



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEKLİSANS TEZİ

**DOĞURGAN YAŞTAKİ KADINLARDA DEPRESYONUN
JİNEKOLOJİK SAĞLIĞA ETKİSİ**

FATMA KARDAŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd.Doç.Dr. FİLİZ OKUMUŞ

İSTANBUL-2016

TEŞEKKÜR

Bu çalışmayı yaparken bana önderlik eden, fikirleriyle beni yönlendiren çalışma süresince her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen tezimde büyük emeği olan çok kıymetli danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ'a,

Yükseklisans eğitimimde bana destek olan değerli hocalarım Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji ve Yard. Doç. Dr. Nihal Sunal'a,

Tez çalışmam sırasında değerli önerileri ile katkıda bulunan Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ebru FINDIKLI'ya ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ayşegül ERDOĞAN'a,

Çalışmanın yürütüldüğü Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi çalışanlarına,

Tüm tez çalışmam sırasında büyük destek ve yardımlarını gördüğüm annem, babam ve kardeşlerime,

Ayrıca Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Arş. Gör. olan sevgili eşim Dr. Selçuk Kardaş'a ve Yüksek lisans eğitimim sürecinde dünyaya gelen kızım Emine Yüstra'ya

SONSUZ TEŞEKKÜRLER.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI FORMU	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. Depresyon.....	7
4.1.1. Depresyonun tanımı ve tarihçesi.....	7
4.1.2. Depresyonun sınıflandırılması.....	9
4.1.3. Depresyonun etyolojisi	9
4.1.4. Depresyonun risk etkenleri	10
4.1.5. Depresyonda belirti ve bulgular.....	15
4.1.6. Depresyonun epidemiyolojisi	16
4.1.7. Türkiye’de ve Dünya’da depresyon.....	17
4.1.8. Depresyon ve somatizasyon.....	18
4.1.9. Depresyon ve jinekolojik sağlık	21
4.2. Jinekolojik Semptomlar	21
4.2.1. Vajinal akıntı.....	21
4.2.2. Vajinal duş	25
4.2.3. Kronik pelvik ağrı	27
4.2.4. Disparanoya	28
4.2.5. Dizüri	29
4.2.6. Adet düzensizliği	30
4.2.7. Dismenore	31

4.2.8. Premenstruel sendrom.....	33
5. MATERYAL VE METOT	36
5.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi	36
5.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	36
5.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36
5.3.1 Örneklem seçim kriterleri	37
5.4. Araştırmanın Hipotezleri	37
5.5. Veri toplama araçları	38
5.5.1. Tanımlayıcı bilgi formu	38
5.5.2. Jinekolojik semptomlar formu	38
5.5.3. Beck depresyon ölçeği.....	38
5.6 Veri Toplama Aşaması	39
5.7 Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
5.8 Araştırmanın Sınırlılıkları	40
5.9 Araştırmanın Süresi	40
5.10 Araştırma Sırasında Yaşanan Zorluklar	40
6. BULGULAR	40
6.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular.....	42
6.2. Kadınların jinekolojik sağlığına ilişkin bulgular	45
6.3. Kadınların depresyon durumlarına ilişkin bulgular.....	60
7. TARTIŞMA	66
7.1. Kadınların jinekolojik sağlığına ilişkin bulguların tartışılması	67
7.2. Kadınların depresyon durumlarına ilişkin bulguların tartışılması.....	73
7.3. Kadınlarda depresyonun jinekolojik sağlığa etkilerine ilişkin bulguların tartışılması	77
8. SONUÇ.....	78
9. KAYNAKÇA	80
10. EKLER.....	89
11. ETİK KURUL ONAYI	95
12. ÖZGEÇMİŞ.....	98

KISALTMALAR LİSTESİ

- BDÖ** : Beck Depresyon Ölçeği
- BKİ** : Beden Kitle İndeksi
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- HDDÖ** : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
- KPA** : Kronik Pelvik Ağrı
- PID** : Pelvic Inflammatory Disease
- PMS** : Premenstrüel Sendrom
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- VD** : Vajinal Duş

