altı dokusunu tutan, cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır (Ünal 1993b).

Hastalık ilk kez 1882'de McLeod tarafından Hindistan'da tarif edilmiş, etken mikroorganizma ise 1905'de Donovan tarafından bulunmuştur (Güngör 1996).

Etkeni; Calymmatobacterium granulomatis gram olumsuz hareketsiz polimorfizim gösteren bir bakteridir. Etken hastalıklı dokuya basılarak lam üzerindeki materyalin Leishman ve Wright boyaları ile gösterilebilir. Leishman boyasında doku içinde 0,5-0,7 mikrometre büyüklüğünde, mavi veya siyah renkte boyanmış yuvarlak veya oval organizmalar halinde görünürler. Elektron mikroskobik incelemeler organizmalar fibriler yapıda kapsül, gram (-) bakterilerdekine benzer bir hücre çeperi içerdiği ve ortadan ikiye bölünerek çoğaldıklarını ortaya koymuştur. Yapay kültür ortamları C. Granulomatisin üremesine uygun değildir (Büke 1982).

Hastalık, ABD'de nadir görülür (yılda 100 vakadan daha az) ancak Yeni Gine, Hindistan, Orta Avustralya, Karayipler ve bir çok diğer tropik ve subtropik bölgede sık olarak rastlanır (Kaminester 2000, Hızel 2001).

Daha çok cinsel olarak aktif yaşlarda ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklarla birlikte görülmektedir. Ekstra genital lezyonlar ve çocuklarda görülen lezyonlar, hastalığın bu yol dışındaki temaslarla bulaşabildiğini göstermektedir. Küçük çocuklar hastalıklı anne ve babalarının oturdukları tuvaletlere temasla enfekte olurlar. Etken mikroorganizmanın gastrointestinal kanalda komensal olarak bulunabildiği ve otoinokülasyonla genital bölgenin infekte edilebileceği bildirilmiştir. Hastalık çok bulaşıcı olmayıp, ancak tekrarlanan temaslarla oluşabilmektedir.

İnkübasyon periyodu tam olarak bilinmemekle birlikte, 14-50 gün olduğu düşünülmektedir. İlk klinik belirti genital bölgede hızla ülsere olan bir papüldür. Ülser kenarları düzensiz, çentikli ve deriden kabarıktır. Tabanı kirli kırmızı renkte ve kaldırım taşı görünümündedir. Ülser ağrılıdır ve pürülan olmayan bir akıntısı vardır. Ülserin yanında yine inguinal bölgede deriden kabarık, yuvarlak şişlikler mevcuttur. Homoseksüel hastalarda anal cinsel temas nedeniyle proktitis olabilir. Bu durumda anal mukoza yumuşak, kırmızı polipoid

görünümdedir ve seröz bir akıntı vardır. Lezyonlar yerlerinde skatriksiel doku bırakarak iyileşirler.

İnfeksiyon hematojen yayılım yapabilir. Karaciğer ve akciğerde oluşmuş sekonder vakalar bildirilmiştir. Endemik olduğu bölgelerde Gİ hastalığının penis ve vulva kanserlerine yol açtığı bildirilmiştir (Ünal 1993b, Allı 2001, Aşçıoğlu ve ark 2001).

Erkeklerde en sık yerleşim yeri prepisyum sulkus koranaryum; kadınlarda ise labiumlardır. Vajen duvarı ve serviks lezyonları az görülmekle birlikte vajinal kanama nedenleri arasında lenfo granüloma inguinale akla gelmelidir. Asemptomatik serviks lezyonları çoğu kez gebelik sırasında aktif hale geçmektedir (Güngör 1996, Karanfilci 1998, Wilson et all 2004).

Tanıda endemik bölgelerde yeni cinsel eş tarifleyen bir hastada hikaye ve fizik muayene bulguları ile yapılabilir. Tanı doku smearleri ve biyopsilerinin Giemsa veya Wright ile boyanması ile tipik hücre içi "Donovan cisimleri" nin gösterilmesi ile doğrulanabilir. Rutinkültür ve serolojik testler yaygın olarak kullanılmamaktadır (Wilson et all 2004).

Granuloma inguinale lezyonları günde en az iki kez sabun ve suyla yıkanmalıdır. Tedavide;

- Tetrasiklin 4x500 mg/gün, 3 hafta süreyle,
- Kloramfenikol 3x500 mg/gün, 3 hafta süreyle,
- Gentamisin 2x40 mg/gün, 3 hafta süreyle,
- Ampisilin 4x500 mg/gün, 3 hafta süreyle kullanılmalıdır (Atasü ve ark 2001).

HIV pozitif kişilerde donovanoz varsa daha uzun süreli tedavi gerekmektedir.

Korunmada geliştirilmiş bir profilaktik önlem yoktur. Ancak 15-40 yaş arası erkeklerin hastalığın yaygın olduğu bölgelerde taranması, asemtomatik ve hastalığı yaymaktan sorumlu kişilerin tedavisi insidansı %1'in altına indirmektedir (Güngör 1996).

2.2.4. Şankroid (Yumuşak Şankr)

Yumuşak şankr, çoğunlukla inguinal adenopati ile birlikte görülen ağrılı, bir veya birden fazla genital ülserlerle beliren akut bir infeksiyondur.

İlk kez 1852'de Bassereau tarafından sifilizden farklı lezyonlar oluşturduğu saptanmış; sifiliz şankrının sert, yumuşak şankr lezyonlarının ise yumuşak özellikte olduğu bildirilmiştir. 1889'da Ducrey şankrdan aldığı pürülan sıvıyı aynı kişinin kol derisine inoküle etmiş, lezyonlar oluşturmuş, bu lezyonlardan aldığı sıvı ile inokülasyonu sürdürmüştür. Sonuçta,

aynı bireyde oluşan lezyonlardan aldığı sıvılarda tek mikroorganizmanın etken olduğunu saptamış; bu mikroorganizmayı mikroskop incelemesiyle kısa, streptobasil şeklinde çomaklar olarak tanımlamıştır. Yumuşak şankr etkeni olan bakteriler ilk kez 1900'de üretilmiştir. Bakteriyi ilk tanımlayan araştırıcının adına ve kültür için tavşan kanı kullanılması nedeniyle yumuşak şankr etkeni Haemophilus ducrei (Bacillus ducrei) olarak belirlenmiştir (Zenilman 1994, Tali Çetin ve ark1995).

Haemophylus ducreyi küçük gram olumsuz, hareketsiz, sporsuz, aerob bakterilerdir. Üremeleri için zengin besi yerlerine gereksinim duyarlar. H. Ducreyi genital bölgede oluşturduğu yumuşak şişlik ve ülserle karakterli lezyonlarda diğer bakterilerle birlikte gram olumsuz çomakçıklar halinde bulunurlar (Büke 1982).

Yumuşak şankr Afrika, Uzak ve Orta Doğu, Orta ve Güney Amerika'da ayrıca gelişmekte olan ülkelerde sık görülür. Bu bölgelerde sifilizden daha yaygındır. Hijyenik şartları düzgün olan ülkelerde oldukça nadirdir (Emond et all 2000, Hızel 2001).

Bulaşma, insandan insana ve genellikle cinsel yolla geçmektedir. Erkeklerde kadınlardan daha fazla görülmektedir. İnokulasyon için epitelin sıyrılması gereklidir. Basiller sağlam kadın genital organlarında aylarca canlılıklarını koruyabilirler, bu bakımdan hastalık çok defa temizliğe uymayan genelev kadınları tarafından erkeklere bulaştırılır (Emond et all 2000).

İnkübasyon süresi 4-7 gündür. Tipik lezyon sonraları vezikül, püstül sonuçta da keskin kenarlı, ağrılı bir ülser haline gelen inflamatuar bir maküldür. Ülserin tabanı, gri renkli bir eksuda ile kaplıdır, kaldırıldığında altından iltihabi granülasyon dokusu çıkar. Genellikle çevre cilt dokusu eritematözdür. Lezyon tipik olarak tektir. Ancak ileriki günlerde otoinokülasyonla multipl lezyonlar meydana gelebilir. Vakaların %50'sinde inguinal lenfadenopati vardır. Lenfadenopati %60 vakada unilateraldir. Lezyonlar erkek hastalarda genellikle penis gövdesinde, glansta ya da perianal bölgede, kadın hastalarda vulva, vajen, serviks ve perianal bölgelerdedir. Primer veya metastatik lezyonlar nadiren kalça, parmaklar, dudaklar, karın ya da göğüste olabilir. Ancak son derece nadirdir (Ünal 1993b).

Yumuşak şankr lezyonları ender olarak püstül halinde kalır; folikülit veya piyojen bir infeksiyonu hatırlatır.

Tanı; lezyondan alınan materyalin çeşitli boyama yöntemleriyle (gram, metilen mavisi) boyanıp etkenin görülmesi ile konur. Lezyonun sifiliz şankrı ile ayrıcı tanısı önemlidir.

Tedavide;

- Eritromisin,
- Trimetoprim sulfometaksozol,

- Depo sulfonamid preperatları,

Tedavi seçeneklerinden biri en az 10 gün olmak üzere ülser ve lenf nodülleri tamamen iyileşene dek kullanılır. Partner tedavisi şarttır (Atasü ve ark 2001).

Korunma da ise hastalığın sıklıkla görüldüğü topluluklarda örneğin askeri kışlalarda korunma için belirli önlemler alınmalıdır. Cinsel temastan hemen sonra genital bölgenin su ve yeşil sabun ile temizlenmesi etkili bulunmuştur. Askerlik başlangıcı ve bitiminde profilaktik olarak ağız yolundan 2 gr sülfatiazol kullanılması ile yumuşak şankr olguların %90 oranında azaldığı saptanmıştır. Yumuşak şankrdan korunma amacıyla prezervatif kullanılması gonore ve sifilize oranla etkisiz bulunmuştur.

H. ducreyi'yi taşıyan tüm kadınların tedavisi olanak dışıdır. Çünkü bunlardan bir kısmında klinik belirti bulunmamaktadır (Tali Çetin ve ark 1995).

2.2.5.Bakteriyel Vajinozis

Eskiden nonspesifik vajinit olarak adlandırılan bu hastalıkta etken küçük, hareketsiz, kapsülsüz, gram-negatif, düşük virülanslı bir basil olan Gardnerella vaginalis ve anaerobik bakterilerdir.

Cinsel yolla bulaşan hastalık olarak düşünülmemektedir. Genellikle normal vajina florasında bulunup; seksüel birleşme, hormonal değişiklikler, hamilelik, antibiyotik kullanımı gibi faktörler hastalığı ortaya çıkarmaktadır.

Bakteriyel vajinozisin %50'si asemptomatiktir. İnce, gri, sulu ve kokmuş balık kokusunu andıran kötü bir akıntı vardır. PH alkalendir (4,5 dan büyük) (Gilbert et all 1998).

Akıntının direk mikroskopla incelenmesinde "clue hücreleri" (granüler tarzda sitoplazmaya sahip gibi görünen epitel hücreleri) görülür. Semptomların hafifliği nedeniyle çoğu kere gözden kaçar ve hatta tedavi bile yapılamaz. Kültür önerilmez, çünkü normal kadınların %40'ının vajinal florasında zaten vardır.

Tedavide;

- Metranidazol 500 mg, günde 2 kez, 7 gün,
- Metranidazol 2 gr, oral, tek doz,
- Klindamisin 300 mg, günde 2 kez, 7 gün,
- Sulfonamidli krem, vajinal, günde 1 kez, 4-5 gün,
- Ampisilin 1gr, günde 4 kez, oral, 7 gün.

Cinsel eş ile birlikte tedavi edilmesi önemlidir (Aşçıoğlu ve ark 2001, Şatıroğlu 2001).

2.3. Cinsel Yolla Bulaşan Klamidya Hastalıkları

2.3.1. Non-Spesifik Üretrit

Kadınlarda servisit ve üretrit, erkeklerde üretrit meydana getiren, cinsel ilişki ile geçen nonspesifik üretrit bildirilmesi zorunlu bir hastalık değildir. Ancak bu hastalığın bel soğukluğundan daha yaygın olması mümkündür.

Etken; vakaların yarısının sorumlu olduğu etken chlamydia trochomatis (serovar trochoma) dır. Gelişmiş ülkelerde CYBH etkenleri arasında C. Trachomatis önemli bir yer tutmaktır (Çavuşoğlu ve ark 1994, Karanfilci 1998).

Klamidyalar ökaryotik hücrelerin zorunlu prokaryotik parazitlerdir. Bir zamanlar virus oldukları düşünülen klamidyalar ikiye bölünerek çoğalmaları, gram negatif çomaklarınkine benzeyen hücre duvarına sahip olmaları ve fiziksel bütünlüklerini daima muhafaza etmeleri, bakterilerinkine benzeyen ribozomları bulunması, DNA ve RNA'yı birlikte içermeleri, özellikle ATP oluşturma yönünden konak hücreye bağımlı iseler de yine de oldukça fazla metabolik aktivitelerinin bulunması, virüslere etkisiz bazı antibakteriyel ilaçlara duyarlı olmaları gibi nedenlerle bakteri özelliği gösterirler ve virüslerden çok farklıdırlar. Bugün kesin olarak bakteriler arasında yer alırlar (Tali Çetin ve ark 1995).

Cinsel temasla bulaşan C. Trachomatis infeksiyonlarının yayılmasında bir takım risk faktörleri önemli rol oynamaktadır. Bu faktörler adolesan grup, cinsel aktivite sıklığı, yeni partner sayısı, kadınlarda non-bariyer kontrasepsiyon yöntemlerin uygulanması, düşük sosyo ekonomik düzeydir (Ağaçfidan 1994).

C.Trachomatis cinsel aktivite gösteren asemptomatik erkeklerin % 0-11'inde saptanmıştır. Erkeklerde klamidyaların neden olduğu en önemli klinik tablo nongonokoksik üretrit (NGÜ) dür. NGÜ'lü erkeklerin % 20-60'ında etkenin C. Trochomatis olduğu görülmüştür. Klamidyalar erkeklerde % 40-80 oranında epididimit de yapabilmektedir. Erkekte infertilitiye neden olduğu henüz kesin olarak kanıtlanamamış olmakla birlikte, infertil erkeklerde C. Trachomatis insidansının % 2.8-7 arasında olduğu bildirilmektedir.

Sağlıklı kadınlarda genital klamidyal infeksiyonların oranı % 0-26 arasında değişmektedir. Cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıklar kliniklerine başvuran kadınlarda bu oran % 50' lere, salpinjitli kadınlarda ise % 70'lere ulaşmaktadır. Genitoüriner belirtileri olan kadınlarda % 10-50, aile planlaması kliniklerine başvuranlarda %2-24, infertil kadınlarda % 1-40, genelev kadınlarında % 4-33 ve gebelerde % 2-44 oranında C. Trachomatis saptandığı bildirilmektedir.

Klamidyal infeksiyonların öykü ve klinik inceleme ile tanınması olanaksız olduğundan, laboratuar tanı yöntemlerine gereksinim vardır. En kesin tanı yöntemi etkenin izalasyonudur.

Uygun koşullarda gerçekleştirilmesinde halinde, klamidyal infeksiyonların tanısında "Altın Standart" Olarak kabul edilmektedir.

Klamidyal infeksiyonların tedavisinde günümüze değin en çok kullanılmış ve incelenmiş olan antibiyotikler tetrasiklin ve makrolidlerdir. Genital infeksiyonlarda temel ilke eşlerin de birlikte tedavi edilmeleridir. Genellikle 10 gün süre ile 2 gr/gün tetrasiklin veya 7 gün süre ile, ilk gün 200 mg, diğer günler 100 mg/gün olacak şekilde doksisiklin uygulanmasının % 90-100 oranında başarı sağladığı belirtilmektedir.

Gebelerde ise ilk seçilecek ilaç eritromisindir. 14 gün süre ile 2 gr/gün uygulandığında % 90 oranında başarılı olmaktadır.

Azalid grubu antibiyotiklerden olan azitromisin, tek doz olarak 1 gr verildiğinde % 98 oranında iyileşme sağlamaktadır.

Klamidyal infeksiyonlardan korunmak amacıyla kontrol programı uygulanan ülkelerde başarı oranın yüksek olması, bu infeksiyonların önlenebilir olduğunu göstermektedir. Bu amaç için aşağıdaki faktörleri içeren bir kontrol programı uygulanmalıdır:

- Ucuz ve hızlı sonuç veren tarama testlerinin geliştirilerek ticari kullanıma sunulması,
- Ucuz sağaltım olanağının yaratılması,
- Klamidyal infeksiyonu olan genç kadın ve erkeklerin cinsel eşlerinin saptanıp, incelenmesi ve gerekiyor ise sağaltımı,
- Sağlık çalışanlarının eğitimi,

Toplumun cinsel davranış biçimlerinin, cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıkları azaltacak yönde değiştirilmeye çalışılması (Ünal ve ark 1996).

2.3.2. Lenfo Granuloma Venereum (LGV)

Lenfo granuloma venereum, chlamydia trachomatisin biyolojik ve serolojik olarak farklılık gösteren L1-L2-L3 tiplerinden gelişir. LGV, gelişmekte olan tropik ve subtropikal iklim bölgelerinde sık rastlanan bir problemdir. Özellikle düşük sosyoekonomik gruplarda; tam istatistikler kolayca elde edilmemekle birlikte, daha çok görülmektedir. ABD'de bildirilen olgu sayısı yılda 500'den azdır. Ülkemizdeki sıklığı ise bilinmemekle birlikte son derece nadir olduğu zannedilmektedir (Atasü ve ark 2001).

LGV esas olarak lenfatik dokunun bir hastalığıdır. Primer lezyon, sekonder lenfadenit veya proktit ve geç komplikasyonlarla seyreden bir hastalıktır (Allı 2001).

Akut LGV başlıca erkeklerde görülürken, erkek homoseksüeller hastalığın başlıca kaynağıdır. Kadınlarda asemptomatik hastalık daha sıktır.

1-4 haftalık kuluçka döneminden sonra başlayan hastalık 3 dönem halindedir.

1.dönem; penis, üretra, skrotum, vajen duvarı, vulva ve serviks gibi genital bölgelerde çoğu kez küçük bir papül veya herpetiform bir ülser çıkar. Çoğu kez silik belirtilerle veya belirtisiz olarak süratle, iz bırakmadan iyileşir.

2.dönem; primer lezyondan günler, haftalar sonra bölgesel lenfadenopati ile ortaya çıkar. Erkeklerde primer lezyon genellikle penis ve ön üretrada olduğu gibi başlıca inguinal lenfadenopati olur. 2/3 hastada lenfadenopati tek taraflıdır. Arka üretra, vajen, cevri, uteri ve rektum lezyonlarında derin iliyak ve perirektal lenf bezleri büyür. Bezler birbirinden ayrı ve ağrılıdır. Yaygın periadenit ve çevresel inflamasyon giderek flüktüasyon veren bir inflamatuvar kitleye (bubo) dönüşür. Bir kısmı fistülize olarak direne olur. Açılan sinüslerden uzun süre koyu kıvamda, sarımsı cerahat akar. Ateş, titreme, kas ve eklem ağrıları, baş ağrısı, anoreksi gibi genel belirtiler tabloya eklenebilir. Lenf yolları aracılığı ile kadınlarda praktit gelişir.

3.dönem; kronik ülseratif dönemdir. Bu dönemde genital ülserler, fistüller; vulva, skrotum, penis gibi dış genital organlarda ülserasyonlu hipertrofik granülomatöz büyümeler, lenf yolu tıkanmaları ile elefantiyaz oluşur. Tedavisiz kalan vakaların % 20'sinde nüks olur. İnfertilite, vajinalar kanamalar olabilir (Güngör 1996).

LGV tanısı için bubon akıntısı, üretra endoservix veya infekte dokuda chlamydia gösterilir (serolojik olarak veya nadiren kültürle). Sıklıkla Frei deri testi ve kompleman fixasyon testi yapılır. Kompleman fixasyon bubon oluşumundan hemen sonra % 80-90 oranında pozitiftir. Serum titresi 1/32 den fazladır. Frei deri testi daha az hassastır. 0,1 ml antijen intradermal verilir. 72 saatte cevap alınır. Pozitif denilebilmesi için 6 mm den büyük, endurasyon ve ödem olması gerekir. Negatif frei testi LGV tanısını ekarte etmez.

LGV için iki serolojik test geliştirilmiştir, bunlar L1 L2 L3 tipleri için immunofloresan antikor varlığını % 95 doğru olarak gösterir ve diğer chlamydia tiplerini göstermez (Uğur ve ark 2001).

LGV tedavisi için önerilen şemalar şunlardır;

- Tetracycline günde 4 kere 500 mg, en az 2 hafta, PO.
- Doxycycline günde 2 kez 100 mg, en az 2 hafta, PO.
- Erythromycin günde 4 kere 500 mg, en az 2 hafta, PO.
- Sulfamethoxazole günde 2 kez 1 gr, en az 2 hafta, PO.

Tetracycline ilk tercih edilmesi gereken ilaçtır, kullanılmadığı durumlarda diğerlerinden biri uygulanmalıdır.

Cinsel partnerlerde yukarıdaki şemalardan biri ile tedavi edilmelidir (Ünal 1993b).

Korunmada ise infeksiyonlu kişilerin ve asemptomatik taşıyıcıların ortaya çıkarılması ve tedavi edilmeleri, kondom kullanılması, cinsel eş sayısının azaltılması, nonoxynol-9 gibi spermisid içeren vajinal köpüklerin kullanılması ve eğitim çalışmaları korunmanın esasını oluşturur (Güngör 1996).

2.4. Cinsel Yolla Bulaşan Mikoplazma İnfeksiyonları

2.4.1. Non-Spesifik Üretrit

Mikoplazmalar doğada yaygın olarak ve insanlarda genellikle solunum yolları ve genital sisteme, hayvanlarda da eklemlere yerleşen mikroorganizmalardır. Bazıları insanlarda ağız ve genital sistemde komensal olarak yaşayabilirse de bazen çeşitli faktörlerin etkisiyle hastalık tablosu oluştururlar.

Mycoplasma hominis ve Ureaplasma urealyticum mycoplasmataceae familyasından Mollicutes sınıfındandır. Her ikisi birden genital mycoplasmalar olarak adlandırılmıştır. Chlamydia ile birlikte gonokok dışı üretritlerin başlıca etkeni olarak gözükürler. Ayrıca kadınlarda kısırlık, düşük, ölü doğum gibi genital hastalıklardan sorumludur. Bu mikroorganizmaların en küçük boyutu 100-200 nm'dir. İyi kaliteli at serumu bulunduran besiyerlerinde aerobik ortamda iyi ürer (Büke 1982).

Mikoplazmalar doğada serbest olarak bulunabilen ve aynı zamanda laboratuar koşullarında üretilebilen en küçük mikroorganizmalardır. Gram, olumsuz, sporsuz, genellikle hareketsiz ve kapsülsüzdürler. Ancak bazılarının dış yüzeyinde bir kapsül maddesi bulunur ve bazı mikoplazmalar da kayma hareketi yaparlar (Emond et all 2000, Hızel 2001).

Mikoplazmalar yavaş ilerleyen, kronik infeksiyonlar oluşturma eğilimi gösterirler. Bu mikroorganizmalar ekstrasellüler parazitlerdir ve hücrelere adzorbe oldukları halde, hücre içine girmezler. Silli ve silsiz epitellerin yüzeylerine tutunurlar ve genellikle mukozalara yerleşir, submukozaya geçmezler.

Ürogenital sistemden en sık izole edilen mikoplazmalar M. Hominis ve U.Urealyticum'dur. Bebekler, doğum sırasında annenin infekte doğum kanalından geçerken kolonize olurlar. Vertikal bulaş oranı %45-66 arasında değişmektedir. Kız bebeklerde, genital sistemin bulaşa daha açık olması nedeniyle kolonizasyon daha sık rastlanan bir durumdur. Genital sistem dışında, solunum yolunda da kolanizasyon olabilir. Neonatal kolanizasyon geçicidir ve 3. aydan sonra belirgin bir azalma görülür; genellikle 2 yıldan uzun sürmez.

Puberteden sonra kolanizasyon cinsel ilişki yoluyla olur. Mikoplazmalar cinsel yönden aktif ve sağlıklı bir çok kadın ve erkeğin normal genital floralarında bulunurlar. Cinsel yönden aktif erişkinlerde kolanizasyon oranı, yaşam boyunca edinilen cinsel eş sayısı ile doğru orantılıdır. Kadınlar erkeklere ve siyah ırk da beyaz ırka göre kolanizasyona daha duyarlıdır. Ayrıca genç kadınlar da ve sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda kolanizasyon daha fazladır. Bariyer kontrasepsiyon yöntemlerinin uygulanması kolonizasyona karşı korunma sağlamaktadır.

M. hominis, sağlıklı kadınların %14-53.6'sının vajina ve serviksten, U. urealyticum ise %40-80'inden izole edilmiştir. Sağlıklı erkeklerin üretralarında alınan örneklerde bu oran biraz daha düşüktür (%19-34.9). Nongonokoksik üretrit (NGÜ) olgularının yaklaşık %20-30'undan U. Urealyticum sorumlu tutulmaktadır (Ertem ve ark 1996).

Erkeklerde üretrit semptomları genellikle, cinsel ilişkiden 7-28 gün sonra ortaya çıkar ve genellikle hafif ağrılı idrar yapma, üretrada rahatsızlık hissi ve mukopürülan bir akıntı şeklindedir. Akıntının hafif ve semptomlarında önemsiz olabilmelerine karşın bunlar, meatus ucunun kurumuş salgılarıyla birbirine yapışmış durumda olduğu sabahın erken saatlerinde daha belirgindir. Muayenede meatus kırmızı renkte bulunabilir ve üzerinde kurumuş salgılara rastlanabilir. Bazen de hastalık ağrılı idrar yapma, sık idrara çıkma, bol miktarda irinli bir salgıyla birlikte çok daha akut şekilde başlayabilir, hematüri görülebilir.

Kadınların büyük bir bölümünde semptom görülmez. Ama bazı vakalarda vajina akıntısı hafif ağrılı idrar yapma, sık idrara çıkma, pelvis ağrısı, ağrılı cinsel ilişki, proktit ve farenjit mevcut olabilir (Emond et all 2000, Hızel 2001).

Tanıda klinik görünümlerine bakılarak mikoplazma infeksiyonunda kuşkulanılan olgularından hazırlanan Gram boyalı preperatlarda etken olabilecek bir mikroorganizmaya rastlanmaması ve alınan örneklerden bakteri izole edilememesi tanıyı destekler. Ancak tanının yine de kültür ile izolasyon, antijen saptama yöntemi ve serolojik yöntemlerle desteklenmesi gerekmektedir (Ertem ve ark 1996).

Tedavide komplikasyonu olmayan enfeksiyonlar 7-14 gün süreyle her altı saatte bir ağız yoluyla kullanılan 500 mg tetrasiklin verilerek tedavi edilir.

Hastalığı nükseden yada komplikasyonların görüldüğü hastalarda daha uzun süreli bir tedaviye (her 6 saatte bir ağız yoluyla 500 mg olmak üzere 21-28 gün süreyle tetrasiklin) ve yatak istirahatine ihtiyaç vardır. Gebe kadınlarda tetrasiklin yerine aynı doz ve süre boyunca eritromisin kullanılmalıdır. Bartholin bezlerinin kistlerinde aspirasyona veya kistin ameliyatla çıkarılmasına ihtiyaç duyulabilir. Bu hastalarda çok zaman rahatsızlıkları dolayısıyla bir

sinirlilik hali ve depresyon ortaya çıkar. Böyle vakalar, eninde sonunda iyileşecekleri konusunda ikna edilmelidirler.