TABLÖLER LİSTESİ

6.11. Sosyodemografik özellikler	42
6.1.2. Eşlerin sosyodemokratik özellikleri	43
6.1.3. Sağlık durumlarına ilişkin bulgular	43
6.1.4. Obstetrik özellikler	44
6.2.1. Jinekolojik semptomlar	45
6.2.2. Jinekolojik semptomların yaş gruplarına dağılımı	46
6.2.3. Jinekolojik semptomların beden kitle indeksi gruplarına göre dağılımı	47
6.2.4. Jinekolojik semptomların çalışma durumuna göre dağılımı	49
6.2.5. Jinekolojik semptomların öğrenim durumuna göre dağılımı	50
6.2.6. Jinekolojik semptomların hastalık varlığına göre dağılımı	51
6.2.7. Jinekolojik semptomların sürekli ilaç kullanıma göre dağılımı	52
6.2.8. Jinekolojik semptomların sigara kullanıma göre dağılımı	53
6.2.9. Jinekolojik semptomların ilk gebelik yaşı gruplarına göre dağılımı	54
6.2.10. Jinekolojik semptomların toplam gebelik sayısı gruplarına göre dağılımı ...	55
6.2.11. Jinekolojik semptomların doğum sayısı gruplarına göre karşılaştırılması	56
6.2.12. Jinekolojik semptomların yaşayan sayısı gruplarına göre dağılımı	57
6.2.13. Jinekolojik semptomların düşük küretaj olma duruma göre dağılımı	58
6.2.14. Jinekolojik semptomların son doğum şekline göre dağılımı	59
6.3.1. Sosyodemografik özelliklerine göre depresyon durumlarının karşılaştırılması	60
6.3.2. Eşlerin sosyodemografik özelliklerine göre depresyon durumlarının karşılaştırılması	61
6.3.3. Sağlık durumu özelliklerine göre depresyon durumlarının karşılaştırılması ..	62
6.3.4. Obstetrik özelliklerine göre depresyon durumlarının karşılaştırılması	63
6.3.5. Depresyon durumuna göre jinekolojik semptomlarının dağılımı	64
6.3.6. BDÖ puanının jinekolojik semptomlara etkisi	65
6.3.7. Depresyon durumunun jinekolojik semptomlara etkisi	66

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.2.1. Anormal vajinal akıntı nedenleri	25
Şekil 5.3.1. Akış şeması	37



1. ÖZET

DOĞURGAN YAŞTAKİ KADINLARDA DEPRESYONUN JİNEKOLOJİK SAĞLIĞA ETKİSİ

Bu araştırma, kadınlarda depresyon ile jinekolojik sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı araştırma tipinde planlanmıştır. Araştırma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın evreni Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniklerine başvuran kadınlardan oluşmaktadır. Çalışmaya 18-49 yaş arası, gebe ve lohusa olmayan, en az ilkokul mezunu, doğal ya da cerrahi menapoza girmemiş olan, 301 kadın dahil edilmiştir. Araştırma verileri; Mayıs 2015 ve Kasım 2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama araçları olarak tanımlayıcı bilgi formu, jinekolojik semptomlar formu, Beck depresyon ölçeği kullanılmıştır. Ölçekten 17 ve altı puan alanlar 'depresyon yok' 18 ve üzerinde puan alanlar 'depresyon var' olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler, hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %33.9'unda depresyon olduğu belirlenmiştir. İlkokul mezunu olan kadınlarda, eş ilkokul mezunu olan kadınlarda ve sigara kullanan kadınlarda depresyon oranı yüksek bulunmuştur ($p>0.05$). Depresyonu olan katılımcılarda vajinal akıntı, koku, pelvik ağrı, disparanoya ve adet düzensizliğinin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kaşıntı, yanma, vajinal duş, dizürü, dismenore ve PMS bakımından depresyona durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). BDÖ puanının 1 birim artmasıyla akıntının anormal gözlenme olasılığının % 5.6 (% 95 GA: % 2.9 - % 8.3); kaşıntı gözlenme olasılığının % 3.0 (% 95 GA: % 0.5 - % 5.6); yanma gözlenme olasılığının % 3.0 (%95 GA: % 0.3 - % 5.8) ve koku gözlenme olasılığının % 3.9 (% 95 GA: % 1.4 - % 6.5) arttığı görülmüştür ($p<0.05$). BDÖ puanının dismenore ve PMS gözlenme üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Disparanoya, Jinekolojik semptomlar, Pelvik ağrı, Vajinal akıntı

2. ABSTRACT

THE İMPACT OF DEPRESSION ON GYNECOLOGİCAL HEALTH İN REPRODUCTİVE AGE WOMEN

This study is planned to determine the relationship between gynecological health problems and depression in women, it is descriptive research type. The research was conducted in Kahramanmaraş Sütçü İmam University Training and Research Hospital. The study population is women who admitted to Gynecology and Obstetrics outpatients clinic in this hospital. It were included 301 woman who is age range 18-49, non-pregnant, non-puerperal, at least primary school graduates, outside natural or surgically menopause in the study. The research data were collected between May 2015 and November 2015. Descriptive information form, gynecological symptoms form and Beck Depression Inventory (BDI) were used as data collection tools. According to the inventory, its were evaluated as 17 and less score 'no depression', 18 and higher score 'yes depression'. IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) software was used for statistical analysis and calculations. In 33.9% of the women involved in the research was determined to be depression. In women who primary school graduate, her husband primary school graduate and smooking were found to be higher of depression rate ($p>0.05$). In participants with depression were shown that to be more vaginal discharge, vaginal odor, pelvic pain, dyspareunia and menstrual irregularities ($p<0.05$). According to depression status was no statistically significant difference in terms of itching, burning, vaginal douching, dysuria, dysmenorrhea and PMS (premenstrual syndrome) ($p>0.05$). It were observed that the probability of abnormal discharge 5.6%, probability of itching 3.0%, probability of burning 3.0% and probability of odor 3.9% increased by increasing one unit of BDI score($p<0.05$). It was determined that there was no statistically significant effect on dysmenorrhea and PMS of BDI score ($p>0.05$).

Key Words: Depression, Disparoni, Gynecological symptoms, Pelvic pain, Vaginal discharge

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü anayasasında sağlık şöyle tanımlanmıştır: “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, zihince ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” Kişinin beden sağlığı ve zihin sağlığı genel sağlığının belirleyicisidir ve birinde ortaya çıkan herhangi bir yöndeki değişme, diğerinin de aynı yönde etkilenmesine neden olur, Sevindik, (78). Tarih Boyunca beden sağlığı somut nitelikleri nedeni ile sürekli geliştirilmeye açık bir konu olmuş iken, zihin sağlığı sorunları üzerine yeterince eğilinmemiş ve hep geri planda kalmıştır. Buna zihin hastalarına karşı toplumun sergilediği tutum da (dışlanma, utanç) eklenince sorunlar gizlenmiş, tanı ve tedaviden yararlanamayan hastalar kronikleşmiş ve ağır evrelerinde ortaya çıkmışlardır, Ocaktan ve ark. (58).

Sağlık merkezlerine bedensel rahatsızlıklarla başvuran her 4 kisten birinin asıl sorununun, zihin sağlığındaki bozulmalar olduğu belirtilmektedir. Zihin sağlığı bozuklukları, gelişmiş veya gelişmekte olan tüm ülkelerin sorunudur ve insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve yaşam doyumunu engelleyecek kadar da önemli bir konumdur. İş verimliliğinde düşmeler, iş kazalarında artışlar, iş makinelerinin özensiz kullanımı ve gereksiz yere yıpranması, iş devamsızlıklar, insan kaynaklarının verimli kullanılamaması gibi nedenlerle, ülke ekonomileri de bu zihinsel sorunlardan önemli ölçülerde etkilenmekte, kayıplar yaşamaktamaktadır, Sevindik, (78).