Korunmada, hastalardan iyileşene kadar cinsel ilişkide kesinlikle bulunmamaları istenmelidir. Hastaların cinsel ilişki kurdukları kimseleri bulup muayene ve tedavi etmek gerekir. Tedaviden sonra bütün hastalar 3 ay boyunca düzenli aralıklarla yapılan klinik muayenelerle bakteriyoloji testleriyle ve idrar testleriyle kontrol altında tutulmalıdır. Tedaviden önce ve ardından da üç ay sonra, serolojik sifiliz testleri yapılması gerekir (Karanfilci 1998).

2.5. Cinsel Yolla Bulaşan Virütik Enfeksiyonlar

2.5.1. Genital Herpes

Genital herpes infeksiyonları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında tüm dünyada en sık görülenlerden biri olup; hayat boyu süren, ağrılı ve tekrarlatıcı genital ülserasyonlarla karakterize, sistemik komplikasyonlar ve ciddi psikososyal hastalığa neden olan viral bir infeksiyondur. Genital herpes, sıklıkla herpes simpleks virüs tip 2 (HSV-2) tarafından oluşturulmasına rağmen özellikle son yıllarda herpes simpleks virüs tip 1 (HSV-1)'de etiyolojide rol oynamaktadır (Allı 2001, Noyan 2003).

Herpes virüsü Herpesviridae familyasından kübik simetride bir DNA virüsüdür. Virüs 163 kapsomer içeren ikosahedral bir kapsidle çevrilidir. Yine virüsü çevreleyen lipoprotein yapıda, glikoprotein içeren bir zarf mevcuttur. Ortalama 180 nm büyüklüğündedir. Etere duyarlı bir virüstür (Büke 1982, Noyan 2003).

Gelişmiş ülkelerde özellikle son 20 yılda genital herpes infeksiyonlarında önemli artışlar bildirilmektedir. ABD' de 1978 ile 1992 yılları arasında HSV-2 seropozitivitesinde özellikle genç populasyonu kapsayan yaklaşık %30'luk artış saptanmıştır. İngiltere'de 1989 ile 1994 arasında primer herpes infeksiyonu ile başvuran hasta oranında %24 artış bildirilmiştir. Genital herpes infeksiyonlarındaki artışa neden olabilecek faktörler arasında cinsel ilişkiye erken yaşlarda başlanması, cinsel partner sayısındaki artış, asemptomatik infeksiyonların sık görülmesi, cinsel geçişli hastalıkların önlenmesine yönelik tedbir alınmaması ve tanı yöntemlerinin gelişip yaygınlaşması gibi nedenler sayılabilir (Noyan 2003).

Genital infeksiyon genellikle cinsel ilişkiyle, mukozal yüzeylerden veya derideki çatlaklardan virüsün inokülasyonu sonucu ortaya çıkar. Lezyonlar çok zaman cinsel ilişkiden 4-7 gün sonra kendini gösterir. Hastalık tekrarlama eğilimi taşır. Hasta insanların lezyonları, tükürük, idrar, genital sıvıları ve diğer atıkları ile temas bulaşmaya neden olmaktadır.

Hastalık en sık genç erişkinlerde görülür. İnkübasyon süresi 2-20 gün, ortalama 6 gündür (Allı 2001, Aşçıoğlu ve ark 2001).

Klinik bulgu ve semptomlar kadınlarda erkeklere oranla daha hafiftir. Hastada öncelikle ateş, farenjit, artralji, myalji gibi semptom ve bulgular görülebilir. Vulvada ağrı, kaşıntı, eritem ve ağrılı inguinal lenfadenopatiyi takiben tipik veziküller oluşur. Bu ağrılı veziküller birkaç gün sonra patlayarak etrafı eritemli ülserlere dönüşürler. Mukozal bölgelerde bu ülserler krutlanmadan iyileşirken ciltteki lezyonlarda krutlanma meydana gelir ve iyileşme yaklaşık bir hafta sürer. Üretraya yakın ülsere lezyonlar nedeniyle dizüri sık karşılaşılan bir semptomdur. Vulvar infeksiyon ile birlikte hastaların bir kısmında servikal infeksiyon da gelişir ve genellikle vizköz, kahverengi bir akıntı saptanabilir. Bu hastalarda serviks nekrotik ve frajil bir görünümdedir.

Primer HSV-1 ve HSV-2 infeksiyonları genellikle benzer klinik seyre sahiptir ve semptomların şiddeti ve süresi farklılık göstermektedir. Buna karşın primer HSV-2 infeksiyonlarının daha yüksek oranda komplikasyonlara yol açtığı bildirilmektedir. Bu komplikasyonlar menenjial semptomlar (%28), faranjit (%10), aseptik menenjit (%5) ve sakral radikülopati (%1) olarak sıralanabilir (Noyan 2003).

Tanı, viral kültür veya, immünofloresan gibi uygulaması zor yöntemlerle konabilir. Lezyon tabanında yapılan kazıntı, Giemsa ya da Wright boyası ile boyanıp incelenir. Multinükleer dev hücrelerin görülmesi tanı koydurucudur. Ancak Tzacnk testi denilen bu inceleme ülserleşmiş lezyonlarda pek güvenilir değildir. Şüpheli vakalarda kültür çalışması mutlaka yapılmalıdır (Ünal ve ark 1996).

Spesifik tedavisi yoktur. Perine temiz tutulmalıdır. Sıcak ve nemli pet konulması veya yüzeyel olarak borik asit ya da lokal anestetiklerin uygulanması semptomatik rahatlama sağlayabilir. Lezyonlar çıkmadan önce ya da ilk belirtilerle beraber oral veya topikal olarak bir antiviral ilaç olan asiklovir kullanılarak infeksiyonun süresi ve şiddeti azaltılabilmektedir. Asiklovir 7-14 gün süreyle günde 4-6 kez kullanılır. Ayrıca oral olarak da 10 gün süreyle 200 mgx5 kullanılabilir. Sık tekrarlayan olgularda prafilaktik olarak sürekli asiklovir kullanımı da önerilebilmektedir (Atasü ve ark 2001).

Korunma; herpes virüsü karanlık ve sıcak ortamlarda daha kolay çoğalır. Bu nedenle çamaşırların ve havluların temiz ve kuru tutulması önemlidir. Başkalarının havlu ve çamaşırları kullanılmamalıdır. Veziküller belirmeden önce ilk belirtilerin olduğu (acıma ve ağrı) prodramal dönemde de enfeksiyonun bulaşıcı olduğu konusunda kişiler uyarılmalıdır. Prodromal ve aktif lezyon döneminde cinsel ilişkiden kaçınılmalı, enfeksiyon saptanırsa eşlerin de tedavi edilmesi gerekir. Gebelikte doğuma yakın dönemde herpes enfeksiyonun

varlığı seksiyo endikasyonudur. Lezyonlara elle dokunduktan sonra enfeksiyonu vücudun başka bir kısmına taşımamak için eller sabunla yıkanmalıdır. Sabun ile temas eden virüs iyice parçalanır. Aktif lezyonlara bakım yapan hemşirelerin ellerini iyice yıkamaları hem kendileri hem de diğer hastaları enfeksiyondan korumak açısından önemlidir. Gerektiğinde eldiven giyilmelidir.

Kişiler kişisel hijyen kurallarına uymalı, şahsi eşyalarının temizliğine özen göstermelidir. Kişiler genital herpes konusunda eğitilmeli, bu enfeksiyonun tekrarlayan bir hastalık olduğu anlatılmalı, hastaların cinsel ilişki kurduğu kişiler muayene edilmelidir (Karanfilci 1998).

2.5.2. Condylomata Acuminata (Genital Siğil)

HPV'nin sebep olduğu siğil (wart) şeklindeki klinik lezyon, aslında çok eskiden beri bilinen bir hastalıktır. Siğillerin ilk tanımı ilk kez MS 25 yıllarında Celsus tarafından yazılan yazılarda bulunmuştur, daha sonra 5. yüzyılda Grek ve Roma hekimleri siğiller ve tedavilerinden bahsetmişler, hatta seksüel geçişli olduğuna dair şüphelerini belirtmişlerdir.

Son yıllarda genital infeksiyonlar arasında Human papilloma virüs (HPV)'ün rolü ve yeri giderek artmaktadır. Bazı genital sistem kanserleri ile ilişkisinin gösterilmiş olması da HPV'nin klinikteki önemini son yıllarda çok arttırmıştır (Aşçıoğlu ve ark 2001).

Etken olan virüsler insan papova virüslerindendir. Etere dirençli 43-53 nm büyüklüğünde DNA virüsleridir. 72 kapsomerden oluşan kapsitleri vardır. Doku kültüründe kolayca üreyemezler böylece virüsün DNA bölünmesi ve protein sentezi iyi bilinmemektedir (Büke 1982, Gorbach et all 1992).

HPV'nin 80'e yakın tipi mevcuttur. HPV özellikle serviks, vajen ve vulva epitelinde tümör oluşumunda katkısı olduğu kabul edilen bir virüstür. Bu organlarda 6 ve 11 (nadiren 42, 43, 44) tipleri kondiloma akuminatum hastalığını oluşturmaktadır.Tip 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52 bu tip düz siğillerde subklinik servikal enfeksiyon ve genital neoplasmlara neden olmaktadır (Gorbach et all 1992, Uğur ve ark 2001).

Vajinal doğumlarda doğum kanallarından alınmış yenidoğan hastalığı olmakla birlikte esas bulaşma şekli cinsel ilişki ile olmaktadır. Genital popillomlu bir partnere sahip olan kadınlarda risk oranı %60-85 arasındadır. Hastalık genellikle seksüel aktivitenin fazla olduğu 16-26 yaşlar civarında görülmektedir. Fakat çocuklarda bile görülebilir. HPV' nin inkübasyon periyodu 3-8 ay arasında değişmektedir. Tipik condyloma acuminata en sık olarak genital organlarda, ağızda ya da perianal bölgede görülen büyük, sert olmayan bir siğildir. Siğiller erkeklerde sıklıkla frenulum, coronal oluk ve terminal üretrada görülür ancak penis ya

da skrotumun herhangi bir bölgesi etkilenebilir. Kadınlarda en sık vulva, perine ve anüste görülür (Akdoğan ve ark 1998, Kaminester 2000, Yüce 2001).

HPV ilişkili genital kanserlerin çoğundan aşı ile korunulabilir. En sık görülen hrHPV (HPV 16-18) enfeksiyonuna karşı geliştirilen virüs benzeri partikül aşılarının (VLP) ilk jenerasyonunun 2006 veya 2007'de lisans alabileceği düşünülmektedir. 1970'den beri riskli seksüel davranışlardaki artış 25 yaş altındaki kadınlarda hrHPV prevalansını %30'a yükseltmiştir (Tezcan 2006).

Klinikte en fazla anogenital siğiller (condyloma aküminatum) görülür. Bu lezyon 2-3 mm çaplı, 10-15 mm boyunda, yumuşak, sessiz bir papüldür. Multiple, ince, parmak gibi çıkıntılar şeklindedir. Genellikle nemli yerlerde oluşmaktadır. İzole lezyonlar halinde olabileceği gibi, büyük toplu salkımlar şeklinde de görülebilir. Servikste görülen HPV lezyonlarına yassı (flat) kondilom ismi verilmektedir. 1-4 mm çapındadır. Gözle görülmeyip kolploskopik muayene sırasında tespit edilebilirler (Akdoğan ve ark 1998).

HPV infeksiyonunun basit ve genel olarak tanısı mikroskopta, histolojik olarak koilositozun gösterilmesi ile koyulabilir. Viral infeksiyon varlığını gösteren karakteristik sitolojik değişikliklerin papanicolau boyası ile saptanması servikovajinal hücrelerde tarama amacı ile kullanılmaktadır. Ancak, bu test bu tanı için spesifik değildir. Geçirilmiş veya geçirilmekte olan HPV infeksiyonunu göstermekte güvenilir bir serolojik test olmaması ve virus izolasyonunun yapılamaması nedeniyle kesin tanı HPV DNA'sının örnekte gösterilmesine dayanmaktadır (Uğur ve ark 2001).

Tedavide;

- Padofilin %20'lik tendür benzoat içinde hazırlatılır. Çevre doku korunarak, siğillere uygulanır. İki saat bekletilerek yıkanır. Haftada iki kez uygulanır. Tahriş olursa tedaviye ara verilir. Gebelerde kullanılmamalıdır.
- %30-40 konsantrasyonda hazırlanan salisilik asitli pomadlar çevre doku korunarak lezyon üzerine uygulanır.
- %80-90 konsantrasyonda triklorasetik asit çevre doku korunarak haftada bir kez uygulanır.

Siğiller tedavi ile her zaman koybolmayabilir veya yeni siğiller çıkabilir. Bu durumda tedavi tekrarlanmalıdır (TC. Sağlık Bakanlığı 2003).

Korunma da sünnetsiz erkeklerde sünnet, tekrarlamaları önleyebilir. Hasta kişilerin cinsel ilişki kurdukları kimseler muayene edilmelidir. Sağlam kimseler için tuvalet kağıdı kullanımı alışkanlık haline getirilmelidir. Her tuvaletten çıkışta eller sabunla yıkanmalı, vulva

temiz ve kuru tutulmalıdır, iyi yıkanmış ve sıkmayan kilot kullanılmalıdır. Seksüel eş temiz olmalıdır, şüpheli durumlarda prezervatif kullanılmalıdır (Karanfilci 1998).

2.5.3. Molluskum Kontagiosum

Molluskum kontagiosum'a bir poxvirüs yol açar ve çok sayıda, inci gibi, yumuşak, mumsu, göbekli papüller ile karakterizedir. Kuluçka dönemi birkaç haftadır. Cinsel açıdan aktif bireylerde virus genital bölgede sıklıkla multipl olarak görülmektedir. Avuç içi hariç vücudun herhangi bir yerinde gelişebilir ve çok kez grup oluşturmaktadır. HIV ile infekte hastalarda infeksiyon çok kez yüz ve vücudun üst kısımlarında görünen deri lezyonları ile jenaralizedir.

Molluskum kontagiosum vakaların %67'ye varan oranında diğer CYBH ile bağlantılıdır. Oto inokülasyon sıktır ve bir kaşıma bölgesinde çizgisel dağılımlı çok sayıda lezyonun klinik görünüşü ile fark edilir (Keminester 2000, Wilson et all 2004).

Bulaşma periyodu tam bilinmemekle birlikte görünür lezyonlar olduğu sürece bulaştığı kabul edilir (Karanfilci 1998).

Tanı; lezyonun kendisi molluskum kontagiosum tanısında yeterlidir. Ancak akontotik epidermisten gelişen hiperkeratotik kabuklu bir papülün histolojik yolla gösterilmesiyle tanı kesinleştirilir. Wright boyası ile mikroskopta hücrelerin sitoplazmaları içerisinde inklüzyon cisimciklerinin gösterilmesi tanıyı doğrular.

Tedavi;

- Lokal eksizyon
- Cryoterapi
- Elekrokoter
- Laser vaporizasyonu uygulanabilir (Akdoğan ve ark 1998).

Korunma; Enfekte kişilere ve onların kullandıkları havlu yatak çarşafı gibi eşyalarla fizik temastan kaçınılmalıdır. Çamaşırhanede ortak yıkanılan evde kullanılan çamaşırların 55 santigrat derecede 20 dk yıkanması ve yatak takımları ile iç çamaşırlarının mutlaka ütülenmesi gerekmektedir. Enfekte kişilerle cinsel temastan kaçınılmalı, alafranga tuvaletler kullanılırken temizliğinden emin olunmalıdır (Karanfilci 1998).

2.5.4. Viral Hepatit B Enfeksiyonu

Hepatit B virüsü infeksiyonu, fulminan hepatite, kronik hepatit formuna, karaciğer sirozuna ve hepatoselüler karsinomaya yol açabilmesi nedeni ile günümüzde halen önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (Kantürk ve ark 2005).

Serum hepatitinin nedeni Hepatit B virüsüdür. Hepatit B virüsüne dünyanın her yerinde rastlamak mümkündür. Dünyada 2 milyar insanın hepatit B virüsü (HBV) ile infekte olduğu ve 350 milyon kişinin ise kronik HBV taşıyıcısı olduğu bilinmektedir. Her yıl 50 milyon yeni hepatit vakası gelişmekte, 1-2 milyon kişi hepatit B'nin akut ve kronik sekelleri sonucu ölmektedir.

Gelişmiş ülkelerde örneğin Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve İtalya'da yapılan çalışmalar özellikle adolesan yaş grubunda insidansın çok arttığını ortaya çıkarmıştır. Bu artışın nedeni olarak güvenilir olmayan cinsel ilişki, damar içi ilaç kullanımı ve bu konuda gençlerin yetersiz bilgiye sahip olmaları gösterilmektedir (Köseoğlu ve ark 2004).

Türkiye'de nüfusun ortalama %5'i HBV taşıyıcısı olup en az üç kişiden biri infeksiyona yakalanmış durumdadır. Dünyada yapılan sınıflamaya göre Türkiye orta derecede endemik bölgede yer almaktadır. Taşıyıcılık hızının ise %4-10 arasında olduğu bilinmektedir (Yoldaşcan ve ark 2004, Özbilge ve ark. 2005).

Hepatit B virüsü infeksiyonu 60-180 günlük inkübasyan süresini takiben ikterik, kolestatik, fulminan veya anikterik formlardan biri olarak ortaya çıkar. Akut hepatit B infeksiyonunu takiben HBsAg pozitifliğinin 6 aydan uzun sürmesi, kronik hepatit B infeksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Kronikleşmiş olguların bir kısmında uzun süre semptomsuz taşıyıcılık görülür, bir kısmında progresif aktif karaciğer hastalığı gelişerek siroz ve karaciğer kanseri ile sonuçlanır (Kantürk ve ark 2005).

Hepatit B virüsü dört ana yolla bulaşmaktadır;

- İnfekte kan ya da vücut salgıları ile parenteral temas yoluyla bulaş (perkütan)
- Cinsel yolla bulaş
- İnfekte anneden yenidoğana bulaş (perinatal-vertikal)
- İnfekte kişilerle cinsel olmayan yakın temas ile bulaş (horizontal)(Cengiz ve ark 2000).

Bunların dışında HBsAg dışkı, safra, idrar, ter, tükrük, göz yaşı, süt, meni, vajinal sekrasyon, BOS, synovial sıvı ve kordon kanında da saptanmıştır (Akbulut ve ark 1997).

Hepatit B virüsü enfeksiyonuna yakalanma riski olanların başında sağlık personeli gelmektedir. Bunu takiben hemodiyaliz hastaları, hayat kadınları, intravenöz ilaç

bağımlıları, homosexüeller ve infekte anneden doğan bebekler gelmektedir (Özbölükbaşı ve ark 2004).

Yine mental özürlüler, hapishane, kreş ve askeri birlikler gibi toplu yerlerde yaşayanlar ve ailesinde infekte kişiler olanlar risk altındadır (Karanfilci 1998).

Belirtileri hafif ve sinsi bir şekilde gelişir. Olguların %10'luk bir kısmı ikterik (sarılık) iken %80'ni anikteriktir. Halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, sarılık, idrar renginde koyulaşma, yüksek ateş, karaciğerde büyüme ve ağrı vardır (Pekcan 1997).

Tanıda; immünofloresan boyama ile enfekte hepatositlerin nükleuslarında bulunan HBV çekirdek proteini ile sitoplazmalarında bulunan enfeksiyöz dane partikülleri gösterilebilir, doku örneklerinde viral DNA saptanması duyarlı ve güncel bir tanı yöntemidir aynı zamanda klinikte tanı esas olarak serolojik verilere dayanılarak konmaktadır (Virella 1997).

Tedavide; akut dönemde hastanın istirahati şarttır. Genelikle 4-6 haftalık istirahat yeterli olur. Fulminan hepatite gidiş varsa protein kısıtlanır. Hastanın iştahı iyi değil, bulantı-kusması var veya kendini iyi hissetmiyorsa, IV yolla sıvı tedavisi uygulanabilir. Bulantı ve kusma için metoklopramid tercih edilir.

Alkol en az 6 ay kullanılmamalıdır.

Akut dönemde antiviral tedavi uygulanmaz. Antiviral tedavi endikasyonu kronik aktif hepatitte vardır. Bu olgularda interferon denenebilir. Histopatolojik olarak kronik aktif hepatit tanısı alan olgulara 6 ay haftada 3 gün 5-10 milyon Ü rekombinant interferon alfa IM yolla uygulanır. Bu tedaviye %50-70 oranında yanıt alınmaktadır (Akbulut ve ark 1997).

Tüm önlenebilir hastalıklar gibi heptitten korunma yollarından en önemlisi, kişinin hastalık hakkında bilgi düzeyi ve tutumudur. Bunun yanında virüsün bulaşamasını önleyici tedbirlerin alınması ve genel hijyen tedbirlerine uyulması, aktif bağışıklama ve pasif bağışıklama gelmektedir (Akbulut ve ark 1997, Yoldaşcan ve ark 2004).

Aktif bağışıklama için aşı kullanılır. Aşının herkese yapılması gerekli ise de, öncelikle risk gruplarına uygulanmalıdır. Aşılamada iki farklı şema önerilir. Birincisi 0,1 ve 6.aylarda 3 doz şeklinde, ikincisi 0,1,2 ve 12. aylarda 4 doz şeklinde yapılan uygulamadır.

Pasif bağışıklama uygulaması gereken durumlar: HBsAg pozitif kan veya sekrasyonlarla olan yaralanmalar ya da bunların mukoza ile teması, hastanın diş fırçasını kullanma, hastanın eşi ve taşıyıcı annenin bebeğidir.

Pasif bağışıklamada hepatit B immün globulini (HBIG) kullanılır. HBIG temastan sonra 3 gün içinde 0,06 ml/kg (en fazla 5 ml) dozda IM yolla uygulanır. Gecikilirse 1 haftaya kadar da uygulanabilir. Bu olgularda aynı zamanda aşı programına da başlanır. Aşı ile HBIG farklı bölgelere uygulanabilir (Akbulut ve ark 1997).

2.5.5. Viral Hepatit C Enfeksiyonu

Parenteral ya da nonparenteral yolla bulaşmaktadır. HCV flavivirüs ailesinden olup, 35-50 nm çapında zarflı bir virüstür. Protein kapsitle çevrilmiş, tek sarmallı, lineer, pozitif RNA içerir (Virella 1997).

HCV sıklığı ABD'de genel popülasyonun %1.8'ini oluşturmaktadır. Mısır'da bu oran %10-30'lara çıkmaktadır. Türkiye'de sağlıklı donörlerde anti-HCV sıklığı %0.5-1.6 oranında saptanmaktadır (Öz Bölükbaşı 2004).

HCV esas olarak, infekte kan ve kan ürünleriyle bulaşmaktadır. Anti-HCV taramasının yapılması ile transfüzyonla geçen hepatit olgularının sayısı önemli oranda azalmaktadır. Ülkemizde sık transfüzyon uygulanan hematolojik hastalığı olanlarda anti-HCV pozitifliği %6-18 arasında değişmektedir.

HCV, cinsel yolla da bulaşmaktadır. Kronik HCV infeksiyonlu hastaların eşlerinde yüksek oranda anti-HCV pozitifliği saptanmıştır. Cinsel yolla bulaşma riski beraberlik süresiyle doğru orantılıdır.

Anneden bebeğe bulaşma plasenta aracılığıyla, doğum esnasında veya doğumdan sonra anne sütüyle olabilmektedir.

Horizontal bulaş olasılığı da söz konusudur. Bakımevlerinde ve anti-HCV prevelansının yüksek olduğu ailelerin çocuklarında anti-HCV'nin genel popülasyona göre daha yüksek bulunması bunu desteklemektedir (Uzun 2002).

Başlıca risk gruplarını oluşturan IV uyuşturucu kullananlarda %48-92, sık trasfüzyon yapılanlarda %50-90, diyaliz hastalarında %10-50, homoseksüellerde %0-20, hayat kadınlarında %3-6 anti-HCV prevalansı saptanmıştır.

İnkübasyon dönemi 15-180 (ortalama 50-70) gündür. Akut C hepatiti olgularının %75'i anikterik seyreder. Ciddi ikterik akut hepatit toblosu ise ancak %5-10 olguda gözlenmektedir.

Olguların %60-90'ında kronikleşme görülür. Kronik vakaların %20-40'ında siroz gelişir. Kriptojenik sirozlu olguların %25-75'inde anti-HCV pozitif bulunmuştur.

Hepatosellüler karsinoma riski de fazladır. Hepatosellüler karsinomanın %10-60 nedenin hepatit C olduğu bildirilmektedir.

Tedavide kronik hepatit C'li olgularda interferon alfa 6 ay süreyle, haftada 3 gün 3 milyon Ü şeklinde uygulanır. Bu tedavi ile olguların yarısında interferona yanıt alınır, fakat tedavi kesildikten sonra bu olguların yarısında nüks gelişir.

Korunma; Aşısı yoktur. İmmün globulin uygulamasının da yararı yoktur. Genel hijyenik kurallara uyulması ve kan bankalarında anti-HCV antikorlarının araştırılması gerekir. Diyaliz merkezlerinde de gerekli önlemler alınmalıdır. Cinsel eşin prezervatif kullanması önerilmektedir (Akbulut ve ark 1997).

2.5.6. AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome)

Human Immundeficiency Virüs (HIV) infeksiyonu ve Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) tüm dünyayı etkileyen bir pandemi haline gelip özellikle genç erişkinlerde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Dünyanın her yerinde hastalığa ait bildirimler yapılmakla birlikte bugün hastalığın özellikle Asya ve Afrika kıtalarında tırmanışta olduğu bildirilmektedir (Aydın ve ark 1999, Ceylan ve ark 2002).

HIV (Human Immuno Deficiency Virus) retrovirüslerden zarflı, pozitif iplikli RNA virüsüdür. İkizahedral bir kapsid ve birbirinin aynı 2 RNA iplikçiği (Diploid) içerir. Ters traskriptaz (RNA bağımlı DNA polimeraz) enzimine sahiptir. Retrovirüsler sadece canlı organizmalarda çoğalabilirler. Organizma dışında canlılıklarını sürdüremezler. Pek çok varyasyonu bulunmakla beraber şu ana kadar belirgin 2 tipi saptanmıştır (HIV- 1, HIV-2). Dünyada yaygın olarak görülen HIV 1 infeksiyonudur. HIV 2 infeksiyonu Batı Afrika'da endemik olarak görülmektedir (Bilgel 1997, Atasü ve ark 2001, Kadayıfçı 2001).

AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) ilk kez 1981 yılında ABD'inde eşcinsellerde tanımlanmış ve klinik olarak tanımlanmasından iki yıl sonra, 1983 yılında semptomatik bir hastadan HIV (Human Immun Deficiency Virüs) izole edilmiştir. Bu yıllarda AIDS sadece hasta olan gruba kısıtlı kalmayıp, kadın, erkek, çocuk herkesi etkiler hale gelmiştir. 2004 yılı sonu itibariyle Dünya genelinde 46 milyon kişinin AIDS hastalığına yol açan HIV ile yaşadığı, yalnızca 2004 yılında 5 milyon kişinin HIV infekte olduğu ve 3 milyon kişinin AIDS nedeni ile yaşamını yitirdiği belirtilmektedir. Ölenlerin 1.2 milyonu kadın, 510 bini ise 15 yaş altı çocuklardan oluşmaktadır. Dünya Sağlı Örgütü (DSÖ) raporunda, 2010 yılında dünyadaki HIV/AIDS'li birey sayısının 100 milyona ulaşacağı ve aynı yıl dünyadaki her 4 yetişkinden birinin AIDS' ten yaşamını yitireceği öne sürülmektedir (Sünter ve ark 1996, Ekuklu ve ark 2004).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı verilerine göre ilk olgu 1985 yılında, 1'i kadın 2 kişi için AIDS/HIV bildirimi yapılırken, geçen sürede en çok bildirimler 158 kişi ile 2000,143 ile

1997, 119'ar ile de 1996 ve 1999 yıllarında gerçekleşmiştir. Ancak Türkiye'de 1994 yılı sonrası HIV (+) olanların prevelansının artışı %100'den fazla olmuştur ve bu yönüyle sorun ciddi bir biçimde kötüye gidiş sergilemektedir. Bildirilen vakalar çoğunlukla İstanbul, Ankara, İzmir, Antalya, Trabzon, Eskişehir ve Nevşehir gibi önemli ticaret ve turizm merkezlerinden bildirilmektedir (Sünter ve ark 1996, Ceylan ve ark 2002, Kutlu ve ark 2003).