Zihinsel bozukluklar; yaygınlığı, damgalanma, intihar girişimi, hastalığa bağlı yaşanan yeti yitimi ve getirdiği maliyet yükü açısından önemli halk sağlığı problemidir, Okyay ve ark. (62). Depresyon psikiyatrik hastalıklar içinde en sık görülenlerden zihinsel bozukluktur, Binbay (14). Duygulanım alanında çökkünlük, ilgisizlik, isteksizlik, zevk alamama, davranışlarda yavaşlama, karamsarlık, değersizlik, suçluluk, pişmanlık düşünceleri, uyku, iştah gibi psikofizyolojik işlevlerde bozulma ve cinsel isteksizlik ile kendini gösteren depresif bozukluklar hem ülkemizde, hem de dünyada önemli bir toplum sağlığı sorunu konumundadır, Kaya ve Kaya (41). Kabaca toplumda her on

kişiden birinde görülmekte olup, her dört kadından birisi ve her 8-10 erkekten birisi yaşamları boyunca en az bir kez depresif epizod geçirmektedir, Binbay (14).

Kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir, Binbay (14). Depresyonun davranışsal ve kognitif teorilerine göre, çevreleri ve olaylar üzerindeki kronik kontrol eksikliği kadında, kendisinden ve çevresinden olan beklentide artışa yol açmaktadır. Bu durum daha sonra düşük motivasyon, pasiflik, kendine güven kaybı, çevreyi kontrol edememe, beklenti düzeyinin artması, öğrenilmiş çaresizlik, kendi kendine yardım edememe gibi depresif belirtilerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır, Kayahan ve ark. (42).

Depresyon, birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastalarda tüm bozukluklar arasında en sık rastlanan tanıların başındadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), depresyonu dünyada en çok yeti yitimine neden olan hastalıklardan biri olarak öngörmektedir. Depresyon, kişinin temel işlevsel yeteneklerini bozmakta, verimliliğini azaltmakta ve diğer ciddi sağlık sorunlarının ortaya çıkma riskini artırmaktadır. Tedavi edilmemiş depresyon bireysel, ailesel, parasal ve evlilikle ilgili zorluklara sebep olur. Majör depresyonlu hastalarda intihar riski %15 dolaylarındadır. İleri yaşlardaki depresyon önemli yeti yitimine yol açmakta, yaşam kalitesini düşürmekte, varsa fiziksel hastalıkların gidişini olumsuz yönde etkilemekte, intihar ve fiziksel hastalıklara bağlı ölümleri artırmakta ve yüksek oranda sağlık hizmeti kullanımına yol açmaktadır. DSÖ, depresyonun 2020 yılına kadar yeti yitimine, zaman kaybına ve ölüme neden olan etkenler arasında ikinci sırada yer alacağını belirtmektedir, Ünsal ve ark. (88).

Depresyon halk sağlığını dünya ölçeğinde en çok tehdit eden sorunların başında gelmektedir. Yüksek yaygınlık oranları gösterme dışında tanı güçlükleri içermesi, kronikleşme riskinin ve intihar davranışı sıklığının artması, yarattığı yeti yitimi ve ekonomik sonuçlar depresyon araştırmalarının önemini giderek arttırmaktadır, Kaya ve Kaya (41).

Psikiyatri poliklinikleri dışındaki genel polikliniklere başvuran hastaların sağlık durumları değerlendirilirken yalnızca başvuru alanındaki fiziksel hastalıklar ile ilgili

tespitler yapıldığı, psikişik problemlerin sıklıkla göz ardı edildiği görülmektedir. Bu göz ardı edilmenin yanı sıra psikişik rahatsızlığa bağlı olarak ortaya çıkan bazı fiziksel yakınmaların tetkik edilmesi, organik bir etiyoloji saptamak amacıyla yapılan gereksiz tetkikler ve zaman kaybı zaten kısıtlı olan sağlık hizmeti kaynaklarının zorlanmasına yol açmaktadır, Kazancıoğlu ve ark. (43).