Tablo 2.1. Türkiye'de Bildirilen AIDS Vaka ve Taşıyıcılarının Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	Vaka	Taşıyıcı	Toplam
1985	1	1	2
1986	2	3	5
1987	7	17	34
1988	9	26	35
1989	11	20	31
1990	14	19	33
1991	17	21	38
1992	18	36	64
1993	29	45	74
1994	34	52	86
1995	34	57	91
1996	37	82	119
1997	38	105	143
1998	29	80	109
1999	28	91	119
2000	46	112	158
2001	40	144	184
2002	27	77	104
Toplam	**431**	**998**	**1429**

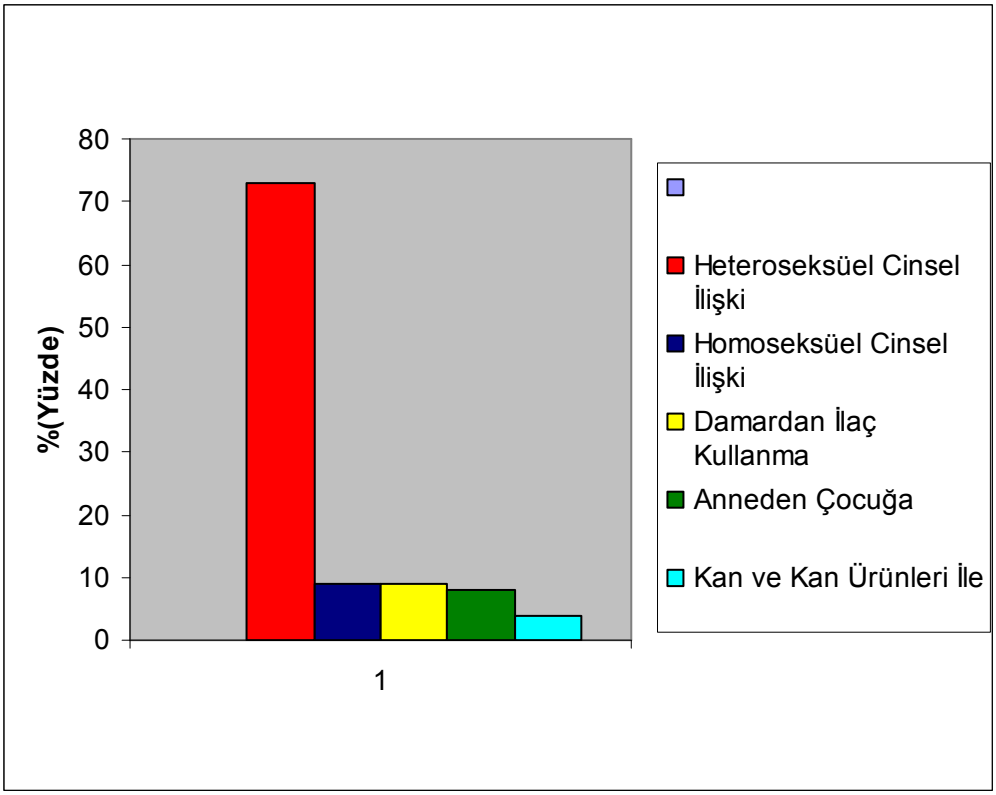
Hastalık HIV ile infekte olmuş hücreler (çoğunlukla lökositler ve lenfositler) içeren sekresyonlar yoluyla bulaşmaktadır. HIV'ın çeşitli vücut salgılarında değişen oranlarda varlığı gösterilmiştir. Bulaşma HIV virüsü taşıyan bir sekresyonun herhangi bir şekilde başka bir insanın kanına karışmasıyla gerçekleşmektedir. Bulaş yolu olarak en sık heteroseksüel korunmasız cinsel temas rol oynamaktadır. Homoseksüel-Biseksüel cinsel temas ve IV uyuşturucu gibi riskli davranışlar infeksiyonun bulaş yolu olarak tesbit edilmiştir. Aynı zamanda kan trasfüzyonu ve enfekte anneden bebeğe bulaş da söz konusudur (Ulusal aile

planlaması hizmet rehberi 1995, Özbaşaran Ulufer 1999a, Dokuzoğuz 2000, Atasü ve ark 2001, Sarp ve ark 2001).

Hastalık en sık cinsel ilişki yoluyla bulaşmaktadır. Semen ve vajina sekresyonlarında HIV'in varlığı gösterilmiştir. Virüs genellikle cinsel organlardaki bir çatlaktan kana karışarak bulaşmaktadır. Virüsün kana karışmasını kolaylaştıran bir lezyonun varlığı ve genellikle travmatik olan anal seks HIV'in bulaşma oranını artırmaktadır. Bir zamanlar sanıldığının aksine HIV heteroseksüel ilişkiyle de yüksek oranda bulaşmaktadır. Virus taşıyan biriyle ilişki sonrasında kadınların erkeklere göre daha fazla infekte olduğu savını destekleyen kanıt yoktur.

HIV kan ve kan ürünleriyle de bulaşmaktadır. Hemofililerde ve IV uyuşturucu kullananlarda yüksek oranda görülmektedir. Kan ürünlerinde HIV antikorlarının rutin olarak taranmaya başlanmasıyla birlikte bu bulaşma yolu önemini kaybetmiştir. HIV taşıyan bir hastanın kan veya vücut sekresyonlarının cilt veya mukoza ile doğrudan temasıyla da HIV bulaşabilmektedir. HIV virüsü taşıyan bir iğnenin kaza sonucu batması durumunda bulaşma riski %0.5'tir.

Hastalık gebe kadınlarda fetüse dolaşım yoluyla da bulaşabilmektedir(Atasü ve ark 2000).



Şekil 2.1.HIV (AIDS) İnfeksiyonunun bulaşma yolları

HIV insandan insana direk temas, solunum sindirim yolu, gözyaşı, tuvalet, giyecekler, yüzme havuzu, böcekler, telefon vb. gibi yollar ile bulaşma olmamaktadır. Tükürük de kan içerdiği zaman bulaştırıcı olabilir.

AIDS açısından önemli risk grubu cinsel etkinliğe ilk kez başlayan ergenlik dönemindekiler ve genç yetişkinler tehlikeye özellikle açıktır. Dolayısıyla, bu kesim, önleyici girişimler açısından özel bir hedef grup oluşturmaktadır. Aynı zamanda hayat kadınları, homoseksüeller, çok miktarda sık sık taze kan alanlar, ortak enjektör kullanan uyuşturucu bağımlıları ve eğitilmemiş sağlık personeli de risk grubunu oluşturmaktadır (Sipahioğlu 1986, WHO 1998, Özbaşaran Ulufer1999b).

Kişilerin HIV + olup olmadıklarını saptamak için serolojik testlerle, etkene karşı geliştirilmiş antikorları saptamak gereklidir. Kişinin etkeni almasıyla antikorların oluşması arasında geçen sürede kişi serolojik testler bakımıdan negatif çıkabilir. Bu devreye "pencere devresi" denilmektedir. Bu dönemde de kişiler bulaştırıcıdır. Ortalama 1-4 ay sürer. Tarama için kullanılan ve en yaygın olarak kullanılan antikor testi ELISA (Enzym linked immünosorbent assay) dır. ELİSA yöntemi ile %95-99 oranında anti-HIV antikorları saptanmaktadır. ELİSA ile reaktif olan serum örnekleri ikinci bir kez test edilmekte, ikinci testte de pozitif ise yardımcı testlerden birisi (WB=Western Blot, IFA=Immunofluorescense Assay) uygulanmaktadır. Eğer serum örneği yardımcı testle reaktif bulunursa sonuç gerçek pozitif olarak kabul edilmektedir (Okuyan ve ark 1991, Bilgel 1997,Yaman Efe 2003).

Diğer laboratuar bulguları sedimantasyon yüksektir, anemi, lokopeni, lenfositopeni, trombositopeni, SGOT ve SGPT değerleri yüksek, serum albumin değeri düşüktür (Karanfilci 1998).

HIV etkenin vücuda girmesiyle hastalık belirtilerinin ortaya çıkması arasında geçen süre oldukça uzundur. Bu özellik HIV enfeksiyonunu diğer bütün enfeksiyon hastalıklarından ayıran önemli bir özelliktir. Hastalığın ortalama kuluçka süresinin ne olduğu kesin olarak bilinmemektedir. En iyimser tahminle bu süre 8 yıl kadardır. Hastalık ilerledikçe sürekli yorgunluk, ateş-üşüme, gece terlemeleri, diare, kilo kayıpları, deri yaraları, kuru öksürük,oral ülserler, genel lenfadenopati, sürekli ve fırsatçı enfeksiyonlar, adele ağrıları görülmektedir (Demir 1994, Gilbert et all 1998).

HIV virüsüne karşı bir tedavi bulunamamıştır. Bugün sadece fırsatçı enfeksiyonlar ve kanserlerin tedavisine çalışılmaktadır. Azidothymidin zidovudin (AZT) ve ribavirinin yaşam süresini uzattığı iddia edilmektedir. AZT tedavisini son derece pahalı olması bugün için rutin kullanılmasını engellemektedir. En önemli yan etkisi ise kemik iliği depresyonu ve buna bağlı

olarak anemi ve lökopenidir. Öte yandan tek ilaçla yapılan tedavilerde direnç sorunu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle son yıllarda "üçlü tedavi" gündeme gelmiş ve böylece serumdaki serbest viral partikül sayısını (viral yük) sıfırlamak mümkün olmuştur.

Aşı üzerinde çalışılmasına rağmen virüsün sürekli olarak yapısını değiştirmesi nedeniyle henüz başarılı bir sonuç elde edilememiştir (Akdoğan ve ark 1998, Atasü ve ark 2001).

Dünyanın bazı bölgelerinde HIV/AIDS yeni vakaların çoğunluğu 15-24 yaş grubunda görülmektedir. Türkiye'de HIV/AIDS olgularının yaşlara göre dağılımı incelendiğinde vakaların %32.7'sinin 20-29 yaş grubunda, %32.0'ının 30-39 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Vakaların sık bildirildiği yaşların cinsel yönden aktif bir dönem olması nedeniyle, yapılacak olan çalışmalar planlanırken bu gruplara özel bir önem verilmesi, yoğun bir şekilde bu kişilere eğitim verilmesi ve gerekli önlemlerin alınması, HIV/AIDS yayılımının önlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Hindistan'da yapılan bir çalışmada da HIV/AIDS eğitimlerinin genç yaşlarda yapılması gerektiği saptanmıştır (Üner 1998, Dönmez 1999).

Enfeksiyonun en önemli ve yaygın olan bulaşma yolu ise cinsel ilişkidir. O nedenle kişilerde güvenli cinsel ilişki kurma davranışı geliştirilerek enfeksiyonun yayılmasını önlemek mümkündür. Güvenli cinsel ilişki davranışı ise şu şekilde olabilir:

- Hiç cinsel ilişkide bulunmamak (cinsel perhiz)
- Hasta veya enfekte olmadığı kesin olarak bilinen tek bir eş ile cinsel ilişkide bulunmak
- Güvenli olmadığından şüphe edilen cinsel ilişki sırasında ilişkinin başından itibaren kondom kullanmak.

Risk gruplarının taranması ve taşıyıcıların saptanması korunmada önemlidir. Aynı zamanda kan yoluyla geçişlerin önlenmesi için kan ve kan ürünlerinin sıkı denetim altında tutulması, bir defa kullanılıp atılan enjektörlerin kullanılması, cerrahi aletlerin iyi sterilize edilmeleri, organ ve doku nakillerinde serolojik testlerin yapılması, gebelik öncesi yapılacak serolojik testler ile kadının sağlık durumunun belirlenmesi, sağlık personelinin eldiven giyme, el yıkama, tüm vücut sıvılarının enfekte olabileceğini düşünerek hareket etme, iğne batmasını engelleyecek şekilde dikkatli davranmanın sağlanması da korunmada önemlidir (Sünter ve ark 1996, Bilgel 1997, Atasü ve ark 2001,Yaman Efe 2003).

HIV/AIDS'in kontrol altına alınmasıyla ilgili umutlar, büyük ölçüde tehdidin ölçeğinin kavranmasına ve önleyici politikaların uygulanmasındaki kararlılığa bağlıdır. Ulusal AIDS programlarının kilit noktasını erken müdahale oluşturmaktadır. Erken müdahale ise şu öğeleri kapsamaktadır: cinsel eğitim, kondom kullanımının yaygınlaştırılması ve CYBH konusunda

dikkatli davranma, davranışsal değişimlerin gerçekleştirilebilmesi açısından elverişli ortamlar yaratılması ve bütün bunları sağlayacak araçların seferber edilmesi. Araştırmalar, HIV/AIDS'in daha iyi anlaşılmasını ve tedavisini sağlamaktadır (WHO 1998).

2.6. Cinsel Yolla Bulaşan Mantar Enfeksiyonları

2.6.1. Kandida Vajiniti

Son yıllarda vajinitin bilinen yaygın sebeplerinde değişmeler olmuştur. Trichomanas vaginalis ile oluşan vajinit artık eskisine oranla çok seyrek olarak görülmektedir. Vajinitin en yaygın sebepleri; kandidiyazis ve karışık flora ile oluşmuş enfeksiyona bağlı bakteriyel vajinozistir (Morton 1993).

Önceleri Candida cinsi içerisinde yalnızca C. albicans'ın patojen olduğu düşünülmüş, 1960'lardan klinik deneyim ve çeşitli deney modellerinin sonuçlarına dayanarak 15 türün patojen olduğu kabul edilmiştir. Etkenler Candida albicans, C. Tropicalis ve C. Glabrata Vajinitlerin %20-25'inden sorumludur. Toplumda her dört kadından üçünün hayatının bir döneminde en az bir kez kandida vajiniti olduğu belirtilmektedir (Tabak 1999, Yücel ve ark 2000, Hızel 2001,).

Candidalar fungi imperfecti grubundan mantarlardır. Bunlar 4-6 mikron çapında yuvarlak ve tomurcuklar oluşturur. Kültürleri için özel ortamlara gereksinim yoktur. Kanlı ve jelöz besi ortamlarında kolaylıkla ürerler (Büke 1982).

Vajinada asemtomatik halde bulunan kandidalar, çeşitli predispozan faktörlerin etkisiyle semptomatik vulvovajinite yol açabilir. Bu faktörler ise, geniş spektrumlu antimikrobik kullanımı (laktobasillusları azaltır), estrojen düzeyinin yüksek olması, gebelik (hücresel immünite azalmıştır), vulvar ısı ve nemi artıran dar ve kapalı giysiler, sentetik ter emmeyen çamaşırların giyilmesi, kontamine alet, nemli havlu kullanılması karbonhidrattan zengin diyet, ıslak mayoları uzun süre giyilmesi, hijyenik olmayan koşullarda deniz, havuz ve saunaya girilmesi, kötü tuvalet alışkanlıkları, normal florayı bozacak şekilde temizlik maddesi ve kozmetik kullanımı, fazla miktarda rafine şeker alımı, radyasyon, obesite, multipl cinsel partner, çok eşlilik ya da yoğun ve travmatik cinsel ilişki ile mukozal bariyerlerin bozulması sayılabilir. %20 oranında cinsel ilişki ile de bulaşma söz konusudur (Osmanağaoğlu 2003, Güçlü 2005).

Vajinal kandidiyazisin kardinal semptomu, geceleri şiddetlenen ve sıcak etkisiyle artan kaşıntıdır. Genellikle vulvada yanma ve eksternal disüri şikayeti eşlik eder. Ayrıca disparoni de olabilir. Vajinal akıntı çok fazla değildir. Kötü koku da nadirdir. Klasik tabloda vulva ve vajinada bilateral inflamatuar reaksiyon, hiperemi ve sıcaklık artışı vardır. Bazen klasik olan

süt kesiği veya koyu peynir görünümündeki akıntı yerine, sulu akıntı da olabilir. Vulva cildinde sıyrıklara neden olabilir. Cinsel partnerler genellikle asemtomatiktir, ancak üretrit ve balanit görülebilir (Del Bene et all 1997, Osmanağaoğlu 2003, TC. Sağlık Bakanlığı 2003 Güçlü 2005).

Kandida vajinitinin en pratik teşhis yöntemi ıslak lamın mikroskobik incelenmesidir. Örnekler vajendeki beyaz plaklardan alınarak %10 KOH (potasyum hidroksit) ile karıştırılır. Mikroskop altında kandidanın karekteristik sporları ve ipliksi oluşumlarının ayırt edilmesiyle teşhis konur (Taşkın 1997).

Tedavide ilk önce infeksiyona zemin hazırlayan şartlar irdelenmeli, diyabet, immün bozukluk araştırılmalı, ilaç kullanımı sorgulanmalı, varsa diğer faktörler engellenmelidir. Tekrarlayan olgularda eş muayenesi yapılmalı ve prezervatifsiz cinsel ilişki yasaklanmalıdır (Aşçıoğlu ve ark 2001).

Clotrimazole vajinal tablet 500 mg gece bir kez tek doz, clotrimazole %10 vajinal krem 5g gece bir kez tek doz.

Sistemik tedavi; itraconazole oral 200 mg günde bir iki kere veya fluconazole 150 mg tek doz.

Vulvayı içeren ek tedavi; clotrimazole %1 krem veya econazole %1 krem günlük iki kere veya nystatin krem anogenital alana üç veya dört gün (Bannister et all 2000).

Tekrarlayan infeksiyonlarda, infeksiyonun vajen mukozası altına doğru ilerleyip ilerlemediği belirlenmelidir. Bu durumda oral ve vajinal tedavi kombinasyonu yararlıdır. Bazı dirençli olgularda tedavi 2-3 siklus tekrarlanabilir (Şatıroğlu 2001).

2.7. Cinsel Yolla Bulaşan Protozoa Enfeksiyonları

2.7.1. Trichomoniasis Vajinalis

Trichomanas Vajinalis, cinsel yolla geçen anaerob, hareketli, ovoid şekilli bir protozoondur. Ön kısmında dört hareketli kamçı, büyük bir nükleus ve arkada da dalgalanan zarı vardır. İnsnlarda yerleşen üç türü vardır. Ancak sadece T. Vajinalis hastalığa sebep olur. Asemptomatik kadınların %5-15'inde görülür. Vajinal enfeksiyon semptomları nedeniyle başvuran kadınların en az %25'inde enfeksiyon olduğu tahmin edilmektedir (Akdoğan ve ark 1998, Güçlü 2005, İtil 2005).

Trichomanas ile enfekte kadınların bir çoğu asemptomatiktir vede klinik özellikler farklıdır. Vajinal akıntı minimalden, yoğun, pürülan, homojen, sarı-yeşil, kokulu ve irrite edici özelliğe kadar değişebilir. Disüri, sık idrara çıkma, vajinal akıntı, disparoni, koku, bel ağrısı diğer olabilecek semptomlardır. Klasik olarak vajinal duvarda eritem ve çilek manzarası

serviks ile birlikte olan, köpüklü, sarı, yapışkan vajinal akıntı, enfekte kadınların %10'dan azında görülür. Genelde en sık görülen yakınma, posterior vajinal fornikste birikmiş şekilde olan homojen sarı-beyaz akıntıyla birlikte olan pis kokulu vajinal akıntıdır (İtil 2005).

Bulaşma büyük oranda cinsel temasla olmakla birlikte, havlu, mayo gibi materyallerin ortak kullanımında da kontaminasyon söz konusudur. Kuluçka süresi 4-20 gün arasındadır. Ortalama 7 gündür. Yıllarca belirti vermeyen bir taşıyıcılık durumu gelişebilir. Bulaşıcılık enfeksiyon var oldukça devam eder ve yıllarca sürebilir (Bilgel 1997, Osmanağaoğlu 2003).

Tanı klinik görünüm dışında semptomatik hastalarda arka forniksten alınan örneklerden hazırlanan taze preparatlarda %70 oranında direkt mikroskopide hareketli, flagelli protozoonun ve artmış lökosit görülmesi ile konulabilir. Ayrıca vajinal akıntı örneği lam üzerinde %10'luk potasyum hidroksit ilave edildiğinde hastaların çoğunda balı kokusu alınabilir (Whiff testi). Beraberindeki bakteriel vajinozisten dolayı yapılan vajinal smear'larda clue hücreler görülebilir. Tanıda, modifiye Diamond besiyeri, immünofloresan tekniği de kullanılabilir (Osmanağaoğlu 2003).

Tedavide;

- Tek doz, 2 g metronidazol ile %90 kür şansı vardır.
- Metronidazol 500 mg, oral, günde 2 kez, 7 gün,
- Ornidazol 1.5 g, oral, tek doz,
- Nimorazol 2g, oral, tek doz,

Metronidazol tedavilerinde alkol kullanımı tedavinin tamamlanmasından sonraki 24 saatin sonuna kadar engellenmelidir. İlaç mutajeniktir. Bu nedenle gebeliğin ilk üç ayında kullanılmamalıdır. Trichomanas vajinalis vajiniti olan hastalarının cinsel eşlerinin üçte biri asemptomatik Trichomanas vajinalis taşıyıcılarıdır. Bu nedenle eşler de tek doz metronidazol ile mutlaka tedavi edilmelidir (Ünal 1993a, Şatıroğlu 2001).

Trikomoniasisli kadının koitustan kaçınması veya eşinin kondom kullanması önerilir. Tampon kullanması akıntıyı absorbe ederek kadının rahatsızlığını azaltır. İyi bir perine hijyeninin önemi vurgulanmalıdır (Taşkın 1997).

2.7.2. Giardiasis

Protozoonların mastigophora üst sınıfından kamçılı bir parazittir. Tüm dünyada yaygındır. İnsanda Giardiasis'i oluşturur.

Giardia intestinalis'in trofozoit ve kist şekilleri vardır. Trofozoiti çok karakteristiktir. Ortasından kesilmiş armuta benzetilebilir. Boyu 10-20 mikron arasındadır. Eni boyunun yarısı kadardır. Ön ucu yuvarlak ve arka ucu sivri iki nükleuslu dört çift kamçısı bulunan protozoondur. Parazit duedonum ve ince bağırsağa yapışır. Nadir olmakla beraber tuvalet temizliği kurallarına dikkat etmeyen kadınların vajinalarında da görülebilir. Çoğunda belirti vermez. Çocuklarda ve büyüklerde ishale ve bazen safra yollarına ilişkin belirtilere neden olur. Homoseksüeller arasında bu parazitte cinsel ilişki ile birinden diğerine geçmektedir (Büke 1982).

Giardiasis kistleri sindirim yolundan alınması ile bulaşır. Kaynak insandır. Belirtisiz infeksiyonların veya hastaların dışkıları ile çıkarttıkları kistler kötü hijyen koşulları nedeniyle besinlere ve suya karıştığında başka kimseleri infekte ederler. Pis eller çok önemli bir infeksiyon kaynağı oluşturur. Giardiasise çocuklarda erişkinlerdekinin üç katı fazla rastlanır. Hastalık en çok 6-12 yaş arasındaki çocuklarda görülür. Kalabalık ailelerin çocukları, yetimhane ve yuvalardaki çocuklar arasında sık rastlanabilir. Hijyen kurallarına dikkat edilmeyen yerlerde daha sık rastlanır.

Tanı; dışkıda Giardia intestinalis trofozoitlerinin veya kistlerinin görülmesiyle konur (Karanfilci 1998).

Tedavide;

- metronidazol günde 2 kez 500 mg, 5gün
- Ornidazol günde 2 kez 250 mg, 5 gün
- Seknidazol 2 gr tek doz
- Furazolidon günde 4 kez 100 mg, 7-10 gün (TC. Sağlık Bakanlığı 2003).

Korunmada ise dışkı ile çıkarılan kistlerin direkt temasla veya besinlerle alınmaması için önlemler alınmalı, çocuklara ve bakıcılara hijyen kuralları öğretilmeli, kişisel hijyen kurallarına uyulmalı, eller sık sık sabunlanmalı, iç çamaşırları kaynatılmalıdır (Karanfilci 1998).

2.7.3. Amoebosis

Amoebosis genellikle Entamoeba hystolitica tarafından oluşturulur. İnsana bulaştırılan formu kisttir. E. Hystolitica insan vücudunda kalın bağırsaktaki boşlukta veya bağırsak duvarında bulunur. Kalın bağırsaktan başka ince bağırsağın son kısmında, karaciğer, akciğer, beyin, testis, safrakesesi, mesane ve deri gibi organ ve dokulara da yerleşebilir. Genç erişkinlerde yaşlı ve çocuklara oranla daha sık görülür. Homoseksüellerde daha yaygın olarak görülmektedir. Parazitin yerleştiği yere göre belirti verir. Üreme ve idrar yolları amoebosisinde kadında serviks üzerinde amipler nedeniyle meydana gelmiş ülserler bulunabildiği gibi vaginitiste de görülebilir. Erkeklerde epididimit apsesine yol açabilir. İdrar yollarının çeşitli kısımlarında infeksiyon yapar (Karanfilci 1998,Uğur ve ark 2000).

E. hystolitica'nın kistleri vücut dışında yaşayabilir. İnsan dışkısıyla kontamine su ve yiyeceklerle bulaşır.

Amebik ülserler şiddetli kanamaya ve nadiren bağırsak duvarında perforasyona neden olurlar. Deri amebiasisi ilerleyici genital, perianal veya abdominal yara kenarında ülserasyona yol açabilir (Uğur ve ark 2000).

Tanıda mikroskopi esastır. Kültür yöntemleri kullanılabilir. Sigmoidoskopi ve rektoskopi muayenesinde görülen tipik ülserlerden kazıma veya aspirasyon ile muayene maddesi alınabildiği gibi, bazen biyopsi ile de muayene maddesi alınabilir. Alınan bağırsak parçasında entemoeba hystolitica aranır (Karanfilci 1998).

Tedavide invazif intestinal amebiasis oral metronidazol 800 mg 8 saatte bir, 5 gün veya tinidazole günde tek doz 2g, 3 gün tedaviden sonra 10 gün süreyle diloksantin furoat 500 mg 8 saatte bir oral olarak verilerek luminal kistler temizlenir. 4 hafta sonra dışkı tekrar temizlenir (Uğur ve ark 2000).

Korunmada E. Hystolitica'nın rezervuarının insan olması ve dışkıyla çıkarılan kistlerle sindirim yolundan bulaşması korunmada hijyen kurallarına uymanın ve dışkının serbest dağılımının önlenmesinin önemini ortaya koyar. Amöbyazın yüksek insidansta görüldüğü toplumlarda bu insidansı azaltmak için kronik ve belirti vermeyen vakalar besin maddeleri ile ilgili işlerde çalışmamalıdır. Bulaşmada kirli sular en önemli rolü oynarlar, lağımların içme sularına karışmasının önlenmesi ve temiz içme suyu sağlanması toplumdaki insidansı süratle düşürür. Suların filtrasyonla temizlenmesi klorlanmasından daha faydalıdır. İnsan dışkısının gübre olarak kullanılmaması, sinek savaşı, besinlerin temiz hazırlanması, halkın eğitilmesi önemli hususlardır. Yetimhane, akıl hastanesi, kışla ve hapishanelerde toplu tedavi ve kişisel hijyen kurallarının yerleştirilmesi başarılı sonuçlar verir (Karanfilci 1998).

2.8. Cinsel Yolla Bulaşan Arthropod (Ektoparazit) Enfeksiyonları

2.8.1. Genital Scabies (Genital Uyuz)

Deride tüneller açan sarcoptes scabiei akarı ile oluşur. 0,4 mm uzunluğundadır. Oldukça hızlı hareket eder ve derinin herhangi bir yerinde yerleşebilir. 5 mm'lik tünellere yumurtalarını bırakır. Yaşam süresi yaklaşık 30 gündür. Scabies yakın seksüel temasın yanı sıra aynı giyecekleri veya yatağı paylaşmakla da bulaşabilir. Önce parmaklarda, gluteal ya da genital bölgede başlayan kaşıntı daha sonra tüm vücuda yayılır. Eller , bilekler, göğüs ve kalçalar sık tutulan yerlerdir (Akdoğan ve ark 1998, Uğur ve ark 2000).

Tanıda bir el merceği ile tüneller, oyuklar görülebilir. Şüpheli lezyonların kaşıntısı ile alınan materyalin mikroskobik incelemesi yetişkin scabiesleri, yumurtaları ve atıkları gösterir (Akdoğan ve ark 1998).

Tedavide hastaların cinsel eşleri ve yakın temastaki hane halkı da tedavi edilmelidir. Elbise, yatak ve evin dezenfeksiyonu tedaviye yardımcı olur. %1'lik Lindan losyon veya kremi ince bir tabaka halinde boyundan başlayarak bütün vücuda sürülür ve 8 saat sonra su ve sabunla yıkanmalıdır. Yada; %25'lik Benzil Benzoat losyonu 2 gece üst üste olmak üzere bütün vücuda sürülür. Hastalar ilacı uygulamadan önce ve son uygulamadan 24 saat sonra su ve sabunla yıkanmalıdır (Akdoğan ve ark 1998, Karanfilci 1998).

Kaşıntı uygun tedaviye rağmen haftalarca sürebilir. Bir hafta sonra klinik olarak iyileşme yoksa tedavi bir kez daha uygulanabilir.

Korunmada başarılı olabilmek için kişilerin temizlik kurallarına uymaları konusunda ciddi bir eğitim şarttır. Hasta kişilerle birlikte cinsel partnerleri ve yakın temas halindeki kişilerin iç çamaşırları ve yatak takımları kaynatılarak temizlenmeli ve güneşte kurutulmalıdır (Karanfilci 1998).

2.8.2. Pediculosis Pubis (Kasık Biti)

Kasık biti 1 mm büyüklüğündedir. Genellikle vulvanın tüylü bölgelerinde bulunur. 6 çift ayağı olup hareketleri yavaştır. 1 çift ayağı tüylere tutunmaya adapte olmuştur. Sirke yada yumurtalarını kıl köklerine bırakır. 7 gün sonra yumurtalardan larvalar çıkar ve 2-3 haftada olgun hale gelirler. Yaşam süresi 30 gündür. Pedikülozis pubis gençler arasında yüksek bulaşıcılığa sahip bir cinsel yolla bulaşan hastalıktır (Akdoğan ve ark 1998).

Pubis biti genellikle anogenital kıllarda yerleşir fakat özellikle gövdeleri aşırı kıllı olan kimselerde başka bölgelerde de bulunabilir. Parazitler gözle görülebilecek kadar büyüktür. Ancak titizlikle aranmadıkça kolay kolay görülemez (Karanfilci 1998).

Allerjik duyarlılığı izleyen yoğun kaşıntı ana semptomdur.

Pubik bölgedeki kıllı kısımdan, kıl folliküllerinin dibindeki yumurtalarının veya bitin kendisinin bir mercek yardımıyla saptanmasıyla tanı konabilir.

Tedavide enfekte bölgeye %1'lik lindan solüsyonu uygulanır. Bunun 12 saat sonra yıkanması yeterli tedaviyi sağlar (Akdoğan ve ark 1998).

Korunmada, bulaşma kaynakları kaynatılmalı veya kuru temizleme ile dekontaminasyona tabi tutulmalıdır. Kişisel hijyene dikkat edilmeli, nüksleri önlemek için tedaviye titizlikle uyulmalı ve kişilerin cinsel partnerleri de tedavi edilmelidir. Enfekte kişilerle cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır (Karanfilci 1998).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Selçuk Üniversitesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi konulu bu çalışma tanımlayıcı (descriptive) nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi

Araştırma, Konya ilinde 2005-2006 eğitim-öğretim yılında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın evreni

Araştırma evrenini; 2005-2006 Eğitim-Öğretim yılı güz döneminde Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Sağlık Yüksek Okulu, Hukuk Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Mesleki Eğitim Fakültesi son sınıflarına kayıt yaptıran öğrenciler oluşturmaktadır. Evren toplam olarak 2787 kişiden oluşmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın örneklemi

Evrenden tabakalı örnekleme yöntemiyle %20 oranında örneklem seçilmesi planlanmıştır. Öngörülen örneklem sayısı olan 558 öğrenciye ulaşabilmek üzere fakülteler sağlıkla ilgili olma durumuna göre tabakalandırılmış, her bir tabakadan öğrenci mevcuduna göre orantılı olarak örnekleme seçilecek öğrenci sayısı belirlenmiştir. Fakültelerin son sınıf öğrenci listeleri fakülte idarelerinden alınarak rastgele sayılar tablosu yardımıyla örnekleme seçilecek öğrenci sayısına ulaşıncaya kadar listeden seçim yapılmıştır. Ancak okula gelmeyen, raporlu olan öğrenciler olması nedeniyle 501 öğrenciye ulaşılmıştır. Araştırmaya katılma oranı %89.9'dur.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Selçuk Üniversitesindeki ön lisans ve lisans üstü programlarında öğrenim gören öğrenciler araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:

Öğrencilerin cinsel sağlık bilgileri, cinsel yaşama ilişkin yaklaşımları, cinsel ilişki deneyimleri.

3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:

Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, cinsiyet, okul türü, geldiği bölge (kentsel/kırsal).

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri toplama aracının hazırlanması

Araştırmada verileri toplamak amacıyla anket formu kullanılmıştır. Anket formu, araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanmıştır.

Anket formu toplam 52 sorudan oluşmakta olup 7 soru açık uçlu, 45 soru ise kapalı uçludur. Anketin 1-14'üncü soruları öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerini, 15-44'üncü sorular cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin genel bilgilerini ve bazı cinsel davranışlarını tespit etmeye yönelik olarak hazırlanmıştır. 45-52'inci sorular ise öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili tutumlarını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

3.6.2. Veri toplama aracının ön uygulaması

Anket formunda yer alan soruların anlaşılırlığını saptamak için anket formu Selçuk Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi dekanlığından izin alınarak, son sınıf öğrencilerine uygulanmıştır. Öğrencilerden 'Basit Rasgele Sayılar Tablosu' yardımı ile, anketi cevaplamak istemeyen öğrencilerin de olabileceği düşünülerek, sınıf listesinden 40 kişi seçilmiş ve anketi cevaplamayı kabul eden 30 kişiye anket uygulanmıştır. Uygulama sırasında öğrencilerin yanında sadece araştırmacı bulunmuştur. Uygulama sonucunda anlaşılmayan ya da yanlış anlaşılan sorularda gerekli düzenlemeler yapılarak anket formu son halini almıştır (Ek-1).

3.6.3. Araştırmanın izni

Araştırmaya başlamadan önce Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Hukuk Fakültesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi, Mesleki Eğitim Fakültesi Dekanlıklarından ve Sağlık Yüksek Okulu Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek2).

3.6.4. Veri toplama aracının uygulanması

Anket formu 01/02/2006-01/03/2006 tarihleri arasında araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Örnekleme seçilen öğrencilere araştırmanın amacı açıklanarak araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere anket formu sınıf ortamında toplu halde gözlem altında uygulanmıştır.

Anket formları öğrencilerin rehber öğretim görevlileri tarafından planlanan bir saatte uygulanmıştır. Anket uygulamasına katılan öğrenciler hariç, tüm öğrenciler sınıf dışına çıkarılmış, öğrenciler anketleri cevaplarken yanlarında sadece araştırmacı bulunmuş ve anketin uygulama sebebini ankete katılanlara açıklamış, daha sonra anket formları dağıtılmış ve öğrencilerin cevaplamaları istenmiştir. Cevaplama süresi ortalama 20 dakika almıştır.

3.6.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler; anketlerden bilgisayar ortamına araştırmacı tarafından aktarılmış ve bir veri tabanı oluşturulmuştur. Elde edilen veri tabanı, SPSS-13.0 İstatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede; veriler frekans, yüzde (%), aritmetik ortalama ± standart sapma ($\tilde{x}$ ± ss) ile tanımlanmış ve uygun tablolarda gösterilmiştir. İstatistiki analizde ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır. $P<0.05$ olduğunda aradaki fark anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma Selçuk Üniversitesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla 355 kız, 166 erkek toplam 501 üniversite öğrencisi ile gerçekleşmiştir.

Araştırmada bulgular, sosyo- demografik özellikler, öğrencilerin cinselliğe ilişkin düşünce, yaklaşım ve deneyimlerine ait bulgular ve öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi durumlarına ait bulgular olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

4.1. Demografik Bulgular

Öğrencilerin %66.9'u kız, %33.1'i erkektir ve öğrencilerin %98.2'si bekardır.

Öğrencilerin %1.4'ünün kardeşi yok, %24.8'inin 1 kardeşi, %33.3'ünün 2 kardeşi, %19.6'sının 3 kardeşi, %21.0'ının 4 ve daha fazla kardeşi vardır.

Öğrencilerin %31.9'u yurtta, %1.2'si akrabalarıyla, %41.9'u arkadaşlarıyla evde, %5.4'ü kendi başına evde, %19.6'sı ailesinin yanında kalmaktadır.

Öğrencilerin en uzun süre yaşadığı yerleşim birimine baktığımızda %91.2'sinin kentsel bölgede, %8.8'inin kırsal bölgede yaşamakta olduğu görülmektedir. Öğrencilerin %90.6'sı çekirdek, %9.4'ü geniş aileye sahiptir.

Öğrencilerin %9.8'inin sağlık güvencesi olmayıp, %28.9'unun Emekli Sandığı, %36.7'sinin Sosyal Sigortalar kurumu (SSK), %18.6'sının Bağ-Kur, %2.0'ının yeşil kart ve %4.0'ının fakülte sağlık karnesi bulunmaktadır.

Öğrencilerin annelerinin %11.8'i okur yazar olmayıp, %70.1'i ilköğretim mezunu, %11.8'i ortaöğretim mezunu, %6.4'ü yükseköğretim mezunudur.

Öğrencilerin annelerinin %86.0'ı çalışmamakta, %13.0'ı ücretli çalışmakta, %1.0'ı ise serbest çalışmaktadır.

Öğrencilerin babalarının %15.6'sı ilköğretim mezunu, %37.9'u ortaöğretim mezunu, %46.5'i yükseköğretim mezunudur.

Öğrencilerin babalarının %1.2'si çalışmamakta, %74.1'i ücretli çalışmakta, %24.8'i serbest çalışmaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Üniversite Öğrencilerinin Bazı Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (Konya 2006).

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	OKUL TÜRÜ					
	Sağlıkla İlgili		Sağlıkla İlgili Olmayan		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet						
Kız	90	72.6	245	65.0	335	66.9
Erkek	34	27.4	132	35.0	166	33.1
Kardeş Sayısı						
Yok	4	3.2	3	0.8	7	1.4
1 Kardeş	21	16.9	103	27.3	124	24.8
2 Kardeş	50	40.3	117	31.0	167	33.3
3 Kardeş	22	17.7	76	20.2	98	19.6
4 Kardeş ve Üzeri	27	21.8	78	20.7	105	21.0
Birlikte oturdukları kişiler						
Yurt	31	25.0	129	34.2	160	31.9
Akrabalar	4	3.2	2	0.5	6	1.2
Arkadaşlarla Evde	39	31.5	171	45.4	210	41.9
Kendi Başıma Evde	8	6.5	19	5.0	27	5.4
Ailemin Yanında	42	33.9	56	14.9	98	19.6
Yerleşim Birimi						
Kent	115	92.7	342	90.7	457	91.2
Kır	9	7.3	35	9.3	44	8.8
Medeni Durum						
Hiç Evlenmemiş	121	97.6	371	98.4	492	98.2
Evli	3	2.4	6	1.6	9	1.8
Aile Tipi						
Çekirdek	116	93.5	338	89.7	454	90.6
Geniş	8	6.5	39	10.3	47	9.4
Sosyal Güvence						
Yok	10	8.1	39	10.3	49	9.8
Emekli Sandığı	39	31.5	106	28.1	145	28.9
SSK	39	31.5	145	38.5	184	36.7
Bağ-Kur	27	21.8	66	17.5	93	18.6
Yeşil Kart	3	2.4	7	1.9	10	2.0
Fakülte Sağlık Karnesi	6	4.8	14	3.7	20	4.0
Anne Eğitimi						
Okur Yazar Değil	13	10.5	46	12.2	59	11.8
İlk öğretim	90	72.6	261	69.2	351	70.1
Orta Öğretim	12	9.7	47	12.5	59	11.8
Yüksek öğretim	9	7.3	23	6.1	32	6.4
Anne Mesleği						
Çalışmıyor	110	88.7	321	85.1	431	86.0
Ücretli Çalışıyor	14	11.3	51	13.5	65	13.0
Serbest	0	0.0	5	1.3	5	1.0
Baba Eğitimi						
İlk öğretim	13	10.5	65	17.2	78	15.6
Orta Öğretim	52	41.9	138	36.6	190	37.9
Yüksek öğretim	59	47.6	174	46.2	233	46.5
Baba Mesleği						
Çalışmıyor	1	0.8	5	1.3	6	1.2
Ücretli Çalışıyor	94	75.8	277	73.5	371	74.1
Serbest	29	23.4	95	25.2	124	24.8

4.2. Öğrencilerin Cinselliğe İlişkin Düşünce, Yaklaşım ve Deneyimlerine Ait Bulgular

Öğrencilerin ailelerinin öğrencilere karşı genel tutumları incelendiğinde, öğrencilerin büyük bir kısmı ailelerinin kendilerine karşı karşılıklı anlayış ve güvene dayalı bir tutum sergilediklerini belirtmişlerdir. Üzerimde otorite kurmak isterler ve bana hiç bir şekilde karışmazlar diye belirten öğrencilerin oranı ise %3.8 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Üniversite Öğrencilerinin Aile Tutumları Hakkındaki Görüşlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006)

AİLE TUTUMU	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Karşılıklı anlayış ve güvene dayalı bir tutum	258	77.0	127	76.5	385	76.8
Üzerimde otorite kurmak isterler	17	5.1	2	1.2	19	3.8
Bana hiç bir şekilde karışmazlar	5	1.5	14	8.4	19	3.8
Bana karşı tavırları değişkendir	21	6.3	13	7.8	34	6.8
Anne ve babamın bana karşı tavırları birbirinden farklıdır	44	9.6	0	0.0	44	8.8
TOPLAM	457	100.0	44	166	501	100.0

Öğrencilerin aileleriyle cinsel konularda konuşma durumu incelediğinde; öğrencilerin %33.7'si ailesiyle cinsel konuları dolaylı olarak konuştuğunu, %27.1'i ise cinsel konuların tabu olduğu inancıyla kesinlikle konuşmadığını belirtmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Üniversite Öğrencilerinin Aileleri İle Cinsel Konularda Konuşma Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

AİLE İLE CİNSEL KONULARI KONUŞMA DURUMU	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsellik tabudur kesinlikle konuşulmaz	76	22.7	60	36.1	136	27.1
Cinsellik dolaylı olarak konuşulur	116	34.6	53	31.9	169	33.7
Cinsel konularda konuşulmaz fakat sorularıma cevap verilir	89	26.6	23	13.9	112	22.4
Cinsel konularda rahatlıkla konuşulur	36	10.7	13	7.8	49	9.8
Konuşulmaz ancak tabu değildir	18	5.4	17	10.2	35	7.0
TOPLAM	335	100.0	166	100.0	501	100.0

Tablo 4.4'te de görüldüğü gibi öğrencilerin %58.1'i evlilik öncesi her türlü cinsel deneyime karşı olduklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %7.0'ı ise evlilik öncesi cinselliğin doğal bir biçimde yaşanması gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Üniversite Öğrencilerinin Evlilik Öncesi Cinsellik Konusundaki Düşüncelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

EVLİLİK ÖNCESİCİNSELLİK KONUSUNDA DÜŞÜNCELER	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evlilik öncesi her türlü cinsel deneyime karşıyım	207	61.8	84	50.6	291	58.1
Evlilik öncesi cinsel yaşam sınırlı olmalıdır	85	25.4	50	30.1	135	26.9
Evlilik öncesi cinsellik doğal bir biçimde yaşanmalı	15	4.5	20	12.0	35	7.0
Evlilik öncesi cinsel yaşam yalnızca erkekler için doğal	13	3.9	10	6.0	23	4.6
Bir fikrim yok	15	4.5	2	1.2	17	3.4
TOPLAM	335	100.0	166	100.0	501	100.0

Öğrencilerden CYBH tedavisi için doktora giderim diyenlerin oranı daha yüksek bulundu. Eczaneye gidip ilaç alınmalı ve deneyimli arkadaşlara danışılmalı diyen kız öğrencilerin oranı %9.6, erkek öğrencilerin oranı ise %13.3'tür (Tablo 4.5). CYBH'ların tedavisinde yapılması gerekenleri bilme bakımından cinsiyetler arasında önemli fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Üniversite Öğrencilerinin CYBH Tedavisi İçin Yapılması Gerekenler Konusundaki Yanıtlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

CYBH TEDAVİSİ İÇİN YAPILMASI GEREKENLER	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktora Gidilmeli	303	90.4	144	86.7	447	89.2
Diğer*	32	9.6	22	13.3	54	10.8
TOPLAM	335	100.0	166	100.0	501	100.0

χ^2=1.219, Sd=1, p=0.269

*Eczaneye gidip ilaç alınmalı, deneyimli arkadaşlara danışılmalı.

Öğrencilerin %89.2'si CYBH tedavisi için doktora gidilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu oran sağlıkla ilgili okullarda %90.3 iken, sağlıkla ilgili olmayan okullarda %88.9'dur (Tablo 4.6). CYBH'ların tedavisinde yapılması gerekenleri bilme bakımından okullar arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.6. Üniversite Öğrencilerinin CYBH Tedavisi İçin Yapılması Gerekenler Konusundaki Yanıtlarının Okul Türüne Göre Dağılımı (Konya 2006).

CYBH TEDAVİSİ İÇİN YAPILMASI GEREKENLER	OKUL				Toplam	
	Sağlıkla İlgili		Sağlıkla İlgili Olmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktora Gidilmeli	112	90.3	335	88.9	447	89.2
Diğer*	12	9.7	42	11.1	54	10.8
TOPLAM	124	100.0	166	100.0	501	100.0

χ^2=0.083, Sd=1, p=0.773
*Eczaneye gidip ilaç alınmalı, deneyimli arkadaşlara danışılmalı.

Öğrencilere CYBH'dan korunmak için yapılması gerekenler sorulduğunda; öğrencilerin %31.96'sı hastalığı bulaştırma ihtimali olanlarla riskli kişilerle ilişkiye girmemek olarak belirtmiştir. %31.54 oranlarında ise kondom kullanmak ve tek eşliliği belirtmişlerdir. CYBH'dan korunmak için gebeliği önleyici hap kullanılmalıdır diyen öğrencilerin oranı ise %1.26'dır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Üniversite Öğrencilerinin CYBH Korunmak İçin Yapılması Gerekenler Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı (Konya 2006).

CYBH KORUNMAK İÇİN YAPILMASI GEREKENLER	Sayı	%
Hastalığı Bulaştırma İhtimali Olanlarla Riskli Kişilerle İlişkiye Girmemek	380	31.96
Kondom Kullanmak	375	31.54
Tek Eşlilik	375	31.54
Kimseyle Cinsel İlişki Kurmamak	44	3.70
Gebeliği Önleyici Hap Kullanmak	15	1.26
TOPLAM	1189	100

Öğrencilerin CYBH olması durumunda ilk tercih edecekleri sağlık kuruluşu olarak çoğu uzman hekimleri belirtmişlerdir. Hastane olarak belirten öğrencilerin oranı ise kız öğrencilerde %9.9, erkek öğrencilerde ise %15.1'dir (Tablo 4.8). CYBH olması durumunda ilk başvurulacak sağlık kurumu bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.8. Üniversite Öğrencilerinin CYBH Olması Durumunda İlk Başvurulacak Sağlık Kurumu Tercihlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

İLK BAŞVURULAN SAĞLIK KURUMU	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Uzman Hekim	249	74.3	117	70.5	366	73.1
Sağlık Ocağı	53	15.8	24	14.5	77	15.4
Hastane	33	9.9	25	15.1	58	11.6
TOPLAM	335	100.0	166	100.0	501	100.0

χ^2=2.961, Sd=2, p=0.228

Öğrencilere bir kişinin CYBH olması durumunda bu sorunu kiminle paylaşması gerektiği sorulduğunda %48.5'i "doktor" olarak belirtmiştir. Öğrencilerin %46.9'u aile, sağlık personeli ve arkadaşı belirtirken, %0.8'i ise hiç kimse ile paylaşmasına gerek olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Üniversite Öğrencilerinin Bir Kişinin CYBH Olması Durumunda Bu Sorunu Paylaşacağı Kişi Tercihlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006)

SORUNU PAYLAŞACAĞI KİŞİ TERCİHİ	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiç Kimse	0	0,0	4	2.4	4	0,8
Cinsel İlişkide Bulunduğu Kişi	16	4.8	3	1.8	19	3.8
Doktor	148	44.2	95	57.2	243	48.5
Diğer *	171	51.0	64	38.6	235	46.9
TOPLAM	335	100.0	166	100.0	501	100.0

*Aile, sağlık personeli,arkadaş

Tablo 4.10'da öğrencilerin "şimdiye kadar cinsel deneyiminiz oldu mu?" sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımları görülmektedir.

Erkek öğrencilerin %36.1'i, kız öğrencilerin ise %3.9'u bu soruya "evet" cevabı vermiştir (Tablo 4.10). Erkek öğrencilerin cinsel deneyim yaşama oranları kız öğrencilere göre anlamlı ölçüde daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Tabloya göre cinsel deneyim yaşayan erkek öğrenci oranı kız öğrenci oranından daha fazla bulunmuştur

Tablo 4.10. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Deneyim Yaşama Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

CİNSEL DENEYİM YAŞAMA	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	13	3.9	60	36.1	73	14.6
Hayır	322	96.1	106	63.9	428	85.4
TOPLAM	335	100.0	166	100.0	501	100.0

χ^2=90.250, Sd=1, p=0.0005

.

Tablo 4.11'de öğrencilerin "şimdiye kadar cinsel deneyiminiz oldu mu?" sorusuna verdikleri cevapların yaşadıkları yerleşim birimlerine göre dağılımları görülmektedir.

Öğrencilerin %85.4'ünün cinsel deneyim yaşamadığı, %14.6'sının cinsel deneyim yaşadığı bu oranın kentsel bölgede yaşayan öğrencilerde %14.2, kırsal bölgede yaşayan öğrencilerde ise, %18.2 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.11). Kentsel bölgede yaşayan öğrencilerin cinsel deneyim yaşama oranı, kırsal bölgede yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Deneyim Yaşama Durumlarının Yaşadıkları Yerleşim Birimlerine Göre Dağılımı (Konya 2006).

CİNSEL DENEYİM YAŞAMA	YAŞADIĞI YERLEŞİM BİRİMİ				Toplam	
	Kentsel		Kırsal			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	65	14.2	8	18.2	73	14.6
Hayır	392	85.8	36	81.8	428	85.4
TOPLAM	457	100.0	44	100.0	501	100.0

χ^2=0.478, Sd=1, p=0.490

Öğrencilere ilk cinsel ilişkide bulundukları kişi sorulduğunda %41.1'i sevgilisiyle cinsel ilişkide bulunduğunu belirtmiştir. %28.8'i ise para karşılığı tanımadığı bir kişi ile cinsel ilişkide bulunmuştur. Bu oranın kız öğrencilerde %0.0, erkek öğrencilerde ise %35.0 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Üniversite Öğrencilerinin İlk Cinsel İlişki Deneyimlerini Yaşadıkları Kişilerin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

İLK CİNSEL İLİŞKİDE BULUNULAN KİŞİ	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bir Arkadaşımla	0	0,0	8	13.3	8	11.0
Sevgilimle	8	61.5	22	36.7	30	41.1
Para Karşılığı Tanımadığım Bir Kişi İle	0	0,0	21	35.0	21	28.8
Para Karşılığı Olmaksızın Tanımadığım Bir Kişi İle	0	0,0	8	13.3	8	11.0
Eşimle	5	38.5	1	1.7	6	8.2
TOPLAM	13	100.0	60	100.0	73	100.0

Tablo 4.13'te görüldüğü gibi ilk cinsel ilişki sırasında kız öğrencilerin %76.9'u, erkek öğrencilerin %55.0'ı korunma yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.13).

Cinsiyetler arasında korunma yöntemi kullanma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Cinsel İlişki Deneyimi Olan Öğrencilerin İlk Cinsel İlişkilerinde Korunma Yöntemi Kullanma Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

KORUNMA YÖNTEMİ KULLANMA DURUMU	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	10	76.9	34	55.0	44	59.5
Hayır	3	23.1	27	44.3	30	40.5
TOPLAM	13	100.0	61	100.0	74	100.0

χ^2=1.213, Sd=1 p=0.271

Tablo 4.14'de öğrencilerin ilk cinsel ilişki sırasında korunma yöntemi kullanma durumlarının okul türüne göre dağılımları görülmektedir.

Öğrencilerin %59.5'i ilk cinsel ilişki sırasında korunma yöntemi kullandığını belirtmiştir. Bu oran sağlıkla ilgili okullarda %57.1 iken, sağlıkla ilgili olmayan okullarda %60.0'dır (Tablo 4.14). Okul türüne göre korunma yöntemi kullanma durumu bakımından istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır (p>0.05)

Tablo 4.14. Cinsel İlişki Deneyimi Olan Öğrencilerin İlk Cinsel İlişkilerinde Korunma Yöntemi Kullanma Durumlarının Okul Türüne Göre Dağılımı (Konya 2006).

KORUNMA YÖNTEMİ KULLANMA DURUMU	OKUL				Toplam	
	Sağlıkla İlgili		Sağlıkla İlgili Olmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	8	57.1	36	60.0	44	59.5
Hayır	6	42.9	24	40.0	30	40.5
TOPLAM	14	100.0	60	100.0	74	100.0

χ^2=0.038, Sd=1 p=0.845

Öğrencilerden ilk cinsel ilişki sırasında korunma yöntemi olarak prezervatifi tercih edenlerin oranı daha yüksek bulundu. İlk cinsel ilişki sırasında geri çekme yöntemini kullanan kız öğrencilerin oranı %30.0, erkek öğrencilerin oranı ise %2.9'dur (Tablo 4.15). Cinsiyetler

arasında ilk cinsel ilişki sırasında koruma yöntemi seçimleri bakımından istatistiksel olarak önemli fark vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.15. Cinsel İlişki Deneyimi Olan Öğrencilerin İlk Cinsel İlişkilerinde Korunma Yöntemi Seçimlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

KORUNMA YÖNTEMİ	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Prezervatif	7	70.0	33	97.1	40	90.9
Geri Çekme	3	30.0	1	2.9	4	9.1
TOPLAM	10	100.0	34	100.0	44	100.0

χ^2=3.963, Sd=1, p=0.047

Öğrencilerin çoğu ilk cinsel ilişki sırasında gebeliği önlemek için korunduklarını belirtmişlerdir. Kız öğrencilerin %0.0'ı erkek öğrencilerin ise %40.0'ı CYBH'ı önlemek amacıyla korunduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.16). İlk cinsel ilişki sırasında korunma amaçları bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.16. Üniversite Öğrencilerinin İlk Cinsel İlişki Sırasında Korunma Yöntemi Kullanma Amacının Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

KORUNMA YÖNTEMİ KULLANMA AMACI	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gebeliği Önlemek	11	100.0	21	60.0	32	69.6
CYBH Korunmak	0	0,0	14	40.0	14	30.4
TOPLAM	11	100.0	35	100.0	46	100.0

χ^2=4.577, Sd=1, p=0.032
Birden fazla cevap verme hakkı tanınmıştır.