Depresyonla fiziksel yakınmaların ve hipokondriyak uğraşların birlikteliği yüzyıllardır bilinen bir gerçektir. M.S. İkinci yüzyılda Galen karın içi organların beyni ikincil olarak etkilemesiyle ortaya çıkan "melancholia hypochondriaca" isimli bir hastalıktan bahsetmiştir. Freud ile birlikte fiziksel belirtilerin psikolojik mekanizmalarla ortaya çıkabileceği görüşü psikiyatriyi etkilemiştir, Kesebir (46).

Majör depresyonun duygudurum bozukluğu belirtileri yerine somatik yakınmalarla ortaya çıkması sık rastlanan bir durumdur. Birçok çalışma, yöntemden bağımsız olarak, depresif hastaların, depresif olmayanlara göre daha fazla somatik belirtiler gösterdiklerini, somatize edenlerin ise tanısı konmuş bedensel hastalığı olanlara göre daha depresif olduklarını ortaya çıkarmıştır, Özen ve ark. (65).

Zihinsel sıkıntıların ve psikososyal stresin bedensel belirtilerle ifade edilmesi "somatizasyon" terimi ile açıklanmaktadır. Genel tıp uygulamasında psikiyatrik fenomenler arasında kabul gören somatizasyon hakkındaki genel görüş, depresyon ve anksiyetenin özel bir görüngüsü olabileceği şeklindedir. Somatizasyon, genel nüfusta yaygındır. Güney Hindistan'da kadınlarda menstrüel düzensizlikler, İran'da kardiyak yakınmalar majör depresyon tanılı olguların temel yakınmaları olarak belirlenmiştir, Kesebir (46).

1970'li yıllarda bazı yazarlarca öngörülen "maskeli depresyon" kavramından yola çıkan ve somatizasyonun depresyon ve anksiyetenin özel ve özgün bir formu olduğu görüşüdür. Maskeli depresyon kavramı ağrı ve diğer somatik yakınmaların ve belirtilerin ön planda görüldüğü, hipokondriyak uğraşlarla karakterli bir depresyon tablosunu belirtmektedir. Maskeli depresyonun göreceli olarak yaşamın geç dönemlerinde ortaya çıktığı, bu bireylerde depresyon şiddeti ile somatik belirtilerin

arttığı bildirilmiştir, Kesebir (46). Somatik belirtiler depresyonu ölçen bazı araçlarda yer almakta ve toplam depresyon puanına katılmaktadır, Akdemir ve ark. (4). Depresif duygudurum kişiyi regresyona sokarak, geçmiş hastalık yaşantılarına ait anıları canlandırmak yoluyla somatik belirtilere yol açıyor olabilir, ayrıca depresif duygudurum ağrı eşiğini düşürerek de somatik belirtilere neden olabilir Kesebir (46).

Günümüzün en yaygın zihinsel bozukluğu depresyondur. Depresif bozukluğu olan bireylerin önemli bir bölümü hekime bedensel yakınmalarla başvurmaktadır. Somatizasyon kadınlarda daha sık görülmektedir. Ülkemizde somatik belirtilerle başvuran olgularla yapılan bir çalışmada bu olguların çoğunlukla kadınlar olduğu belirtilmiştir, Kesebir (46).

Bu araştırma, kadınlarda depresyon ile jinekolojik sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Depresyon

4.1.1. Depresyonun tanımı ve tarihçesi

Depresyon sözcüğü; çökkünlük, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılan bir kelimedir. Kelimenin kökeni olan ‘depress’ sözcüğü ise, Latince ‘depressus’ tan gelmektedir, Binbay (14).