Tablo 4.17'de öğrencilerin ilk cinsel ilişki sırasında korunma yöntemi kullanma amacının okul türüne göre dağılımları görülmektedir.

Öğrencilerin %30.4'ü CYBH'ı önlemek için korunduğunu belirtmiştir. Bu oranın sağlıkla ilgili okullarda %11.1 iken, sağlıkla ilgili olmayan okullarda %35.1'dir (Tablo 4.17). ilk cinsel ilişki sırasında korunma amaçları bakımından okul türleri arasında istatistiksel olarak önemli fark yoktur (p>0.05).

Tablo 4.17. Üniversite Öğrencilerinin İlk Cinsel İlişki Sırasında Korunma Yöntemi Kullanma Amacının Okul Türüne Göre Dağılımı (Konya 2006).

KORUNMA YÖNTEMİ KULLANMA AMACI	OKUL				Toplam	
	Sağlıkla İlgili		Sağlıkla İlgili Olmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gebeliği Önlemek	8	88.9	24	64.9	32	69.6
CYBH'ı Önlemek	1	11.1	13	35.1	14	30.4
TOPLAM	9	100.0	37	100.0	46	100.0

χ^2=1.002, Sd=1, p=0.317
Birden fazla cevap verme hakkı tanınmıştır.

Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin çoğu CYBH geçirmediğini belirtmiştir. CYBH geçiren kız öğrencilerin oranı %0.6, erkek öğrencilerin oranı ise %3.6'dır (Tablo 4.18). Erkek öğrencilerin CYBH geçirme oranları kız öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.18. Cinsel İlişki Deneyimi Olan Öğrencilerin CYBH Geçirip Geçirmeme Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

CYBHGEÇİRME DURUMU	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	2	0,6	6	3.6	8	1.6
Hayır	333	99.4	160	96.4	493	98.4
TOPLAM	335	100.0	166	100.0	501	100.0

χ^2=4.655, Sd=1 p=0.031

Tablo 4.19'da cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin, geçirdikleri CYBH'ın cinsiyete göre dağılımları görülmektedir.

Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin yarısının hepatit geçirdiği bulundu. %12.5'inin ise gonore ve sifiliz geçirdiği bulundu.

Tablo 4.19. Cinsel İlişki Deneyimi Olan Öğrencilerin, Geçirdikleri Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

GEÇİRİLEN CYBH	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Mantar Enfeksiyonu	2	100.0	1	16.7	3	37.5
Hepatit	0	0,0	4	66.7	4	50.0
Gonore ve Sifiliz	0	0,0	1	16.7	1	12.5
TOPLAM	2	100.0	6	100.0	8	100.0

CYBH geçiren öğrencilerin çoğu hastalıklarının tedavisi için bir doktora başvurduğunu belirtmiştir (Tablo 4.20). Cinsiyetler arasında hastalıkların tedavisine yönelik girişim bakımından istatistiksel olarak önemli fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.20. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Geçiren Öğrencilerin Hastalıklarının tedavisine yönelik Girişimlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

TEDAVİYE YÖNELİK GİRİŞİM	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bir Doktora Başvurdum	2	100.0	5	83.3	7	87.5
Arkadaşlarımın Tavsiye Ettiği İlaçları Kullandım	0	0,0	1	16.7	1	12.5
TOPLAM	2	100.0	6	100.0	8	100.0

χ^2=0.622, Sd=1 p=0.430

Tablo 4.21'de CYBH geçiren öğrencilerin hastalıklarının tedavisine yönelik girişimlerinin okul türüne göre dağılımları görülmektedir.

CYBH geçiren öğrencilerin %87.5'i bir doktora başvurduğunu belirtmiştir. Bu oran sağlıkla ilgili okullarda %100 iken, sağlıkla ilgili olmayan okullarda %83.3'tür (Tablo 4.21). CYBH geçiren öğrencilerin hastalıklarının tedavisine yönelik girişimleri bakımından okul türleri arasında istatistiksel olarak önemli fark yoktur (p>0.05).

Tablo 4.21. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Geçiren Öğrencilerin Hastalıklarının tedavisine yönelik Girişimlerinin Okul Türüne Göre Dağılımı (Konya 2006)

TEDAVİYE YÖNELİK GİRİŞİM	OKUL				Toplam	
	Sağlıkla İlgili		Sağlıkla İlgili Olmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bir Doktora Başvurdum	2	100.0	5	83.3	7	87.5
Arkadaşlarımın Tavsiye Ettiği İlaçları Kullandım	0	0,0	1	16.7	1	12.5
TOPLAM	2	100.0	6	100.0	8	100.0

χ^2=0.622, Sd=1 p=0.430

Tablo 4.22'de öğrencilerin "halen devam eden bir cinsel yaşantınız var mı"? sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımları görülmektedir.

Erkek öğrencilerin %21.7'si, kız öğrencilerin %3.6'sı bu soruya 'evet' cevabını vermiştir (Tablo 4.22). Erkek öğrencilerin devam etmekte olan cinsel yaşantı oranları kız öğrencilere göre anlamlı ölçüde daha fazla bulunmuştur (p<0.05). Tabloya göre cinsel yaşamı devam etmekte olan erkek öğrenci oranı kız öğrenci oranından daha fazla bulunmuştur.

Tablo 4.22. Üniversite Öğrencilerinin Halen Aktif Cinsel Yaşantısı Olma Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

AKTİF CİNSEL YAŞAM	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	12	3.6	36	21.7	48	9.6
Yok	323	96.4	130	78.3	453	90.4
TOPLAM	335	100.0	166	100.0	501	100.0

χ^2=39.934, Sd=1 p=0.0005

Öğrencilerin yarısından fazlası cinsel yaşamlarına sevgilisiyle devam ettiğini belirtmiştir. Kız öğrencilerin %0.0'ı erkek öğrencilerin ise %16.7'si para karşılığı tanımadığı bir kişi ile cinsel yaşamına devam ettiğini belirtmiştir (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Üniversite Öğrencilerinin Halen Devam Eden Cinsel İlişki Yaşadıkları Kişilerin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

CİNSEL İLİŞKİDE BULUNULAN KİŞİ	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bir Arkadaşımla	0	0,0	7	19.4	7	14.6
Sevgilimle	7	58.3	20	55.6	27	56.3
Para Karşılığı Tanımadığım Bir Kişi İle	0	0,0	6	16.7	6	12.5
Para Karşılığı Olmaksızın Tanımadığım Bir Kişi İle	0	0,0	1	2.8	1	2.1
Eşimle	5	41.7	2	5.6	7	14.6
TOPLAM	12	100.0	36	100.0	48	100.0

Tabloda 4.24'te halen devam eden cinsel ilişki yaşayan öğrencilerin korunma yöntemi kullanma durumlarının cinsiyete göre dağılımları görülmektedir.

Erkek öğrencilerin % 69.4'ü, kız öğrencilerin ise %58.3'ü korunma yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.24). Öğrencilerin devam eden cinsel yaşamlarında korunma yöntemi kullanma durumları bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak önemli fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.24. Üniversite Öğrencilerinin Halen Devam Eden Cinsel Yaşamlarında Korunma Yöntemi Kullanma Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

KORUNMAYÖNTEMİ KULLANMA DURUMU	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	7	58.3	25	69.4	32	66.7
Hayır	5	41.7	11	30.6	16	33.3
TOPLAM	12	100.0	36	100.0	48	100.0

χ^2=0.125, Sd=1, p=0.724

Tablo 4.25'te cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin devam eden cinsel ilişkilerinde korunma yöntemi seçimlerinin cinsiyete göre dağılımı görülmektedir.

Öğrencilerin devam eden cinsel yaşamlarında korunma yöntemi olarak prezervatifi tercih edenlerin oranı daha yüksek bulundu. Bu oran kız öğrencilerde %75.0 iken, erkek öğrencilerde %91.7'dir (Tablo 4.25). Cinsiyetler arasında devam eden cinsel yaşam sırasında korunma yöntemi seçimleri bakımından istatistiksel olarak önemli fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.25. Cinsel İlişki Deneyimi Olan Öğrencilerin Devam Eden Cinsel İlişkilerinde Korunma Yöntemi Seçimlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

KORUNMA YÖNTEMİ	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Prezervatif	9	75.0	33	91.7	42	87.5
Geri Çekme	3	25.0	3	8.3	6	12.5
TOPLAM	12	100.0	36	100.0	48	100.0

χ^2=1.016, Sd=1, p=0.313

Cinsel yaşamı devam etmekte olan öğrencilerin çoğu gebeliği önlemek amacı ile korunduğunu belirtmiştir. Kız öğrencilerin %0.0'ı, erkek öğrencilerin %30.8'i CYBH'ı önlemek için korunduğunu belirtmiştir (Tablo 4.26). Devam eden cinsel yaşamı bulunan öğrencilerin cinsel ilişki sırasında korunma yöntemi kullanma amaçları bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (P<0.05).

Tablo 4.26. Halen Devam Eden Cinsel Yaşamı Bulunan Öğrencilerin Cinsel İlişki Sırasında Korunma Yöntemi Kullanma Amaçlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

KORUNMA YÖNTEMİ KULLANMA AMACI	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gebeliği Önlemek	8	100.0	18	69.2	26	76.5
CYBH Korunmak	0	0,0	8	30.8	8	23.5
TOPLAM	8	100.0	26	100.0	34	100.0

χ^2=5.004, Sd=1, p=0.025

Öğrencilerin çoğu ilk cinsel sağlık eğitimine ilköğretimde başlanması gerektiğini belirtmiştir. %33.7'si ortaöğretim, %2.2'si ise yükseköğretim olarak belirtmiştir (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Üniversite Öğrencilerinin İlk Cinsel Sağlık Eğitimine Başlama Dönemine İlişkin Görüşlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

EĞİTİME BAŞLAMA DÖNEMİ	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlköğretim	214	64.3	105	63.6	319	64.1
Ortaöğretim	112	33.6	56	33.9	168	33.7
Yükseköğretim	7	2.1	4	2.4	11	2.2
TOPLAM	333	100.0	165	100.0	498	100.0

Öğrencilerin çoğu gençlere sunulacak cinsel konularla ilgili sağlık hizmetinin sağlık ocağında verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Kız öğrencilerin %18.6'sı, erkek öğrencilerin ise %37.0'ı gençlere sunulacak cinsel konularla ilgili sağlık hizmetinin hastanede verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4.28). Cinsiyetler arasında cinsel konularla ilgili sağlık hizmetinin hangi sağlık kurumunda sunulacağı istatistiksel olarak önemli derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4. 28. Üniversite Öğrencilerinin Gençlere Cinsel Konularla İlgili Sağlık Hizmetinin Hangi Sağlık Kurumunda Verilmesi Gerektiği Konusundaki Görüşlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

SAĞLIK KURUMU	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Ocağı	153	81.4	58	63.0	211	75.4
Hastane	35	18.6	34	37.0	69	24.6
TOPLAM	188	100.0	92	100.0	280	100.0

χ^2=10.222, Sd=1 p=0.001

Tablo 4.29'de üniversite öğrencilerin gençlere cinsel konularla ilgili sağlık hizmetinin hangi sağlık personeli tarafından verilmesi gerektiği konusundaki görüşlerinin dağılımı görülmektedir.

Öğrencilerin %32.3'ü gençlere verilecek cinsel konularla ilgili sağlık hizmetinin hekim tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Öğrencilerin %14.6'sı ise herkese kendi cinsiyetinde sağlık personeli tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4.29).

Tablo 4.29. Üniversite Öğrencilerinin Gençlere Cinsel Konularla İlgili Sağlık Hizmetinin Hangi Sağlık Personeli Tarafından Verilmesi Gerektiği Konusundaki Görüşlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

SAĞLIK PERSONELİ	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hekim	90	26.9	72	43.4	162	32.3
Sağlık Eğitimcisi	81	24.2	31	18.7	112	22.4
Herkese Kendi Cinsiyetinde Sağlık Personeli	51	15.2	22	13.3	73	14.6
Diğer*	113	33.7	41	24.7	154	30.7
TOPLAM	335	100.0	166	100.0	501	100.0

*Hemşire-Ebe, psikolog, herhangi bir sağlık personeli

Öğrencilerin çoğu cinsel konularla ilgili bilgilerde kendilerini yetersiz olarak bulmaktadır. Kız öğrencilerin %29.6'sı, erkek öğrencilerin %30.7'si cinsel konularla ilgili bilgilerde kendilerini yeterli bulduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.30). Erkek öğrencilerin cinsel konularla ilgili bilgilerde kendilerini yeterli bulmaları, kız öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.30. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Konularla İlgili Bilgilerde Kendilerini Yeterli/Yetersiz Hissedenlerin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

YETERLİLİK DURUMU	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	99	29.6	51	30.7	150	29.9
Hayır	236	70.4	115	69.3	351	70.1
TOPLAM	335	100.0	166	100.0	501	100.0

χ^2=0.072, Sd=1 p=0.788

Öğrencilerden cinsel konularla ilgili bilgilerde kendilerini yeterli hissedenler sağlıkla ilgili olan okullarda %72.6, sağlıkla ilgili olmayan okullarda ise %15.9'dur. Cinsel konularla ilgili bilgilerde kendilerini yetersiz hisseden öğrencilerin oranı ise, toplamda %70.1 olarak bulunmuştur (Tablo 4.31). Sağlıkla ilgili okullarda öğrencilerin kendilerini cinsel konularla ilgili bilgilerde yeterli hissedenlerin oranı, sağlıkla ilgili olmayan okullara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.31. Üniversite Öğrencilerinden Cinsel Konularla İlgili Bilgilerde Kendilerini Yeterli/Yetersiz Hissedenlerin Okul Türüne Göre Dağılımı (Konya 2006).

YETERLİLİK DURUMU	OKUL				Toplam	
	Sağlıkla İlgili		Sağlıkla İlgili Olmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	90	72.6	60	15.9	150	29.9
Hayır	34	27.4	317	84.1	351	70.1
TOPLAM	124	100.0	377	100.0	501	100.0

χ^2=140.148, Sd=1 p=0.000

Öğrencilerin %62.7'si cinsel konularla ilgili eğitim almak istediğini belirtmiştir. Bu oranın kız öğrencilerde %63.3 iken, erkek öğrencilerde %61.4 olarak bulunmuştur (Tablo 4.32). Cinsiyete göre cinsel konularla ilgili eğitim almak isteyip/istememe durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.32. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Konularla İlgili Eğitim Almak İsteyip/İstememelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

CİNSEL KONULARLA İLGİLİ EĞİTİM	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	212	63.3	102	61.4	314	62.7
Hayır	123	36.7	64	38.6	187	37.3
TOPLAM	335	100.0	166	100.0	501	100.0

χ^2= 0.60, Sd=1 p=0.689

Öğrencilerden cinsel konularla ilgili bilgilerde eğitim almak isteyenler sağlıkla ilgili olan okullarda %39.5, sağlıkla ilgili olmayan okullarda ise %70.3'dür. Cinsel konularla ilgili eğitim almak istemeyen öğrencilerin oranı ise toplamda %37.3 olarak bulundu (Tablo 4.33). Sağlıkla ilgili olmayan okullarda cinsel konularda eğitim almak isteyen öğrencilerin oranları, sağlıkla ilgili olan okullara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.33. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Konularla İlgili Eğitim Almak İsteyip/İstememelerinin Okul Türüne Göre Dağılımı (Konya 2006).

CİNSEL KONULARLA İLGİLİ EĞİTİM	OKUL				Toplam	
	Sağlıkla İlgili		Sağlıkla İlgili Olmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	49	39.5	265	70.3	314	62.7
Hayır	75	60.5	112	29.7	187	37.3
TOPLAM	124	100.0	377	100.0	501	100.0

χ^2=36.474, Sd=1 p=0.000

Öğrencilerin çoğu cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Öğrencilerin %2.2'si ise üreme sağlığı konusunda eğitim almak istediğini belirtmiştir (Tablo 4.34).

Tablo 4.34. Üniversite Öğrencilerinin Gençlere Hangi Cinsel Konularla İlgili Eğitimin Verilmesi Gerektiği Konusundaki Görüşlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

GENÇLERE VERİLECEK EĞİTİM	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	92	72.4	39	68.4	131	71.2
Aile Planlaması	19	15.0	7	12.3	26	14.1
Üreme Sağlığı	4	3.1	0	0,0	4	2.2
Cinsellik	12	9.4	11	19.3	23	12.5
TOPLAM	127	100.0	57	100.0	184	100.0

Öğrencilerin %71.2'si CYBH konusunda eğitim almak istediklerini belirtmiştir. Bu oran sağlıkla ilgili okullarda %38.9 iken, sağlıkla ilgili olmayan okullarda %79.1'dir. öğrencilerin %2.2'si üreme sağlığı konusunda eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.35).

Tablo 4.35. Üniversite Öğrencilerinin Gençlere Hangi Cinsel Konularla İlgili Eğitimin Verilmesi Gerektiği Konusundaki Görüşlerinin Okul Türüne Göre Dağılımı (Konya 2006).

GENÇLERE VERİLECEK EĞİTİM	OKUL				Toplam	
	Sağlıkla İlgili		Sağlıkla İlgili Olmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	14	38.9	117	79.1	131	71.2
Aile Planlaması	16	44.4	10	6.8	26	14.1
Üreme Sağlığı	1	2.8	3	2.0	4	2.2
Cinsellik	5	13.9	18	12.2	23	12.5
TOPLAM	36	100.0	148	100.0	184	100.0

Öğrencilerin yarısı cinsel konularla ilgili eğitimin sağlık kuruluşundan alınması gerektiğini belirtmiştir. %9.4'ü ise cinsel konularla ilgili eğitimin kitle iletişim araçlarından alınması gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4.36).

Tablo 4.36. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Konularla İlgili Eğitimin Nerden Alınması Gerektiği Konundaki Görüşlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

EĞİTİM ALINACAK YER	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okul	75	34.4	54	48.6	129	39.2
Sağlık Kuruluşu	123	56.4	46	41.4	169	51.4
Kitle İletişim Araçları	20	9.2	11	9.9	31	9.4
TOPLAM	218	100.0	111	100.0	329	100.0

Öğrencilerin %51.4'ü cinsel konularla ilgili eğitimin sağlık kuruluşundan verilmesi gerektiğini belirtmiştir. %9.4'ü ise kitle iletişim araçları tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4.37) .

Tablo 4.37. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Konularla İlgili Eğitimin Nerden Alınması Gerektiği Konusundaki Görüşlerinin Okul Türüne Göre Dağılımı (Konya 2006).

EĞİTİM ALINACAK YER	CİNSİYET				Toplam	
	Sağlıkla İlgili		Sağlıkla İlgili Olmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okul	22	39.3	107	39.2	129	39.2
Sağlık Kuruluşu	32	57.1	137	50.2	169	51.4
Kitle İletişim Araçları	2	3.6	29	10.6	31	9.4
TOPLAM	56	100.0	273	100.0	329	100.0

Öğrencilerin çoğu cinsel konularla ilgili eğitimin sağlık personeli tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir. %2.4'ü ise cinsel konularla ilgili eğitimin aile tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4.38).

Tablo 4.38. Üniversite Öğrencilerinin Gençlere Cinsel Konularla İlgili Eğitimin Kim Tarafından Verilmesi Gerektiği Konusundaki Görüşlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

EĞİTİMİ VERECEK KİŞİ	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Personeli	188	85.8	87	78.4	275	83.3
Aile	4	1.8	4	3.6	8	2.4
Öğretmen	16	7.3	13	11.7	29	8.8
Bu Konuda Eğitim Almış Arkadas	11	5.0	7	6.3	18	5.5
TOPLAM	219	100.0	111	100.0	330	100.0

4.3. Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi Durumlarına Ait Bulgular

Tablo 4.39'da öğrencilerin "Okulunuz müfredat programında CYBH hakkında bilgi edindiğiniz ders veya dersler var mı"? Sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımları görülmektedir.

Sağlıkla ilgili okulların %90.3'ü, sağlıkla ilgili olmayan okulların %0.8'i 'evet' cevabını vermiştir (Tablo 4.39). Sağlıkla ilgili okulların müfredat programlarında CYBH hakkında bilgi edinilen derslerin, sağlıkla ilgili olmayan okullara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.39. Üniversite Öğrencilerinin Okullarının Müfredat Programında Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkında Bilgi Edinilen Dersin Olup Olmadığına Göre Dağılımı (Konya 2006).

CYBH HAKKINDA BİLGİ EDİNİLEN DERS VARLIĞI	OKUL				Toplam	
	Sağlıkla ilgili		Sağlıkla ilgili olmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	112	90.3	3	0.8	115	23.0
Hayır	12	9.7	374	99.2	386	77.0
TOPLAM	124	100.0	377	100.0	501	100.0

χ^2=417.838, Sd=1, p=0.0005

Tablo 4.40'da öğrencilerin "cinsel yolla bulaşan hastalıklardan bildiklerinizi sıralayınız"? Sorusuna verdikleri cevapların dağılımları görülmektedir.

AIDS öğrenciler tarafından en fazla bilinen cinsel yolla bulaşan hastalık olmuştur. %4.3 oranında ise HPV, şankroid ve vajinit isimleri bilinmiştir (Tablo 4.40).

Tablo 4.40. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Adlarını Bilme Durumuna Göre Dağılımı (Konya 2006).

BİLİNEN CYBH İSMİ	Sayı	%
AIDS	468	40.8
Sifiliz	231	20.2
Hepatit	216	18.9
Gonore	181	15.8
Diğer*	49	4.3
TOPLAM	1145	100

*HPV, şankroid, vajinit

#Birden fazla cevap verme hakkı tanınmıştır.

Öğrencilerin CYBH hakkında ilk bilgilerini nereden öğrendikleri araştırıldığında en fazla bilgiyi %41.3 oranı ile radyo-tv'den edindikleri bulunmuştur. %9.4 oranı ile de CYBH hakkında ilk bilgiyi arkadaşlarından edindikleri bulunmuştur (Tablo 4.41).

Tablo 4.41. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Kaynaklarının Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006).

CYBH BİLGİ KAYNAĞI	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Radyo TV	146	43.6	61	36.7	207	41.3
Kitap Broşür	36	10.7	30	18.1	66	13.2
Arkadaş	17	5.1	30	18.1	47	9.4
Okuldaki Ders	66	19.7	20	12.0	86	17.2
Diğer*	70	20.9	25	15.1	95	19.0
TOPLAM	335	100.0	166	100.0	501	100.0

*Ebeveyn, sağlık personeli, magazin dergileri

Tablo 4.42'de öğrencilerin "CYBH'ın cinsel ilişki dışında bulaşma yolu var mıdır"? Sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımları görülmektedir.

Cinsel yol dışında kan yolu ile bulaşır diyenlerin oranı sağlıkla ilgili okullarda %60.5 iken, sağlıkla ilgili olmayan okullarda bu oran %83.8'dir (Tablo 4.42). Sağlıkla ilgili olmayan okullarda CYBH'ın cinsel ilişki dışında bulaşma yolunu bilme oranı, sağlıkla ilgili olan okullara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.42. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Cinsel İlişki Dışında Bulaşma Yolları Konusundaki Bilgilerinin Okul Türüne Göre Dağılımı (Konya 2006).

BULAŞMA YOLU	OKUL				Toplam	
	Sağlıkla ilgili		Sağlıkla ilgili olmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kan yolu ile	75	60.5	316	83.8	391	78.0
Diğer*	49	39.5	61	16.2	110	22.0
TOPLAM	124	100.0	377	100.0	501	100.0

χ^2=28.31, Sd=1, p=0.0005
*Direk temas yolu, öpüşme, transplasental

Tablo 4.43'de öğrencilerin CYBH belirtilerini bilme durumunun cinsiyete göre dağılımı görülmektedir.

CYBH belirtisini dış cinsel organlarda yara olarak belirten kız öğrencilerin oranı %75.0, erkek öğrencilerin oranı ise %70.7'dir. CYBH belirtisini kasık ağrısı olarak belirten kız öğrencilerin oranı %43.5, erkek öğrencilerin oranı ise %50.0'dır. CYBH belirtisini adet düzensizliği olarak belirten kız öğrencilerin oranı %96.7, erkek öğrencilerin oranı ise %96.2'dir. CYBH belirtisini iktidarsızlık olarak belirten kız öğrencilerin oranı %87.4, erkek öğrencilerin oranı ise %88.8'dir. CYBH belirtisini dış cinsel organlarda kaşıntı olarak belirten kız öğrencilerin oranı %66.7, erkek öğrencilerin oranı ise %70.3'tür. CYBH belirtisini kasıklarda şişlik olarak belirten kız öğrencilerin oranı %33.6, erkek öğrencilerin oranı ise %37.0'dır (Tablo 4.43, $p>0.05$).

Cinsiyete göre CYBH belirtilerinden, dış cinsel organlarda yara, kasık ağrısı, adet düzensizliği, iktidarsızlık, dış cinsel organlarda kaşıntı ve kasıklarda şişlik belirtilerini bilme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

CYBH belirtisini idrar yapmada güçlük olarak belirten kız öğrencilerin oranı %69.0, erkek öğrencilerin oranı ise %51.4'tür (Tablo 4.43). CYBH belirtisini idrar yapmada güçlük, idrar yaparken yanma olarak belirten kız öğrencilerin oranı, erkek öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

CYBH belirtisini akıntı olarak belirten kız öğrencilerin oranı %33.1, erkek öğrencilerin oranı ise %50.7'dir (Tablo 4.43). CYBH belirtisini akıntı olarak belirten erkek öğrencilerin oranı, kız öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.43. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Belirtilerini Bilme Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

CYBH BELİRTİSİ	KIZ Sayı %	ERKEK Sayı %	TOPLAM Sayı %	χ^2	Sd	p
Dış Cinsel Organlarda Yara	195 %75.0	94 %70.7	289 %73.5	0.64	1	0.425
Kasık Ağrısı	113 %43.5	69 %50.0	182 %45.7	1.30	1	0.254
Adet Düzensizliği	261 %96.7	126 %96.2	387 %96.5	0.06	1	0.805
İktidarsızlık	187 %87.4	103 %88.8	290 %87.9	0.04	1	0.843
Dış Cinsel Organlarda Kaşıntı	170 %66.7	90 %70.3	260 %67.9	0.04	1	0.545
İdrar Yapmada Güçlük, İdrar Yaparken Yanma	187 %69.0	72 %51.4	259 %63.0	11.50	1	0.01
Kasıklarda Şişlik	76 %33.6	47 %37.0	123 %34.8	0.03	1	0.601
Akıntı	91 %33.1	69 %50.7	160 %38.9	11.185	1	0.01

Öğrencilere CYBH bakımından en fazla risk altında olan gruplar sorulduğunda, öğrencilerin %33.28'i hayat kadınlarını belirtmişlerdir. CYBH bakımından en az risk altında olan grup olarak ise uyuşturucu bağımlılarını belirtmişlerdir (Tablo 4.44).

Tablo 4.44. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Açısından Yüksek Risk Gruplarını Bilme Durumuna Göre Dağılımı (Konya 2006)

CYBH AÇISINDAN RİSK GRUPLARI	Sayı	%
Hayat Kadınları	477	33.28
Birden Fazla Kişi İle İlişki Kuranlar	415	28.96
Eşcinseller	248	17.31
Aktif Cinsel Yaşamı Olan Gençler	191	13.33
Uyuşturucu Bağımlıları	102	7.12
TOPLAM	1433	100

Birden fazla cevap verme hakkı tanınmıştır.

CYBH kalıcı sağlık problemine yol açar olarak belirten öğrencilerin oranı oldukça yüksek bulunmuştur. CYBH kalıcı sağlık problemine yol açmaz diye belirten öğrencilerin oranı ise %0.8'dir (Tablo 4.45). Cinsiyete göre CYBH'nın ileride kalıcı sağlık problemine yol açması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.45. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların İlerde Kalıcı Sağlık Problemine Yol Açması Konusundaki Yanıtlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (Konya 2006)

CYBH'IN KALICI SAĞLIK PROBLEMİNE YOL AÇMA DURUMU	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	333	99.4	164	98.8	497	99.2
Hayır	2	0,6	2	1.2	4	0,8
TOPLAM	335	100.0	166	100.0	501	100.0

χ^2=0.035, Sd=1, p=0.852

Tablo 4.46'da öğrencilerin CYBH'ın ileride kalıcı sağlık problemine yol açması konusundaki yanıtlarının okul türüne göre dağılımı görülmektedir.

Öğrencilerin %99.2'si CYBH'nin kalıcı sağlık problemine yol açtığını belirtmiştir. Bu oran sağlıkla ilgili olan okullarda %98.4, sağlıkla ilgili olmayan okullarda ise %99.5'tir (Tablo 4.46). CYBH'ın kalıcı sağlık problemine yol açmasını bilme durumları bakımından okul türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.46. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların İlerde Kalıcı Sağlık Problemine Yol Açması Konusundaki Yanıtlarının Okul Türüne Göre Dağılımı (Konya 2006)

CYBH'IN KALICI SAĞLIK PROBLEMİNE YOL AÇMA DURUMU	OKUL				Toplam	
	Sağlıkla İlgili		Sağlıkla İlgili Olmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	122	98.4	375	99.5	497	99.2
Hayır	2	1,6	2	0.5	4	0,8
TOPLAM	124	100.0	377	100.0	501	100.0

χ^2=0.352, Sd=1, p=0.553

Öğrencilere CYBH komplikasyonları sorulduğunda, öğrencilerin yarısı kanser, kısırlık, üreme sistemi enfeksiyonu ve ölüm olarak belirtmiştir. %28.7'si sadece ölüm olarak belirtmiştir. En az bilinen CYBH komplikasyonu ise %2.4 oranı ile kısırlık olmuştur (Tablo 4.47).

Tablo 4.47. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Komplikasyonları Konusundaki Bilgilerinin Cinsiyete Göre Dağlımı (Konya 2006)

CYBH KOMPLİKASYONLARI	CİNSİYET				Toplam	
	Kız		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kanser	15	4.5	7	4.2	22	4.4
Kısırlık	9	2.7	3	1.8	12	2.4
Üreme Sistemi Enfeksiyonu	35	10.4	17	10.2	52	10.4
Ölüm	96	28.7	48	28.9	144	28.7
Diğer*	180	53.7	91	54.8	271	54.1
Toplam	335	100.0	166	100.0	501	100.0

*Hepsi

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1. Tartışma

Bu çalışma Selçuk üniversitesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) konusundaki bilgi tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla gerçekleştirilmiş, elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1.1. Demografik Bulgulara Ait Tartışma

Tablo 4.1. de görüldüğü gibi araştırmamıza katılan öğrencilerin %66.9'u kız, %33.1'i erkektir ve öğrencilerin %98.2'si bekardır.

Öğrencilerin %1.4'ünün kardeşi yok, %24.8'inin 1 kardeşi, %33.3'ünün 2 kardeşi, %19.6'sının 3 kardeşi, %21.0'ının 4 kardeşi ve daha fazlası vardır (Tablo 4.1).

Öğrencilerin çoğu yurtta veya arkadaşlarıyla birlikte kalmaktadır (Tablo 4.1). Üniversite ortamının pek çok genci bir araya getirdiği düşünüldüğünde, aralarında oluşan etkileşimin de gençlerin tutum ve davranışları üzerinde belirleyici olduğunu söylemek mümkündür.

Öğrencilerin çoğu kentsel bölgede yaşamaktadır (Tablo 4.1). Hızlı kentleşme sürecine bağlı olarak ülke nüfusunun %65'i il ve ilçe merkezlerinde yaşamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2003).

Ülkemizde aile yapıları giderek çekirdek aile yapısına dönüşmektedir (Tablo 4.1, Üstüner 2004). İstanbul'da yapılan toplum bazlı çalışmada ailelerin %88'inin, çekirdek yapıda olduğu görülmüştür (Üstüner 2004). Geniş ailede toplumsal cinsiyet ayrımcılığı kalıplarının önemli ölçüde yerleşmiş olduğu dikkate alındığında, çekirdek aile yapısının fazla olması arzu edilendir.

Öğrencilerin büyük kısmının sağlık güvencesi problemi yoktur (Tablo 4.1). Ailelerin büyük bir kısmının çalışıyor olması sağlık güvencesi sorununu ortadan kaldırmaktadır.

Annelerin yarıdan fazlası ilköğretim mezunudur (Tablo 4.1). Karanfilci (1998) Gata'da öğrenim gören üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışma bulgularında da annelerin %60.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür.

Türkiye'de kadınlar arasında çalışma oranın düşük olduğu gerçeği (kentte %21.7) bu çalışmaya yansımıştır (Tablo 4.1, Üstüner 2004). Konya'da yapılan toplum bazlı çalışmada annelerin %93.2'sinin ev hanımı olduğu görülmektedir (Üstüner 2004).

Babaların öğrenim düzeyleri yüksek bulunmuştur (Tablo 4.1). Ailelerin şehir merkezinde bulunmalarının baba öğrenim düzeyine etkisi olabileceği düşünülmektedir. Karanfilci (1998) ve Yaman Efe (2003) üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarda baba öğrenim düzeyinin düşük olduğu görülmüştür. Çalışma grubumuz baba öğrenim düzeyi yönünden literatür sonuçları ile benzer değildir.

Babaların büyük çoğunluğu çalışmaktadır (Tablo 4.1). Bunun, babanın öğrenim düzeyiyle ve kentsel bölgede yaşamayla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

5.1.2 Öğrencilerin Cinselliğe İlişkin Düşünce, Yaklaşım ve Deneyimlerine Ait Bulguların Tartışılması

Öğrencilerin çoğu ailelerinin karşılıklı anlayış ve güvene dayalı bir tutum içerisinde olduklarını belirtmiştir (Tablo 4.2). Eski aile baskısının gençler üzerinde kalmaması ve ailelerin eğitim seviyelerinin yükselmesi aile tutumlarını zaman içerisinde değiştirmiştir. Özkan (1994)'nın yaptığı çalışmada da ailelerin karşılıklı anlayış ve güvene dayalı tutum sergileme oranları yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin çoğu ailesiyle cinsel konuları tabu olduğu için konuşmadığını veya cinselliğin dolaylı olarak konuşulduğunu belirtmiştir (Tablo 4.3). Öğrenciler, cinselliğin "yasak ve ayıp olduğu" konusundaki geleneksel tutumlarını sürdürmekte ve aileleriyle bu konuda konuşmamayı tercih etmektedirler. Gençlerin bu konudaki tutumlarında toplumsal değerlerin ve kültürel yapının etkin olduğu düşünülmektedir. Özkan (1994)'nın yaptığı çalışmada da öğrencilerin cinselliği tabu olduğu için aileleriyle konuşmama oranları yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin yarısı evlilik öncesi her türlü cinsel deneyime karşı olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.4). Toplumumuzun sosyo-kültürel yapısı ve ahlak anlayışı doğrultusunda, cinselliğin evlilik kurumu içinde yaşanılması gerektiği kabul görmekle birlikte, iki cins için farklı yaklaşımlar olduğu bir gerçektir. Erkekler, evlilik öncesi cinsel deneyimler için teşvik edilirken, kızlar bu tür deneyimlerden dolayı aile ve toplumdan fiziksel cezalardan toplumsal cezalara kadar uzanan, bir dizi ceza ve yaptırımlarla karşılaşmaktadır. Bu nedenle kızların, toplumun beklentilerine paralellik gösteren yanıtlar vermeleri olağandır (Özkan 1994). Özkan (1994)'nın yaptığı çalışmada öğrencilerin %8.8'i evlilik öncesi her türlü cinsel deneyime karşı olduğunu belirtmiştir.

Öğrencilerin büyük çoğunluğu CYBH'nin tedavisi için doktora gidilmeli olarak belirtmiştir (Tablo 4.5, Tablo 4.6). CYBH'ların tedavisinde yapılması gerekenleri bilme bakımından okullar arasında ve cinsiyetler arasında istatistiksel olarak önemli fark

bulunmamıştır (p>0.05). Gençlerin CYBH bakımından risk grubunda olmaları nedeniyle bu bilgiyi doğru bilmeleri sevindiricidir.

CYBH'den korunmak için yapılması gerekenler öğrenciler tarafından büyük oranda doğru bilinmektedir (Tablo 4.7). Gençlerin cinsel yönden aktif olmaları nedeniyle CYBH'den nasıl korunacaklarının bilincinde olmaları sevindiricidir. Sabancı (2004)'nın yaptığı çalışmada da öğrencilerin büyük oranda CYBH'den korunmak için yapılması gerekenleri doğru bildiği bulunmuştur.

Öğrencilerin çoğu CYBH olması durumunda ilk başvurulacak sağlık kurumu olarak uzman hekimi belirtmiştir (Tablo 4.8). Odak grup tartışmalarında da cinsel/üreme sağlığı konularında ilk başvurulacak kişi olarak uzman hekim belirtilmektedir (Özvarış 2005). Sabancı (2004)'nın yaptığı çalışmada da öğrenciler büyük oranda ilk başvurulacak sağlık kurumu olarak uzman hekimi belirtmiştir.

Öğrencilerin yarısı bir kişinin CYBH olması durumunda bu sorununu doktor ile paylaşması gerektiğini belirtmiş, çok az bir kısmı ise cinsel ilişkide bulunduğu kişi ile paylaşmalıdır ve hiç kimse ile paylaşmaması gerektiğini belirten öğrencilerin oranı ise %0.8'dir (Tablo 4.9). Öğrencilerin CYBH olması durumunda bu sorunu doktorla paylaşmak gerektiğini düşünmesi sevindiricidir, fakat cinsel ilişkide bulunduğu kişi ile paylaşmaması ve hiç kimse ile paylaşmaması gerektiğini düşünmesi CYBH'dan korunmak ve yayılması önlemek açısından önemlidir.

Öğrencilerin cinsel deneyimleri incelendiğinde, erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla cinsel deneyim yaşadığı bulunmuştur (Tablo 4.10, P<0.05). Bulgular, literatürde belirtilen, erkek öğrencilerin cinsel ilişki deneyimlerinin kız öğrencilerin cinsel ilişki deneyimlerinden yüksek olduğu doğrultusundaki bilgileri desteklemektedir. Yaman Efe (2003)'nin üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ve Özkan (1994)'nın İstanbul'da öğrenim gören üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada da erkek öğrencilerin cinsel deneyimleri kız öğrencilere göre yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimine göre cinsel deneyimleri incelendiğinde yaşanan yerleşim birimi ile cinsel deneyim arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). En uzun süre kentsel bölgede yaşayanların cinsel deneyim oranı kırsal bölgede yaşayanlara göre yüksek bulunmamıştır (Tablo 4.11).

Türkiye'de kır ve kent arasında sosyal açıdan bir takım farklılıklar bulunmakla birlikte kadın erkek ilişkilerinde engelleyici yaptırımların ortadan kalkması, medya ve eğitim gibi etkenlerin kırsal bölgede yaşayan gençlerin cinsel deneyim yaşama durumlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Yaman Efe (2003)'nin yaptığı çalışmada da, kentsel bölgede yaşayan öğrencilerin cinsel deneyimleri kırsal bölgede yaşayan öğrencilere göre yüksek bulunmuştur. Bayhan (2002)'nın İnönü Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrencilerle yaptığı çalışmaya göre, kentte yaşayan öğrenciler kırda yaşayan öğrencilere göre evlilik öncesi cinsel ilişkiyi daha fazla onaylamaktadırlar. Çalışma grubumuz yerleşim birimlerine göre cinsel deneyim yaşama durumları bakımından literatür sonuçları ile benzer değildir.

Öğrencilerin çoğu ilk cinsel deneyimini sevgilisiyle yaşadığını belirtmiştir. %28.8'i ise para karşılığı tanımadığı bir kişi ile ilk cinsel deneyimini yaşadığını belirtmiştir. Bu oran kız öğrencilerde %0.0 iken, erkek öğrencilerde %35.0'dır (Tablo 4.12). Bu sonuç, kız öğrencilerin cinsel ilişki deneyim oranının erkek öğrencilerden az olması ve dolayısıyla erkeklerin bir bölümünün, cinsel ilişki deneyimlerini hayat kadınları ile yaşamaları, yanı sıra toplumumuzun erkeklere çok eşlilik konusunda gösterdiği hoşgörü ile ilişkili olabilir (Özkan 1994, Özvarış 2005).

Diğer ülkelerde bu konuda yapılan araştırmalar, gençlerin partner sayılarının fazla olduğunu ve sık partner değiştirdiklerini göstermektedir. Amerika'da kız öğrenciler arasında yapılan bir araştırma, kızların %68'inin birden fazla partneri olduğunu; İsveç'te üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir başka araştırma, öğrencilerin %18'inin son bir yıl içinde üç ve daha fazla partneri olduğunu göstermektedir. Genel olarak değerlendirdiğimizde, araştırmamızda gençlerin partner ilişkileri diğer ülke gençleri kadar karmaşık bulunmamıştır (Özkan 1994).

Öğrencilerin yarıdan fazlası gebelikten korunma yöntemi kullandığını belirtmiştir (Tablo 4.13, Tablo 4.14). Korunma yöntemi kullanan öğrencilerin %90.9'u prezervatif, %9.1'i ise etkin bir yöntem olmayan 'geri çekme'yi kullandığını belirtmiştir (Tablo 4.15). Yaman Efe (2003)'nin yaptığı çalışmada da öğrencilerin çoğunun korunma yöntemi olarak prezervatifi tercih ettikleri görülmektedir. Öğrencilerin %5.95'inin ise etkin olmayan bir yöntem olan 'geri çekme'yi kullandığı saptanmıştır. Hacettepe ve Dicle üniversitesi son sınıf öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da her iki üniversite öğrencilerinin en çok prezervatifi kullandıkları saptanmıştır (Özvarış 2005). Bu sonuçlara göre son yıllarda CYBH'nin önlenmesinde prezervatif kullanımının öneminin çeşitli yollarla vurgulanmasının, üniversite gençliğine olumlu yönde yansıdığını düşündürmektedir.

Öğrencilerin çoğu gebeliği önlemek için korunduğunu belirtmiştir (Tablo 4.16). Korunma amacı bakımından cinsiyetler arasında önemli fark saptanmıştır ($p<0.05$). Okul türleri arasında korunma amacı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.17, $p>0.05$). Türkiye'de özellikle genç kadınlar, geleneksel değerler üzerinden cinsellik yoluyla kurulan toplumsal baskının en büyük hedefidir. Evlilik öncesi bir cinsel ilişki ve bu ilişkiden bebek sahibi olmak bir genç kadın için neredeyse yasaklanmış bir davranıştır. Bu sebeple, genç kızların korunmadaki ilk amaçlarının gebeliği önlemek olmasının normal olduğu düşünülmektedir (Özvarış 2005). Sabancı (2004)'nın yaptığı çalışmada da öğrencilerin çoğu gebeliği önlemek için korunduğunu belirtmiştir.

Erkek öğrencilerin CYBH geçirme durumları, kız öğrencilerden fazla bulunmuştur (Tablo 4.18, $p<0.05$). Bu sonuç, kız öğrencilerin cinsel deneyimlerinin erkek öğrencilerin cinsel deneyimlerinden az olması ile açıklanabilir. Kenya üniversitesinde 273 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %97.4'ünün cinsel deneyimi olduğu bulunmuştur. Erkeklerin %24.5'i, kızların %3.7'si CYBH'ye yakalanmıştır (Rukaria Kaumbutho 1995).

Çalışmamızda, öğrencilerin yarısı CYBH olarak hepatit geçirmiştir (Tablo 4.19). Yaman Efe (2003)'nin yaptığı çalışmada öğrencilerin geçirilen CYBH olarak mantarı ifade ettikleri yine Özkan (1994) yaptığı çalışmada ise öğrencilerin geçirilen CYBH olarak gonoreyi ifade ettikleri görülmüştür.

Öğrencilerin çoğu CYBH olması durumunda doktora başvurduğunu belirtmiştir (Tablo 4.20, Tablo 4.21). Çalışma grubumuzun hastalıkların tedavisi konusundaki yaklaşımları olumlu bulunmuştur. Sabancı (2004)'nın yaptığı çalışmada da öğrencilerin CYBH olması durumunda çoğunun bir doktora başvurduğunu belirtmiştir. Özkan (1994) İstanbul'da üniversite gençliği ile yaptığı çalışmada CYBH tedavisinde öğrencilerin %87.5'inin doktora başvurduğu görülmüştür. Kenya'da ortaokul öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da CYBH yakalananların, %13.6'sının doktora başvurduğu ortaya çıkmıştır. Araştırma sonuçlarımız bu çalışmalarla benzer sonuçlar içermektedir (Mafany et all 1990).

Dünya sağlık örgütü verilerine göre, Dünyada 1.5 milyarın üzerinde genç insanın (10-24 yaş) olduğu ve bunların %85'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı tahmin edilmektedir. Cinsel ilişki genellikle adölesan dönemde başlamaktadır. Ancak gençlerin cinsellik hakkında yetersiz bilgiye sahip olmaları ve korunma yöntemlerine ulaşma güçlüğü yaşamaları sonucunda istenmeyen gebelikler, erken doğumlar, güvenli olmayan düşükler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar oluşmaktadır (Yaman Efe 2003, Özvarış 2005).

Gelişmekte olan ülkelerde 18 yaş altı kadınlarda mortalite hızı, 18-25 yaş arası kadınlara göre 2-5 kat fazladır. Dünya genelinde doğumların %10' dan fazlası 15-19 yaş arası kadınlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Ülkemizde 15-19 yaş arası gebelik oranı ise, %6.0-7.7 arasındadır. Dünyada her yıl 1-4.4 milyon adölesan güvensiz ortamlarda düşük yapmaktadır. Her 20 adölesandan biri CYBH yakalanmaktadır (Yaman Efe 2003, Altun 2005).

Dünya geneline bakıldığında yeni HIV enfeksiyonu vakalarının yarısından fazlası 15-24 yaş grubundadır. 2002 yılı verilerine göre, Türkiye'nin nüfusu 69.7 milyondur. Nüfusun yaklaşık yarısı 25 yaşın altındadır ve HIV/AIDS' in saldırgan etkilerine çok açık olan ergen yaş grubunun oranı %19.5'tir. Türkiye genelinde yeni HIV vakalarının %17.4'ünü 15-24 yaş grubu oluşturmaktadır. Bu grup hareketlidir ve özgür yaşam biçimlerine ve güvenli olmayan cinsel deneyimlere açıktır. Bu durum, üniversite gençliğinin HIV ve diğer CYBH açısından risk grubunu oluşturduğunu göstermektedir (Kutlu ve ark 2003,Yaman Efe 2003).

Öğrencilerin devam eden cinsel deneyimleri incelendiğinde, erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla cinsel deneyim yaşadığı bulunmuştur (Tablo 4.22, $p<0.05$). Devam eden cinsel yaşamın erkeklerde daha fazla olması, evlilik öncesi cinsel ilişki konusunda toplumsal baskının kızlara oranla daha az olması ile açıklanabilir.

Öğrencilerin çoğu cinsel yaşamına sevgilisiyle devam ettiğini, %12.5'i ise para karşılığı tanımadığı bir kişi ile devam ettiğini belirtmiştir (Tablo 4.23). Öğrencilerin devam eden cinsel yaşamlarında para karşılığı tanımadıkları bir kişi ile birlikte olmaları nedeniyle CYBH riskinin artabileceği düşünülmektedir.

Öğrencilerin çoğu devam eden cinsel yaşamlarında korunma yöntemi kullandığını belirtmiştir (Tablo 4.24). Korunma yöntemi tercihlerinde öğrencilerin %87.5'i prezervatifi belirtmiştir (Tablo 4.25). Öğrencilerin çoğu gebeliği önlemek için korunduğunu belirtmiştir. Bu oran kız öğrencilerde %100.0, erkek öğrencilerde ise %69.2'dir (Tablo 4.26). Devam eden cinsel deneyim sırasında korunma yöntemi kullanma amaçları bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($P<0.05$). Şerifhan ve ark. yaptıkları bir çalışmada, korunma yöntemi olarak erkek öğrencilerin genellikle prezervatifi ve oral kontraseptifi bildikleri, kız öğrencilerin ise rahim içi araç ve oral kontraseptifi bildikleri ortaya çıkmıştır. Araştırma sonuçlarımız Sabancı'nın (2004) Balıkesir'de lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışma ile benzer sonuçlar içermektedir.

Prezervatif AIDS ve birçok cinsel ilişkiyle bulaşan hastalık etkenine karşı etkin bir koruyucudur. İsveç'te prezervatif satışlarının 30 milyondan 50 milyona çıkışı ile cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıklarda belirgin bir azalma saptanmıştır. Prezervatif kullanım oranının

artırılması için özel eğitim programlarına gereksinim olduğu, bu programların cinsel deneyimleri analiz eden araştırma sonuçları doğrultusunda hazırlanması gerektiği bildirilmekte, eğitim programlarının topluma, kitle iletişim araçları yoluyla yayılmasının önemi üzerinde durulmaktadır (Soydan 1989, Özkan 1994).

Öğrencilerin büyük çoğunluğu cinsel eğitimin ilköğretimde başlaması gerektiği konusunda birleşmektedir (Tablo 4.27). Öğrencilerin çoğu gençlere sunulacak sağlık hizmetinin sağlık ocağında verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4.28). Öğrencilerin %32.3'ü ise bu sağlık hizmetinin hekim tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4.29).

Gelişmiş ülkelerde sistemli bir şekilde ele alınan ve uygulanan cinsellik eğitiminin ülkemizde sistemsiz ve yetersiz olduğu, öğrencilerle yapılan araştırmalara yansımaktadır. Araştırmamızda, cinsellik eğitiminin ilköğretimden itibaren başlamasının gerekli görülmesi, gençlerin özellikle ergenlik döneminde cinsellik eğitimine gereksinimleri olduğunu ve bunun bilincinde olduklarını göstermektedir (Kutlu ve ark 2003).

Kutlu ve Babadoğan'nın yaptığı bir tarama çalışması ilköğretim programlarında, HIV/AIDS ile ilgili tanıtıcı bilgilerin, bulaşma yollarının, cinsellikle olan ilişkisinin sağlıklı bir yaşam sürdürmek için dikkate alınması gerekli önemli bilgilerin yer almadığını, var olan bilgilerin ise gençleri bilgilendirmekten uzak olduğunu göstermektedir (Kutlu ve ark 2003).

Öğrencilerin çoğu cinsel konularla ilgili bilgilerde kendilerini yetersiz hissetmektedirler (Tablo 4.30). Erkek öğrencilerin cinsel konularla ilgili bilgilerde kendilerini yeterli bulmaları, kız öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Okul türlerine göre baktığımızda ise yine öğrencilerin çoğu cinsel konularla ilgili bilgilerde kendilerini yetersiz hissetmektedirler (Tablo 4.31). Sağlıkla ilgili okullarda öğrencilerin kendilerini cinsel konularla ilgili bilgilerde yeterli hissedenlerin oranı, sağlıkla ilgili olmayan okullara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlıkla ilgili okulların müfredat programında CYBH hakkında bilgi edinilen derslerin olması nedeniyle öğrencilerin kendilerini bu konuda yeterli hissetmeleri beklenmektedir. Sabancı (2004)'nın Balıkesir'de lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %61.3'ünün okulda aldıkları eğitimle kendilerini yetersiz hissettikleri bulunmuştur. Bir başka araştırmada, İstanbul'daki üç eğitim fakültesinde öğrenim gören öğretmen adaylarının cinsel sağlık bilgisi incelenmiştir. %24'ü CYBH hakkında bilgilerini "yetersiz" bulmuştur. Öğrencilerin 55.7'si bilgisini "orta düzeyde" değerlendirirken, sadece %15.4'ü bilgisini "yeterli" bulmuştur (Özvarış 2005).

Kısaca Türkiye'de yapılmış olan araştırmalar gençlerin cinsel sağlıkla ilgili bilgisinin yetersiz olduğunu; bu konularda bilgi ve eğitim almaya istekli olduklarını göstermektedir. Gençler arasında, cinsel/üreme sağlığı, cinsellik, CYBH gibi konulardaki bilginin yetersizliğinin temel nedeni; Türkiye'de cinselliğin, özellikle gençler arasında düşünüldüğünde büyük bir tabu olmayı sürdürmesi olabilir (Özvarış 2005).

Öğrencilerin çoğu cinsel konularla ilgili eğitim almak istediklerini belirtmiştir (Tablo 4.32). Cinsiyete göre cinsel konularla ilgili eğitim almak isteyip/istememe durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Öğrencilerin %62.7'si cinsel konularla ilgili eğitim almak istediklerini belirtmiştir (Tablo 4.33). Sağlıkla ilgili olmayan okullarda cinsel konularda eğitim almak isteyen öğrencilerin oranları, sağlıkla ilgili olan okullara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuca göre sağlıkla ilgili olan okulların müfredat programlarında CYBH konusunda bilgi edinilen derslerin olması ve buna bağlı olarak öğrencilerin kendilerini CYBH hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını hissetmeleri bu konuda eğitim almak isteme oranlarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

Cinsel eğitim; bireylere insan cinselliği, cinsellikle ilgili iletişim, cinselliğin kişiler arası ilişkilerdeki önemi, büyüme, gelişme, üreme organları ve işlevleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve diğer risklerden korunma yöntemlerine ilişkin bilgilerin yanı sıra; sağlıklı erkeklik ve dişilik kavramları, aile yaşamı, sorumlu anne ve babalık, sevgi, saygı, sosyal değer, rol ve beklentiler konusunda gerekli bilgilerin verilmesidir (Duyan ve ark 2001).

Öğrencilerin büyük çoğunluğu gençlere öncelikle CYBH hakkında eğitim verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4.34, Tablo 4.35). Yapılan anketin CYBH hakkında olması öğrencilerin bu soruya vereceği cevabı etkileyebileceği düşünülmektedir.

Öğrencilerin yarısı cinsel konular hakkındaki eğitimin sağlık kuruluşu tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4.36, Tablo 4.37). Cinsel konularla ilgili bu eğitimi ise sağlık personelinden almak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.38). Sabancı (2004) Balıkesir'de lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışma ile benzer sonuçlar içermektedir.

Cinsellik ve cinsel konularda bilgilerin kaynağı çok önemlidir. Bu konuda kaynağı belirsiz, eksik ve yanlış bilgilerin ve abartılı beklentilerin korkuya, üzüntü duymaya ve güven azalmasına neden olabileceği ileri sürülmüştür. Bu açıdan cinsellik ve CYBH konusunda güvenilir kaynaklardan ve doğru bilginin kazanılmasının gereği çok açıktır (Duyan ve ark 2001). Araştırmamızda cinsellik eğitiminin sağlık kuruluşlarında sağlık personeli tarafından verilmesinin gerekli görülmesi gençlerin bu konuda bilinçli olduğunu göstermektedir.

5.1.3. Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi Durumlarının Tartışılması

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2000 yılındaki bulgularına göre; Dünya'da 15-49 yaşları arasındaki kişiler arasında her yıl yaklaşık 333 milyon tedavi edilebilir CYBH vakası meydana gelmekte ve günde bir milyon yeni vaka da bu hastalıklara eklenmektedir (Çetintürk ve ark 2002).

Dünyada AIDS'ten yılda 3 milyonu aşkın birey ölmektedir. Bu da, yaklaşık bir dakikada 6 kişi etmektedir. HIV pozitif kişilerin bir kısmının 10-12 yıl içerisinde AIDS basamağına geldiği ve kaybedildiği bilinmektedir (Acuner ve ark 2003).

Öğrencilerin okul müfredat programında CYBH hakkında bilgi edinilen derslerin olup olmadığı araştırıldığında tüm öğrencilerin %23.0'ının bilgi edindiği ders var iken, %77.0'ının bilgi edindiği ders yoktur (Tablo 4.39). CYBH açısından risk grubunu oluşturan gençlerin çoğunun müfredatta bilgi edinebileceği derslerin olmaması düşündürücü bir sonuçtur. Dolayısıyla, gençler bu konu hakkındaki bilgi gereksinimlerini karşılayabilmek için okul dışındaki kaynaklara yönelmekte ve çoğu zaman yanlış bilgi almaktadır. Bilgi eksikliği ve yanlış bilgilendirmeler sonucunda CYBH açısından risk grubunda bulunan gençler, cinsel yolla bulaşan hastalıklara daha kolay yakalanabilmektedir.

Öğrenciler CYBH'den isim olarak en yüksek oranda AIDS'i belirtmişlerdir. HPV ve mantar ise isim olarak en düşük oranda ifade edilen CYBH olmuştur (Tablo 4.40). AIDS'in ölümcül olması ve güncel olarak kitle iletişim araçlarında daha fazla yer alması bu durumu etkilemektedir.

Yaman Efe (2003)'nin üniversite son sınıf öğrencileri üzerinde yaptığı çalışma, Ekuklu'nun (1996) Trakya üniversitesinde öğrenim gören tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı ve Özdemir ve arkadaşlarının (2003) Cumhuriyet üniversitesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan AIDS'in isim olarak en fazla bilindiği ancak sifiliz, gonore, hepatiti çok az bildikleri saptanmıştır. Araştırma sonuçlarımız bu çalışmalarla benzer sonuçlar göstermektedir (Ekuklu ve ark 1996, Özdemir ve ark 2003,Yaman Efe 2003).

Öğrencilerin çoğu CYBH hakkındaki ilk bilgiyi radyo-Tv'den elde ettiğini belirtmiştir. Çok az bir kısmı ise CYBH hakkındaki ilk bilgiyi arkadaşlarından ve ebeveyn, sağlık personeli ve magazin dergilerinden elde ettiğini belirtmiştir (Tablo 4.41). Bu sonuçlara göre gençlerin arkadaş, aile ve sağlık personelini bilgi kaynağı olarak görmedikleri ortaya

çıkmaktadır. Özkan'ın (1994) yaptığı benzer bir araştırmada da gençlerin bu konudaki bilgi kaynağının öncelikle aile olmadığı, medyanın ve okulun önemli bir bilgi kaynağı olarak görüldüğü sonucuna varılmıştır. Yaman Efe (2003)'nin yaptığı çalışmada öğrencilerin cinsellik bilgisini aldıkları ilk kaynaklar incelendiğinde ilk iki sırayı, arkadaş ve kitle iletişim araçları almaktadır.

Kenya üniversitesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise, öğrencilerin ilk bilgiyi %39.6 oranı ile TV ve kitaplardan öğrendikleri, %16.8 oranında ise öğretmenlerinden öğrendikleri ortaya çıkmaktadır. Ailenin ise bu bilgilendirmede çok küçük bir paya sahip olduğu görülmektedir (Mafany et all 1990).

Toplum üzerinde doğrudan etkisi olan medya, özellikle görsel medya bir seksüel cazibe modeli yaratmakta, ancak cinselliğin bazı olumsuz sonuçlarına yer vermemekte ve bu haliyle iyi bir bilgi kaynağı olmamaktadır. Cinsel içerikli programlarda olumlu mesajlar verildiğinde, medya hem bilgi kaynağı olma hem de olumlu davranışlar geliştirme açısından etkili olabilir (Özkan 1994).

Televizyonun artan etkisi, olasılıkla son otuz yıl içinde kitle iletişim araçlarında ortaya çıkan en önemli gelişmedir. Bugünkü televizyon izleme eğilimleri sürerse, bugün doğan ortalama bir çocuk on sekiz yaşına geldiğinde, zamanın büyük bölümünü, uyuma dışındaki bütün öteki etkinliklerden daha çok televizyon izlemeye ayıracaktır. Bugün hemen hemen her evde bir televizyon vardır. İngiltere'de ortalama olarak günün beş-altı saatinde televizyon açık kalmaktadır. Aynı şey büyük ölçüde ABD ve öteki batı Avrupa ülkeleri için de geçerlidir (Gıddens 2000).

Öğrencilere CYBH'ın cinsel ilişki dışındaki bulaşma yolu sorulduğunda, çoğu kan yolu ile cevabını vermiştir (Tablo 4.42). Bu oranın sağlıkla ilgili olan okullarda daha az olmasının sebebi, öğrencilerin CYBH konusunda daha kapsamlı bilgiye sahip olmaları ile açıklanabilir. Öğrencilerin çoğunun kan yolu ile bulaşmanın cinsel ilişki dışında bulaşma yolu olarak bilmesi, kanla temas edecekleri durumlarda gerekli önlemleri almaları açısından önemlidir. Karanfilci (1998)'nin GATA'da öğrenim gören üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışma bulgularında da öğrencilerin kan nakli ile bulaşabileceğini tamamına yakını (%99.00) bilmişlerdir. Araştırma sonuçlarımız bu çalışmayla benzer sonuçlar göstermektedir.

Öğrencilerin CYBH belirtilerinden en fazla adet düzensizliğini ve iktidarsızlığı bildiği bulunmuştur (Tablo 4.43). Bulgularımız Sabancı (2004)'nın Balıkesir'de lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Öğrencilerin risk gruplarını bilme durumu değerlendirildiğinde, büyük oranda risk gruplarını bildikleri bulunmuştur (Tablo 4.44). Öğrencilerin kendilerinin genç olmaları, sık eş

değiştirmeleri ve birden fazla eş gibi faktörler nedeniyle bu risk gruplarının içinde yer almaktadır. Bu nedenle bunun bilincinde olmaları sevindiricidir. Sabancı (2004)'nın Balıkesir'de lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ve Karanfilci (1998)'nin GATA'da öğrenim gören üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada da risk grupları yüksek düzeyde bilinmiştir. Bulgularımız bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Öğrencilerin çoğu CYBH'nın kalıcı sağlık problemine yol açabileceğini belirtmiştir (Tablo 4.45, Tablo 4.46). Cinsiyete göre CYBH'ın ileride kalıcı sağlık problemine yol açması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). CYBH'nin kalıcı sağlık problemine yol açmasını bilme durumları bakımından okul türleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin CYBH'nin kalıcı sağlık problemine yol açabileceğini bilmesi hastalıkların ciddiyetini anlama bakımından önemlidir.

Öğrencilere CYBH komplikasyonları sorulduğunda, öğrencilerin yarısı kanser, kısırlık, üreme sistemi enfeksiyonu ve ölüm olarak belirtmiştir. (Tablo 4.47). Bu sonuçlara göre öğrencilerin CYBH komplikasyonlarıyla ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunu, dolayısıyla bu bilgi eksikliği, kendilerinin hastalıklarla mücadele tedbirini alma görevlerini yerine getirebilmelerini engelleyecektir.

5.2. Sonuç ve Öneriler

Öğrencilerin annelerinin eğitim düzeyinin babaların eğitim düzeyine göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin ailelerinin çoğunun kentsel bölgede yaşadığı bulunmuştur.

Öğrenciler aileleriyle cinsel konularda konuşmadıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin CYBH'ın belirtileri ve komplikasyonları konularında bilgilerinin yetersiz olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin, CYBH konusundaki bilgi kaynakları büyük oranda medyadır. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun cinsellik bilgilerini yeterli bulmadıkları ve bu konuda sağlık personelinden eğitim almak istedikleri saptanmıştır. Aynı zamanda öğrencilerin çoğu cinsel sağlık eğitiminin gerekli olduğunu ve bu eğitimin ilköğretimde verilmesi gerektiği konusunda birleşmektedir.

Evlilik öncesi cinsel yaşama ilişkin düşünceler, cinsel ilişki deneyimi ve partner ilişkileri kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı farklılıklar göstermektedir. Erkek öğrenciler kız öğrencilere oranla evlilik öncesi cinsel deneyimlere daha olumlu yaklaşmaktadır; erkeklerin cinsel ilişki deneyimi ve kısa süreli çok sayılı partner ilişkileri kızlardan daha yüksek orandadır.

Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin CYBH geçirme oranı %1.6 dır. En fazla geçirilen CYBH hepatittir. CYBH geçirenlerin doktora başvurma oranı yüksektir.

Öğrencilerin çoğunun korunma yöntemi olarak prezervatifi tercih ettikleri bulunmuştur. Kız öğrenciler ile erkek öğrenciler arasında korunma amaçları bakımından aralarında anlamlı farklılıklar vardır. Erkek öğrencilerin büyük oranda CYBH'ı önlemek amacıyla korunduğu, kız öğrencilerin ise gebeliği önlemek amacıyla korunduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin çoğu risk gruplarını doğru olarak belirtmişlerdir. Öğrencilerin CYBH ismi olarak en fazla AIDS'i belirttikleri bulunmuştur.

Araştırma bulgularımız doğrultusunda önerilerimiz şöyle özetlenebilir;

Medyanın toplum üzerinde etkisi ve gençler için önemli bilgi kaynağı olması göz önünde bulundurularak cinsel içerikli yayınların topluma verdiği mesajların içeriği ve niteliği iyi değerlendirilmeli. Medyanın CYBH hakkında, eğitim amacı ile hizmet etmesi sağlanmalıdır.

Öğrencilerin CYBH konusunda bilgileri yetersizdir. Bu nedenle öğrencilere CYBH'ın bulaşma yolları, belirtileri, tedavileri, komplikasyonları ve korunma yolları hakkında eğitim programları düzenlenmelidir.

Öğrencilerin çoğu cinsellik eğitiminin gerekli olduğunu ve bu eğitimin ilköğretimde verilmesi gerektiği konusunda birleşmektedir. Ergenliğin başlama yaşı dikkate alındığında, ergenlerin cinsellikle ve CYBH ilgili bilgilendirmenin ilköğretimden itibaren ortaöğretim ve yükseköğretim boyunca sistemli bir şekilde okul eğitimi içinde sağlanması gerekmektedir**.**

Uygulanacak eğitim çalışmalarında slayt, yazılı broşürler, video gibi çeşitli görsel materyallerden faydalanmak gereklidir. Böylece verilecek eğitim süresinde monotonluktan uzak kalınacak, hem göze hem de kulağa hitabeden bilgiler daha kalıcı olacaktır. Ayrıca bu tür yöntemler öğrencinin dikkatini daha çok çekecektir.

Üniversitelerin müfredat programlarını bu bilgiler ışığında tekrar gözden geçirilmeli, CYBH konusunda her sınıfta özel ders saatleri ayrılarak ilgili dersler kapsamında ve üzerinde daha fazla durularak işlenmesi gerekmektedir. Özellikle de korunmaya ilişkin alınması gereken önlemler konusunda daha geniş yer verilmelidir.

Toplumla iletişim içinde olan meslek gruplarının eğitiminde cinsellik eğitimine yönelik programlara yer verilmelidir (Basın-yayın elemanları, din adamları v.b).

Sağlık elemanı, öğretmen, psikolog, çocuk gelişim uzmanı yetiştiren eğitim kurumlarının müfredatlarında, cinsellik eğitimi ve danışmanlığı hizmetini verecek nitelikli eğiticiler yetiştirmeye yönelik programlara yer verilmelidir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesinde etkin bir yöntem olan prezervatifin; koruyuculuğunun benimsetilmesi ve yaygınlaştırılmasına çalışılmalıdır.

Gençlerin eğitimlerini ve sağlık danışmanlığını/hizmetlerini sağlamak üzere politikacılarla işbirliği yapılıp gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Ülkemizin değişik bölgelerinde, çeşitli gençlik gruplarının cinsel yaşamlarını analiz eden araştırmalar yapılarak, toplumumuzdaki gençlerin cinsel yaşama ilişkin deneyim ve sorunları gerçekçi bir şekilde ortaya konulup çözüm önerileri getirilebilir.

6. ÖZET

Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Amaç: Araştırma, Selçuk Üniversitesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı (descriptive) nitelikte yapılmıştır.

Materyal-Metod: Araştırma evrenini 2005-2006 eğitim-öğretim yılı güz döneminde Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Sağlık Yüksek Okulu, Hukuk Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Mesleki Eğitim Fakültesi son sınıflarına devam etmekte olan toplam 2787 öğrenci oluşturmuştur. Evrenden tabakalı örnekleme yöntemiyle %20 oranında örneklem seçilmesi planlanmıştır. Öngörülen örneklem sayısı olan 558 öğrenciye ulaşabilmek üzere fakülteler sağlıkla ilgili olma durumuna göre tabakalandırılmış, her bir tabakadan öğrenci mevcuduna göre orantılı olarak örnekleme seçilecek öğrenci sayısı belirlenmiştir. Fakültelerin son sınıf öğrenci listeleri fakülte idarelerinden alınarak rastgele sayılar tablosu yardımıyla örnekleme seçilecek öğrenci sayısına ulaşıncaya kadar listeden seçim yapılmıştır. Ancak okula gelmeyen, raporlu olan öğrenciler olması nedeniyle 501 öğrenciye ulaşılmıştır.Veriler, gerekli izinler alındıktan sonra gözlem altında anket uygulama yöntemiyle toplanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilerek, istatistiksel analizlerde ki-kare (χ^2) önemlilik testi kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması 23.69 ± 1.62 olup %66.9'unu kız öğrenciler, %33.1'ini erkek öğrenciler oluşturmaktadır. Öğrencilerin çoğu cinsel konuların tabu olduğu için ailesiyle konuşmadığını ve evlilik öncesi her türlü cinsel deneyime karşı olduğunu belirtmiştir. Öğrenciler CYBH'den isim olarak en yüksek oranda AIDS'i belirtmiştir. Öğrencilerin çoğu (%41.3) CYBH konusundaki ilk bilgiyi radyo ve televizyondan elde ettiğini belirtmiştir. Erkek öğrencilerin %36.1'inin, kız öğrencilerin ise %3.9'unun daha önce cinsel deneyim yaşadıkları tespit edilmiştir. Erkek öğrencilerin cinsel deneyim yaşama oranları kız öğrencilere göre anlamlı ölçüde daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Öğrencilerin büyük çoğunluğu (%70.1) cinsel konularla ilgili bilgilerde kendilerini yetersiz hissettiklerini ve bu konuda eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir.

Sonuç: Araştırma bulgularına göre üniversite öğrencilerinin CYBH konusundaki bilgilerinin, bu konuda sağlıklı davranışlar sergileyebilmeleri için yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır.

7. SUMMARY

Determination of Knowledge of the Students of Selçuk Unıversty on Sexually Transmitted Diseases

Purpose: Research is performend in descriptive nature in order to examine knowledge, of Selçuk Unıversity students on sexually transmitted diseases.

Material Method: Environment of research is contituted by 2787 students in total who are continuing the senior class in Selçuk Unıversity's Faculty of Medicine, Faculty of Dentistry, Health Higher School, Faculty of Law and Faculty of Professional Education during fall 2005-2006 academic year. %20 sample is planned to choose with the method of stratified sampling. To reach the prescribed number of sampling, faculties were stratified according to the position of being related to health and student numbers to be chosen proportional to class presence from each stratum. The senior class list of the faculties were taken from faculty administration and selection was made from list until reaching the student number to be chosen as sampling with the assistance of random table of numbers, but 501 students could be reached as there were students on sick leave. Data was collected with the questionnaire application method after obtaining required permissions. Obtained data was evaluated in the computer medium and ki-square (χ^2) significance test was used in the statistical analysis.

Findings: Average ages were 23.69 ± 1.62 and %66.9 consisted of schoolgirls and %33.1 consisted of schoolboys. Most of the students stated that they could not their families due to taboos and that they were against all types of sex experience before marriage. Students indicated the sexually transmitted diseases AIDS in the highest rate. Most of the students stated that they got the first information about sexually transmitted diseases from radio ant television. %36.1 of schoolboys and of schoolgirls were determined to experience sex experience. sex experience rate of schoolboys was found significantly higher than schoolgirls ($p<0.05$). the vast majority of students stated that they felt themselves insufficient about sex and requested education about this subject.

Result: According to the findings of research, it is concluded that the knowledge of students on sexually transmitted diseases was insufficient to be able to exhibit sound behaviours about this subject.

8.KAYNAKLAR

Acuner AM, Sarp N, Önder ÖR, Yıldırım T (2003), *Halk sağlığı yönüyle HIV/AIDS ve koruma yaklaşımı*, HIV/AIDS, 6(3), 88

Ağaçfidan A (1994), Chlamydia İnfeksiyonlarını Epidemiyolojisi, Anğ Ö, Badur S, Ağaşfidan A (Ed), Chlamydia infeksiyonları ve tanıda yenilikler, Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Yayını, No:20, İstanbul

Ağaçfidan A, Ö Anğ (1999), Cinsel temasla bulaşan hastalıklar, Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Yayını, Sayı:35, İstanbul

Akbulut A, Çelebi H, Dönder E, Felek S, Kalkan A, Kılıç SS ve ark (1997), Karaciğer ve safra yolları infeksiyonları, Felek S (Ed), Sistemik İnfeksiyon Hastalıkları, 1. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul: 200-209

Akdoğan A, Aras D (1998), Obstetrik ve Jinekoloji, Coşkun A, Ulaş M (Ed), Kadın Doğum Ders Notları, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara:52-59

Alacalıoğlu F (2000), Elmadağ ilçesi merkezindeki lise son sınıf öğrencilerin aile planlaması konusundaki bilgi ve tutum düzeyleri, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Ana Bilim Dalı**,** Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Allı N (2001), Genital Ülserle Karakterize Hastalıklar, Uzun Ö, Ünal S (Ed), İnfeksiyon Hastalıkları 1, 1. Baskı, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara:403-415

Altun E, Savaşer S (2005), *Adölesan gebelere verilen planlı eğitimin bebeği algılaması üzerine etkisi*, 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi, 13-17 Nisan, Kayseri

Aşçıoğlu S, Ünal S (2001), Cinsel yolla bulaşan hastalıkların epidemiyolojisi, Uzun Ö, Ünal S (Ed), Güncel Bilgiler Işığında İnfeksiyon Hastalıkları, 1. Baskı, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 379-431

Aras Z (1994), *Adolesan çağında cinsellik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar,* 2. Ulusal AIDS ve 1. Ulusal CİGH Sempozyumu, İzmir: 6-8 Nisan

Atasü T, Şahmay S (2001), Cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklar, Jinekoloji (Kadın Hastalıkları), 2.Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul: 393-401

Aydın K, Köksal İ, Çaylan R, Öksüz R, Çan G (1999), *Trabzon ilinde iki ayrı dönemdeki HIV/AIDS bilgi düzeyi,* HIV/AIDS, 2(2), 78

Bannister BA, Begg NT, Gillespie SH (2000), İnfectious Disease, Second edition, 308-309

Bilgel N (1997), Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı, 2. Baskı, Güneş & Nobel Tıp Kitapevi, Ankara: 161-168

Bodur H, Erbay A, Çevik MA (2001), *Sekonder Sifiliz ve HIV infeksiyonu birlikteliği bir olgu nedeni ile,* HIV/AIDS, 4(3), 100-101

Bulut A (2004), *Gençlerin sağlık bilincinin geliştirilmesi, Türkiye'de cinsel eğitim kavramı,* Çocuk Dergisi, 4(1), 8-10

Bulut A, Ortaylı N (2004), *Bir araştırmanın düşündürdükleri: Cinsel sağlık ama nasıl?,* Sted, 13(2), 60-63

Büke M (1982), Cinsel İlişki İle Bulaşan Hastalıklar, Bilgehan H (Ed), Cinsel İlişki İle Bulaşan Hastalıklar, Türk Mikrobiyoloji Derneği Yayını, No:3

Cengiz L, Dolapçı Gİ, Cengiz AT (2000), *Hepatit B virüs (HBV) bulaş yolları: Perinatal geçiş,* İnfeksiyon dergisi, 14(4), 557

Ceylan S, Açıkel CH, Kılıç S, Kır T, Hasde M (2002), *Genç erişkin erkeklerin AIDS konusundaki eğitimleri,* Sağlık ve Toplum, 12(2), 36-37

Çavuşoğlu Ş, Yenen OŞ (1994), Chlamydıa İnfeksiyonlarının Tedavisi, Anğ Ö, Badur S, Ağaçfidana A (Ed), Chlamydia infeksiyonları ve tanıda yenilikler, Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Yayını, No:20, İstanbul

Çetintürk A, Terzioğlu F (2002), *Genç erişkin erkeklerin cinsel yolla bulaşan hastalıklara (Hepatit B, HIV/AIDS, Sifiliz, Gonore) ilişkin bilgileri,* Klinik Bilimler & Doktor, 8(2), 240-241

Çimen S (2005), *Adölesanın sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirenin rolü,* 3. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, İzmir: 22-24 Eylül

Del Bene V, Wasner GE, Virella G (1997), Cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklar, Setren D (çev. ed), Mikrobiyoloji ve enfeksiyon hastalıkları, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara: 473-475

Demir Ü (1994), *AIDS ve korunma yolları,* AIDS dergisi, 2(4), 55

Dokuzoğuz B (2000), HIV/AIDS Epidemiyolojisi, Aknem Dergisi, 14(3), 392-394

Dönmez L (1999), *Akdeniz Üniversitesi Turizm Yüksekokulu ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranışları,* HIV/AIDS, 2(4), 148

Duyan V, Ünal F, Çok F, Ünal S (2001), *Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda ailelerin ve gençlerin bilgilendirilmesi,* HIV/AIDS, 4(1), 13-14

Ekuklu G, Tuğrul H, Gül H, Eskiocak M, Saltık A (2004), *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin HIV/AIDS konusundaki bilgi tutumları ve 1996'dan bu yana değişimi* , HIV/AIDS, 7(4), 139-140

Emond RTD, Rowland HAK (2000), A Colour Atlas Of İnfectious Diseases, Wolfe Medical Publications Ltd. London:148-167

Erefe İ (1998), Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, 1. Baskı, Birlik Ofset, İstanbul: 142

Gıddens A (2000), Kitle İletişim Araçları ve Popüler Kültür, Sosyoloji, 1. Baskı, Ayraç yayınevi, Ankara

Gılbert ES, Harmon JS (1998), High Risk Pregnancy Delivery, Second Edition, Boston:618-635

Gorbach SC, Bartlett SG, Blacklow NR (1992), İnfections Diseases, Sounders Campany, United States Of America: 808-852

Güçlü S (2005), *Vajinit,* 3. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, İzmir: 22-24 Eylül

Güngör S (1996), Gronuloma İnguinale, Wilke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M (Ed), İnfeksiyon Hastalıkları,1.Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul: 981-983

Hızel K (2001), *Cinsel yolla bulaşan infeksiyonlar,* galenos, 5(49), 42-48

İtil İM (2005), *Cinsel yolla bulaşan hastalıklar,* 3. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, İzmir: 22-24 Eylül

Kadayıfçı A (2001), Enfeksiyon hastalıkları, Dahiliye, 2. Baskı, Atlas Kitapçılık, Ankara: 556-559

Kaminester LH (2000), Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Ayrıcı Tanı Klavuzu, Wellcome İlaç Ürünleri, İstanbul:10-16

Kantürk A, Şimşek F, Savaş L, Yıldırmak T (2005), Akut hepatit B olgularında bilirübin düzeyinin prognoza etkisinin araştırılması, Klinik Dergisi, 18(1), 21

Karanfilci H (1998), Gülhane askeri tıp akademisinde sağlık astsubayı hazırlama okulu ve hemşirelik yüksek okulu son sınıf öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Köksal İ (1996), Gonore, Wilke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M (Ed), İnfeksiyon Hastalıkları,1.Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul: 963-983

Köseoğlu Ö, Bayraktar Güngör N, Darka Ö, Günalp A (2004), *Adolesan yaş grubu erkek öğrencilerde hepatit B seroepidemiyolojisi ve ilişkili risk faktörleri, Viral Hepatit Dergisi,* 9(2), 82-83

Kutlu Ö, Babadoğan C (2003), *İlköğretim programları ve ders kitaplarında HIV/AIDS konularının yeri ve ele alınış biçimi,* HIV/AIDS, 6(3), 65-66

Mafany NM, Mati JK, Nasah BT (1990), *Knowledge of and attitudes towards sexually transmitted diseases among secondry school students in Fako District Cameroon,* East African medical journal, 67(10)

Mamıkoğlu L (2001), Sifilizde Tedavi, Sümbül M, Leblebicioğlu H (Ed), Sifiliz, 2. Baskı, Simad Yayınları, İstanbul: 7

Morais VO, Moura MV, Costa MC, Patel BN (2001), *Sexually Transmitted Diseases, AIDS, and use/abuse of Psychoactive Substances in Adolescence*, Pediatrics, 77(2), 190-204

Morton O (1993), Neotran- a new double- active pessary for the treatment of vaginitis, The Journal of İnternational Medical Research, 21(2), 36-37

Noyan V (2003), *Genital herpes,* galenos, 7(85), 13-1

Odds FC (1998), Candidosis of genitalia, Odds FC (ed), Candida and candidosis, second adition, London: 124

Okuyan M, Baykara A, Balkan Y, Erol G (1991), AIDS ve diğer cinsel ilişki ile geçen hastalıklar, AIDS ile Mücadele Derneği Eğitim Broşürü, İzmir yayıncılık, İzmir: 4-7

Osmanağaoğlu MA (2003), *Vajinal infeksiyonlar,* galenos, 7(81), 9-12

Özbaşaran Ulufer F (1999a), *Manisa ve ilçeleri genelevlerinde çalışan hayat kadınlarının AIDS bilgileri,* AIDS Dergisi, 7(12), 28-29

Özbaşaran Ulufer F (1999b), *Manisa lisesi son sınıf öğrencilerinin AIDS'e bakışı,* AIDS Dergisi, 7(12), 32

Özbilge H, Zeyrek FY, Uzala Mızraklı A, Tümkaya B (2005), *Hepatit B virüs DNA pozitifliği ve serolojik testler, Erciyes Tıp Dergisi,* 27(1),17

Öz Bölükbaşı FF, Yıldız Zeyrek F, Bölükbaşı C, Zeyrek CD, Uzunköy A, Tabur S ve ark (2004), Hasta bakımı ve hastane hijyeninden sorumlu sağlık personelinde HBV, HCV ve HIV sıklığı, Viral Hepatit Dergisi, 9(2), 90-91

Özcebe H (2004), *Birinci basamakta adolesan sorunlara yaklaşım,* Sted, 11(10), 374

Özdemir L, Ayvaz A, Poyraz Ö (2003), *Cumhuriyet üniversitesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri,* Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25(1), 10-11

Özkan H (1994), Üniversite gençliğinin aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmaya ilişkin yaklaşımları, Halk Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Özvarış ŞB (2005), *Adolesanların üreme ve cinsel sağlığı*, 3. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, İzmir: 22-24 Eylül

Pekcan H (1997), Adolesans (Delikanlılık) sağlığı, Bertan M, Güler Ç (Ed), Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 2.Baskı, Güneş Kitapevi, Ankara: 189-194

Rukaria Kaumbutho RM (1995), *A Knowledge, attitude and practice survey on sexually transmitted diseases among undergraduate students in a university in Kenya,* journal of obstetrics&gynaecolgy of eastern and central Africa, 11(1)

Sabancı M (2004), Balıkesir'deki dört genel lisedeki ikinci sınıf öğrencilerinin üreme sağlığı bilgileri ve cinsel yaşama ilişkin bazı yaklaşımlarının saptanması, Sağlık Eğitimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Saraçlı MA, Doğancı L (2001), *Sifiliz tarama testleri: Maliyet- etkinlik açısından değermi?,* Gülhane Tıp Dergisi, 43(2), 119

Sarp N, Önder ÖR, Yıldız A, Kütük O (2001), *Keçiören ilçesindeki lise son sınıf öğrencilerinin cinsel yaşama ilişkin yaklaşımları, HIV/AIDS konusundaki bilgi ve tutumları* HIV/AIDS, 4(3), 91-93

Şatıroğlu MH (2001), Vajinal Akıntı İle Karakterli Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Pelvik İnflamatuvar Hastalık, Uzun Ö, Ünal S (Ed), İnfeksiyon Hastalıkları 1, 1. Baskı, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara: 394-398

Serter D (2001), *Cinsel yolla bulaşan hastalıklar,* Ankem Dergisi, 15(3), 438

Sipahioğlu H (1986), AIDS,1.Baskı, Öztek Ofset & Tipo Matbacılık, Ankara:2-3

Soydan M (1989), Cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklarda risk gruplarının rolü, önlemde etkin faktörler, hemşirenin görevleri, Halk Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Sünter T, Pekşen Y (1996), *AIDS Epidemiyolojisi,* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 13(4), 267-271

Şatıroğlu MH (2001), Vajinal Akıntı İle Karakterli Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Pelvik İnflamatuvar Hastalık, Uzun Ö, Ünal S (Ed), İnfeksiyon Hastalıkları 1, 1. Baskı, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara:394-398

Şehiraltı Ilgıcı M (1985), Adolesanda benlik kavramı, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstambul

Şerifhan İlgün M, Erbay Dündar P, Doğramacı YG, Dalcı A, Gürgen G (2005), *Celal Bayar Üniversitesinde Bir Grup Öğrencinin Aile Planlaması ve CYBH Konusundaki Bilgi Düzeyleri,* TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4(2), 300

Tabak F (1999), İç Hastalıkları serisi, Hatemi H, Şentürk H, Tabak F(Ed), Enfeksiyon Hastalıkları, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara: 223-224

Tali Çetin E, Badur S (1995), Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar ve AIDS, 1. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara:13-36

Taşkın L (1997), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem ofset matbaacılık, Ankara:456-459

T.C. Sağlık Bakanlığı (2003), Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri, Ankara:15-187

Tezcan A (2006), *Human Papillomavirus aşı uygulaması için hazırlıklar başlamalıdır,* Aylık Epidemiyoloji Raporu, 5(1), 177

Topbaş M, Çan G, Kapucu M (2003), *Trabzon'da bazı liselerdeki adolesanların aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri,* Gülhane Tıp Dergisi, 45(4), 331-335

Tuncer A (1998), Toplum sağlığında infeksiyon hastalıkları ve korunma, Hacettepe Üniversitesi Yayınları A-43, 213-229

Tüzün Y (2001), Sifilizin tarihçesi ve epidemiyolojisi, Sümbül M, Leblebicioğlu H (Ed), Sifiliz, 2. Baskı, Simad Yayınları, İstanbul: 5

Uğur S, Işık Ç (2001), Obstetrik ve jinekoloji, Alper M, Selçukbiricik S (Çev. ed.), 1. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul:114

Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi (1995), Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2. Baskı, Cilt 1

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), Global enstimates for adults and children, 2004

Uzun Ö (2002), Viral hepatitler: Epidemiyoloj, Uzun Ö, Ünal S (Ed), İnfeksiyon Hastalıkları 2, 1. Baskı, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara: 562-564

Ünal S (1993a), Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2(3), 96-97

Ünal S (1993b), Cinsel temasla bulaşan hastalıklar, Karna G, Akalın E (Ed), İfeksiyon Hastalıkları, 2. Baskı, Güneş Kitapevi, Ankara: 67-150

Ünal S, Hayran M (1996), Cinsel Yolla Bulaşan İnfeksiyonlara Genel Bakış, Wilke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M (Ed), İnfeksiyon Hastalıkları,1.Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul: 962-965

Üner S, Turan S (1998), *Ankara metropol ilçelerde lise son sınıf öğrencilerinin HIV/AIDS bilgi düzeylerinin verilen eğitim öncesi ve sonrasında değerlendirilmesi,* HIV/AIDS, 1(4), 166-167

WHO (1998), Genova, Switzerland: World Health Organization, 91-111

Wilson JW, Henry NK, (2004), Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, Bakır M (Çev. ed.), İnfeksiyon Hastalıkları Tanı ve Tedavi, 1 Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul:212-215

Virella G, M.D, Ph. D (1997), Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları, Serter D (Çev. ed.), 3.Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul: 325-329

Yaman Efe Ş (2003), Üniversite son sınıf öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi ve davranışları, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara,

Yılmaz Ş (1996), Sifiliz, Wilke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M (Ed), İnfeksiyon Hastalıkları,1.Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul: 985-989

Yoldaşcan E, Banak S (2004), *Yarıkırsal alanda yaşayan kişilerin viral hepatitler konusunda bilgi ve tutumları,* Viral Hepatit Dergisi, 9(2), 99-100

Yüce K (2001), Human Papilloma Virüs İnfeksiyonları, Uzun Ö, Ünal S (Ed), İnfeksiyon Hastalıkları 1, 1. Baskı, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara: 426-430

Yücel A, Kantarcıoğlu AS (2000), *Candida'ların patojenlik belirtgenleri,* Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 30(3), 172-173

Zenilman JM (1994), Cinsel İlişkiyle Bulaşan Bakteriyel Hastalıklar Konusundaki Son Gelişmeler, Ergun K, Ergun T (Çev. Ed), Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Dış Genital Organların Diğer Lezyonları, 2. Baskı, Bilimsel ve Teknik Yayınlar, İstanbul:50-53

9. EKLER

EK-1

ANKET FORMU

Bu çalışma, sizlerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) konusundaki bilgilerinizi incelemek amacıyla yapılmaktadır.

Bu anket formu bir sınav veya sizleri değerlendirme aracı değildir; bu nedenle lütfen isimlerinizi yazmayınız.

Soruları içtenlikle yanıtlayacağınızı umar, katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Gökçe Demir

1) Öğrenim gördüğünüz Fakülte/Yüksekokul hangisidir?
(Lütfen bölümünüzle birlikte belirtiniz)
……..

2) Yaşınız……..

3) Kaçıncı sınıftasınız?
( ) 1. sınıf
( ) 2. sınıf
( ) 3. sınıf
( ) 4. sınıf
( ) 5. sınıf
( ) 6. sınıf

4) Cinsiyetiniz
( ) Kız ( ) Erkek

5) Medeni durumunuz nedir?
( ) Hiç evlenmemiş
( ) Evli
( ) Diğer (Belirtiniz…….)

6) Annenizin eğitim durumu?
( )Okur yazar değil ( )Okur-yazar ( )İlkokul mezunu
( )Ortaokul mezunu ( )Lise veya dengi ( ) Yüksekokul veya fakülte
( )Yüksek lisans, doktora

7) Annenizin mesleği nedir?
( ) Ev kadını ( ) Çiftçi ( ) İşçi
( ) Esnaf ( ) Memur ( ) Diğer…….

8) Babanızın eğitim durumu?
( ) Okur yazar değil ( ) Okur-yazar ( ) İlkokul mezunu
( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise veya dengi ( ) Yüksekokul veya fakülte
( ) Yüksek lisans, doktora

9) Babanızın mesleği nedir?
( ) İşsiz ( ) Çiftçi ( ) İşçi
( ) Esnaf ( ) Memur ( ) Diğer…….

10) Sağlık harcamalarınız için herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?
( ) Yok ( ) Emekli Sandığı ( ) SSK
( ) Bağ-kur ( ) Yeşil Kart ( ) Diğer (Belirtiniz:……..)

11) Sizin dışınızda kaç kardeşiniz var?
( ) Yok ( ) 1kardeş ( ) 2 kardeş ( ) 3 kardeş ( ) 4 kardeş ve üzeri

12) Üniversiteye başlamadan önce en uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi aşağıdakilerden hangisidir?
( ) İl
( ) İlçe
( ) Kasaba
( ) Köy
( ) Diğer(Belirtiniz……)

13) Şu anda nerede kalıyorsunuz?
( ) Yurtta ( ) Akrabalarımla
( ) Arkadaşlarımla evde ( ) Kendi başıma evde
( ) Ailemin yanında ( ) Diğer

14) Aile tipiniz hangi gruba girer?
( ) Çekirdek aile
( ) Geniş aile
( ) Parçalanmış aile

15) Ailenizin size karşı tutumu nasıldır?
( ) Karşılıklı anlayış ve güvene dayalı bir tutum
( ) Üzerimde otorite kurmak isterler
( ) Bana hiçbir şekilde karışmazlar
( ) Bana karşı tavırları değişkendir
( ) Anne ve babamın bana karşı tavırları birbirinden farklıdır
( ) Zaman zaman baskı ve şiddete başvururlar
( ) Diğer(Belirtiniz …….)

16) Ailenizle cinsel konularda konuşur musunuz?
( ) Cinsellik tabudur kesinlikle konuşulmaz
( ) Cinsellik dolaylı olarak konuşulur
( ) Cinsel konularda konuşulmaz fakat sorularıma cevap verilir
( ) Cinsel konular rahatlıkla konuşulur
( ) Diğer(Belirtiniz…….)

17) Evlilik öncesi cinsellik konusundaki düşünceniz nedir?
( ) Evlilik öncesi her türlü cinsel deneyime karşıyım
( ) Evlilik öncesi cinsel yaşam sınırlı olmalıdır
( ) İnsanlar evlilik öncesi de, cinselliği doğal bir biçimde yaşamalı, sınır koymamalı
( ) Evlilik öncesi cinsel deneyimlerin yalnızca erkekler için doğal olduğunu düşünüyorum
( ) Bir fikrim yok
( ) Diğer(Belirtiniz……)

18) Okulunuz müfredat programında cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi edindiğiniz ders veya dersler var mı?
( ) Evet ( ) Hayır

Hayır ise 20. soruya geçiniz.

19) Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ki bilgileri derslerinizde bugüne kadar toplam kaç saat aldınız?
……..

20) Cinsel temasla bulaşan hastalıklardan bildiklerinizi sıralayınız?
……
……
……
……

21) Cinsel temasla bulaşan hastalıklar hakkında ilk bilgiyi nereden elde ettiniz?
( ) Ebeveynlerimden ( ) Magazin dergilerinden
( ) Radyo ve televizyondan ( ) Arkadaşlarımdan
( ) Kitap ve broşürlerden ( ) Okuldaki derslerden
( ) Sağlık personelinden ( ) Seminerler, konferanslardan

22) Cinsel yolla bulaşan hastalıkların cinsel ilişki dışında bulaşma yolu var mıdır?
( ) Kan yolu ile
( ) Direk temas yolu ile
( ) Tokalaşma ile
( ) Öpüşmeyle
( ) El ele tutuşmak
( ) Diğer(Belirtiniz……..)

23) Aşağıdaki tabloda yazılan cinsel yolla bulaşan hastalık belirtileri hangi cinsiyette görülür?
Hem erkekte hem kadında görülenler için iki kutucuğa da x işareti koyunuz.)

BELİRTİLER	**KADIN**	**ERKEK**
Dış cinsel organlarda yara	( )	( )
Kasık ağrısı	( )	( )
Adet düzensizliği	( )	
İktidarsızlık		( )
Dış cinsel organlarda kaşıntı	( )	( )
İdrar yapmada güçlük, idrar yaparken yanma	( )	( )
Kasıklarda şişlik	( )	( )
Akıntı	( )	( )
Diğer(Belirtiniz:…….	( )	( )
Diğer(Belirtiniz:…….	( )	( )
Diğer(Belirtiniz:…….	( )	( )

24) Aşağıdaki gruplardan hangisi cinsel yolla bulaşan hastalıklar için daha fazla risk altındadır?**(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

( ) Tek eşi olanlar ( ) Hayat kadınları ile birlikte olanlar
( ) Birden fazla kişiyle ilişki kuranlar ( ) Aktif cinsel yaşamı olan gençler
( ) Eşcinseller (Homoseksüeller) ( ) Uyuşturucu bağımlıları
( ) Bilmiyorum ( ) Üniversite öğrencileri
( ) Diğer(Belirtiniz:……..)

25) Cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavisi için neler yapılmalıdır?**(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

( ) Doktora gidilmelidir.
( ) Eczaneye gidip ilaç alınmalıdır.
( ) Bir şey yapmaya gerek yoktur, bu hastalıkların çoğu kendiliğinden iyileşir.
( ) Bu konuda deneyimli arkadaşlara danışılabilir.
( ) Bilmiyorum
( ) Diğer(Belirtiniz.……)

26) Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ileride kalıcı sağlık problemine yol açabilir mi?

( ) Evet ( ) Hayır

27) Cinsel yolla bulaşan hastalığı olan bireyde ileride ne tür bir hastalık görülebilir.

( ) Kanser ( ) Kısırlık(infertilite)
( ) Üreme sistemi enfeksiyonu ( ) Ölüm
( ) Diğer……..

28) Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için neler yapılmalıdır?**(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

( ) Kimseyle cinsel ilişki kurmamak
( ) Kondom (prezervatif) kullanmak
( ) Gebeliği önleyici hap kullanmak
( ) Hastalık bulaştırma ihtimali olanlarla "riskli kişilerle "ilişkiye girmemek
( ) Tek eşlilik
( ) Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmaya gerek yoktur
( ) Bilmiyorum
( ) Diğer (Belirtiniz: ……)

29) Cinsel yolla bulaşan hastalığı olan bir kişi ilk önce nereye başvurmalıdır?

( ) Sağlık ocağı/ Ana- Çocuk Sağlığı Merkezi
( ) Devlet Hastanesine
( ) Uzman hekim muayenesine
( ) Özel hastaneye
( ) Diğer (Belirtiniz:…….)

30) Cinsel yolla bulaşan bir hastalığı olan bir kişi bu sorununu kiminle paylaşmalıdır?

( ) Kimseyle paylaşmamalıdır ( ) Kardeşiyle paylaşmalıdır
( ) Cinsel ilişkide bulunduğu kişiyle paylaşmalıdır ( ) Hemşire/Ebe ile paylaşmalıdır
( ) Annesiyle paylaşmalıdır ( ) Doktor ile paylaşmalıdır
( ) Babasıyla paylaşmalıdır ( ) Diğer(Belirtiniz……
( ) Arkadaşıyla paylaşmalıdır ……)

31) Hiç cinsel ilişki deneyiminiz oldu mu?
( ) Evet ( ) Hayır

Yanıtınız Hayır ise37 . soruya geçiniz.

32) İlk cinsel ilişki deneyiminizi kaç yaşında yaşadınız?

…….. Yaşında

33) İlk cinsel ilişki deneyiminiz kiminle olmuştur ?**(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**
( ) Bir arkadaşımla
( ) Sevgilimle
( ) Para karşılığı tanımadığım bir kişiyle
( ) Para karşılığı olmaksızın tanımadığım bir kişi ile (tek günlük ilişki)
( ) Diğer(Belirtiniz:……)

34) İlk cinsel ilişki sırasında korunma yöntemi/yöntemleri kullandınız mı?
( ) Evet ( ) Hayır.

Yanıtınız Hayır ise 37. soruya geçiniz.

35)Hangi korunma yöntemini/yöntemlerini kullandınız?
……..

36) Korunma yöntemini/yöntemlerini hangi amaçla kullandınız? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**
( ) Gebeliği önlemek için ( ) Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için
( ) Diğer (Belirtiniz:……)

37) Şimdiye kadar cinsel yolla bulaşan herhangi bir hastalık geçirdiniz mi?
( ) Evet ( ) Hayır

Yanıtınız hayır ise40 . soruya geçiniz.

38) Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan hangisi/hangilerini geçirdiniz?**(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**
( ) Gonore (Bel soğukluğu) ( )Herpes (Üreme organı siğilleri)
( ) Sifiliz (Frengi) ( )Üreme organları ve çevresinde mantar enfeksiyonu
( ) Trichomoniazis ( ) Diğer (Belirtiniz:…….)
( ) Hepatit

39) Geçirdiğiniz cinsel yolla bulaşan hastalık için ne yaptınız?
( ) Bir doktora başvurdum
( ) Bir süre gizledim, sonra doktora gittim
( ) Arkadaşlarımın tavsiye ettiği ilaçları kullandım
( ) Diğer(Belirtiniz……)

40) Halen devam eden bir cinsel yaşantınız var mı?
( ) Evet ( ) Hayır

Yanıtınız hayır ise 45.soruya geçiniz.

41) En son cinsel ilişkiniz kiminle oldu?
( ) Bir arkadaşımla
( ) Sevgilimle
( ) Para karşılığı tanımadığım bir kişiyle
( ) Para karşılığı olmaksızın tanımadığım bir kişi ile (tek günlük ilişki)
( ) Diğer(Belirtiniz:……)

42) Bu cinsel ilişki sırasında korunma yöntemi kullandınız mı?
( ) Evet ( ) Hayır

43) Hangi korunma yöntemini/yöntemlerini kullandınız?
……..

44) Korunma yöntemini/yöntemlerini hangi amaçla kullandınız? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).**
( ) Gebeliği önlemek için ( ) Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için
( ) Diğer (Belirtiniz……..)

45) Sizce cinsel konulardaki sağlık eğitimi ne zaman başlamalı?
( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Yüksekokul
( ) Diğer (Belirtiniz:……..)

46) Gençlere sunulacak cinsel konularla ilgili sağlık hizmetleri hangi sağlık kurumunda sunulmalı.
( ) Sağlık ocağı
( ) Devlet hastanesi

47) Gençlere sunulacak cinsel konularla ilgili sağlık hizmetleri hangi sağlık personeli tarafından sunulmalı.
( ) Hekim
( ) Hemşire-Ebe
( ) Sağlık eğitimcisi
( ) Herkese kendi cinsiyetinde sağlık personeli
( ) Psikolog
( ) Herhangi bir sağlık personeli

48) Okulda edindiğiniz bilgilerle cinsel konulardaki bilgilerinizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır

49) Cinsel konularla ilgili eğitim almak ister misiniz?
( ) Evet ( ) Hayır
Yanıtınız hayır ise 53. soruya geçiniz.

50) Hangi cinsel konularda eğitim verilmesini istersiniz?
……..

……

51) Cinsel konularla ilgili eğitimi nereden almak istersiniz?
( ) Okuldan
( ) Sağlık kuruluşundan
( ) Kitle iletişim araçlarından
( ) Diğer (Belirtiniz……..)

52) Cinsel konularla ilgili eğitimi kimlerden almak istersiniz?
( ) Sağlık personelinden
( ) Ailemden
( ) Öğretmenlerimden
( ) Bu konuda eğitim almış arkadaşlarımdan
( ) Diğer (Belirtiniz……..)

53) Bu anket ve ankette yer alan sorular hakkında düşünceleriniz nelerdir?
……
……...

Ek-2

İZİNLER

10. ÖZGEÇMİŞ

1979 yılında Kırşehir'in Kaman ilçesinde doğdu. İlkokul, ortaokul ve liseyi Kaman'da tamamladı. 1996'da Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunu kazandı. 2000 yılında bitirdi aynı yıl Ankara Başkent Hastanesi dahiliye servisinde hemşire olarak çalışmaya başladı ve 2001 yılında ayrıldı. 2003 yılında Eskil Devlet Hastanesi Acil Servisinde hemşire olarak çalışmaya başladı. Halen Eskil'de çalışmaya devam etmektedir.

11. TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında değerli zamanını ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Tahir Kemal Şahin'e,

Eğitimim sırasında bana destek olan aileme ve Eskil Devlet Hastanesi personeline teşekkür ederim.

TABLOLAR

Tablo 4.1. Üniversite öğrencilerinin bazı demografik özelliklere göre dağılımı……47

Tablo 4.2. Üniversite öğrencilerinin aile tutumları hakkındaki görüşlerinin cinsiyete göre dağılımı…….48

Tablo 4.3. Üniversite öğrencilerinin ailelerle cinsel konularda konuşma durumlarının cinsiyete göre dağılımı ……49

Tablo 4.4. Üniversite öğrencilerinin evlilik öncesi cinsellik konusundaki düşüncelerinin cinsiyete göre dağılımı……..50

Tablo 4.5. Üniversite öğrencilerinin CYBH tedavisi için yapılması gerekenler konusundaki yanıtlarının cinsiyete göre dağılımı……...50

Tablo 4.6. Üniversite öğrencilerinin CYBH tedavisi için yapılması gerekenler konusundaki yanıtlarının okul türüne göre dağılımı……..51

Tablo 4.7. Üniversite öğrencilerinin CYBH korunmak için yapılması gerekenler hakkındaki görüşlerinin dağılımı……51

Tablo 4.8. Üniversite öğrencilerinin CYBH olması durumunda ilk başvurulacak sağlık kurumu tercihlerinin cinsiyete göre dağılımı……52

Tablo 4.9. Üniversite öğrencilerinin bir kişinin CYBH olması durumunda bu sorunu paylaşacağı kişi tercihlerinin cinsiyete göre dağılımı……...53

Tablo 4.10. Üniversite öğrencilerinin cinsel deneyim yaşama durumlarının cinsiyete göre dağılımı…….53

Tablo 4.11. Üniversite öğrencilerinin cinsel deneyim yaşama durumlarının yaşadıkları yerleşim birimine göre dağılımı……54

Tablo 4.12. Üniversite öğrencilerinin cinsel ilişki deneyimlerini yaşadıkları kişilerin cinsiyete göre dağılımı……55

Tablo 4.13. Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin ilk cinsel ilişkilerinde korunma yöntemi kullanma durumlarının cinsiyete göre dağılımı……56

Tablo 4.14. Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin ilk cinsel ilişkilerinde korunma yöntemi kullanma durumlarının okul türüne göre dağılımı……56

Tablo 4.15. Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin ilk cinsel ilişkilerinde korunma yöntemi seçimlerinin cinsiyete göre dağılımı……57

Tablo 4.16. Üniversite öğrencilerinin ilk cinsel ilişki sırasında korunma yöntemi kullanma amacının cinsiyete göre dağılımı……57

Tablo 4.17. Üniversite öğrencilerinin ilk cinsel ilişki sırasında korunma yöntemi kullanma amacının okul türüne göre dağılımı……58

Tablo 4.18. Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin CYBH geçirip geçirmeme durumunun cinsiyete göre dağılımı……58

Tablo 4.19. Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin geçirdikleri CYBH'ın cinsiyete göre dağılımı…….59

Tablo 4.20. CYBH geçiren öğrencilerin hastalıklarının tedavisine yönelik girişimlerinin cinsiyete göre dağılımı……..59

Tablo 4.21. CYBH geçiren öğrencilerin hastalıklarının tedavisine yönelik girişimlerinin okul türüne göre dağılımı…….60

Tablo 4.22. Üniversite öğrencilerin halen aktif cinsel yaşantısı olma durumlarının cinsiyete göre dağılımı…….61

Tablo 4.23. Üniversite öğrencilerinin halen devam eden cinsel ilişki yaşadıkları kişilerin cinsiyete göre dağılımı…….61

Tablo 4.24. Üniversite öğrencilerinin halen devam eden cinsel yaşamlarında korunma yöntemi kullanma durumlarının cinsiyete göre dağılımı……..62

Tablo 4.25. Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin devam eden cinsel ilişkilerinde korunma yöntemi seçimlerinin cinsiyete göre dağılımı……...63

Tablo 4.26. Halen devam eden cinsel yaşamı bulunan öğrencilerin cinsel ilişki sırasında korunma yöntemi kullanma amaçlarının cinsiyete göre dağılımı……63

Tablo 4.27. Üniversite öğrencilerinin ilk cinsel sağlık eğitimine başlama dönemine ilişkin görüşlerinin cinsiyete göre dağılımı…….64

Tablo 4.28. Üniversite öğrencilerinin cinsiyete göre gençlere cinsel konularla ilgili sağlık hizmetinin hangi sağlık kurumunda verilmesi gerektiği konusundaki görüşlerinin dağılımı.. 64

Tablo 4.29. Üniversite öğrencilerinin gençlere cinsel konularla ilgili sağlık hizmetinin hangi sağlık personeli tarafından verilmesi gerektiği konusundaki cinsiyete göre dağılımı……..65

Tablo 4.30. Üniversite öğrencilerinin cinsel konularla ilgili bilgilerde kendilerini yeterli/yetersiz hissedenlerin cinsiyete göre dağılımı……...66

Tablo 4.31. Üniversite öğrencilerinin cinsel konularla ilgili bilgilerde kendilerini yeterli/yetersiz hissedenlerin okul türüne dağılımı……...66

Tablo 4.32. Üniversite öğrencilerinin cinsel konularla ilgili eğitim almak isteyip/istememelerine cinsiyete göre dağılımı……67

Tablo 4.33. Üniversite öğrencilerinin cinsel konularla ilgili eğitim almak isteyip/istememelerine okul türüne göre dağılımı…….67

Tablo 4.34. Üniversite öğrencilerinin gençlere hangi cinsel konularla ilgili eğitim verilmesi gerektiği konusundaki görüşlerinin cinsiyete göre dağılımı…….68

Tablo 4.35. Üniversite öğrencilerinin gençlere hangi cinsel konularla ilgili eğitim verilmesi gerektiği konusundaki görüşlerinin okul türüne göre dağılımı…….69

Tablo 4.36. Üniversite öğrencilerinin cinsel konularla ilgili eğitimin nerden alınması gerektiği konusundaki görüşlerinin cinsiyete göre dağılımı……69

Tablo 4.37. Üniversite öğrencilerinin cinsel konularla ilgili eğitimin nerden alınması gerektiği konusundaki görüşlerinin okul türüne göre dağılımı……70

Tablo 4.38. Üniversite öğrencilerinin gençlere cinsel konularla ilgili eğitimin kim tarafından verilmesi gerektiği konusundaki görüşlerinin cinsiyete göre dağılımı……70

Tablo 4.39. Üniversite öğrencilerinin okullarının müfredat programında CYBH hakkında bilgi edinilen dersin olup olmadığına göre dağılımı…….71

Tablo 4.40. Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıkların adlarını bilme durumuna göre dağılımı……72

Tablo 4.41.Üniversite öğrencilerinin CYBH'lar konusundaki bilgi kaynaklarını cinsiyete göre dağılımı…….72

Tablo 4.42. Üniversite öğrencilerinin CYBH'ların cinsel ilişki dışında bulaşma yolları konusundaki bilgilerinin okul türüne göre dağılımı……..73

Tablo 4.43. Üniversite öğrencilerinin CYBH belirtilerini bilme durumuna cinsiyete göre dağılımı…….74

Tablo 4.44. Üniversite öğrencilerinin CYBH açısından yüksek risk gruplarını bilme durumuna göre dağılımı……75

Tablo 4.45. Üniversite öğrencilerinin CYBH'ların ilerde kalıcı sağlık problemine yol açması konusundaki yanıtlarının cinsiyete göre dağılımı…….75

Tablo 4.46. Üniversite öğrencilerinin CYBH'ların ilerde kalıcı sağlık problemine yol açması konusundaki yanıtlarının okul türüne göre dağılımı…….76

Tablo 4.47. Üniversite öğrencilerinin CYBH komplikasyonları konusundaki bilgilerinin cinsiyete göre dağılımı……..77