Bir duygudurum bozukluğu olan depresyon, duygudurumun belirli bir süre boyunca ve kişinin işlevselliğini bozacak bir biçimde çökkün olması durumu olarak tanımlanır. Fakat depresyonda yalnızca duygudurumda çökkünlük değil; bilişsel belirtiler, vejetatif belirtiler, psikomotor aktivite ve düşünce akışındada değişiklikler ortaya çıkar. Hatta bazı olgularda kişinin gerçeği değerlendirmesi bozulabilir; sanrılar ve/veya algı bozuklukları gelişebilir, Özgüven (66).

Depresif duygular (depresif duygudurumu, ‘mood’) sağlıklı insanlarda istenmeyen ya da hayal kırıklığına neden olan yaşamsal olaylar karşısında ortaya çıkan, sıkıntı, üzüntü ve keder içeren duygusal tepkiler olup, yaşamın normal bir parçası gibi görülebilir. Ancak klinikte zihinsel bir rahatsızlık olarak kabul edilen ‘depresif bozukluk’, duygusal bir tepkiden çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını olumsuz etkileyen, hatta onun tüm yaşamsal işlevlerini bozan, belirli belirti kümelerinden oluşan bir sendrom olarak değerlendirilir, Binbay (14).

Depresyon yalnızca bireyi değil tüm toplumu ilgilendiren bir sağlık problemidir, Özgüven (66). Birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastalarda tüm bozukluklar arasında en sık rastlanan tanıların başındadır. Yaşam boyu prevalansı % 10 ile % 21 arasında değişiklik göstermektedir, Özyurt ve Deveci (70).

Dünya sağlık örgütü depresyonu “dünya çapında en acil sağlık sorunları listesi” nde dördüncü sıraya almıştır. Öyle ki; depresyon 15-45 yaş arasındaki kişilerde topluma maliyeti en yüksek hastalıktır. Depresyonun yol açtığı yeti yitimi, hipertansiyon,

koroner arter hastalıkları ve diabetes mellitus gibi hastalıklarla benzer oranlardadır ve depresyon hastalarının yatakta geçirdikleri ortalama gün sayısı bu hastalıklara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bunun yanında depresyon, intihar davranışı,kazalar,kariyer sorunları,bedensel hastalıklar,iş kaybı ve alkol-madde kötüye kullanımı ile ilişkilendirilir. Bu nedenlerden ötürü depresyon her hekim tarafından bilinmesi,tanınması ve tedavi edilmesi gereken bir sağlık sorunudur Özgüven (66).

Depresyon ve benzeri zihinsel rahatsızlıkların tanımlama ve sınıflandırma çabaları eski çağlara kadar uzanır. Sümer ve Mısır kaynaklarında bu konuda rastlanılan bazı bilgiler vardır. İlk kez eski Yunanda Hipokrat, bu sendromun belirtilerini tanımlamış ve etyolojisi ile ilgili bir açıklama yapmıştır. Hipokrat, vücutta insanın emosyonları ile ilgili dört sıvının olduğunu (kan, sarı safra, kara safra, lenf olmak üzere) ve bunlardan kara safra ve lenf sıvısının mani, melonkali ve paronaya gelişimine neden olduğunu söylemiştir. Hipokrat'ın 'eğer üzüntü uzun sürerse artık melankolidir' sözü, o zamanlarda depresyonun bir rahatsızlık olarak ele alındığını göstermektedir, Binbay (14).

Hipokrat sonrası Galen tıbbında da melonkoli tanımı kullanılmasını sürdürmüştür. 1621 yılında 'melankolinin anotomisi' adlı eserinde Burton, depresif hastaların duygularını, düşüncelerini ve yaşadıkları sıkıntıyı oldukça iyi tanımlayarak yazmıştır. Falret 1854'te bazı depresyonlu hastaların zaman içinde taşkınlık geliştirdiklerini, sonra tekrar depresif dönemin ortaya çıkabildiğini gözlemlemiş ve bu durumu, dalgalanan delilik (la folie circulaire) olarak adlandırmıştır (Binbay, 2011). 19.yy'da Delasiave "depresyon" terimini hastalık tanımlamada kullanan ilk kişiler arasındadır, Şireli (82).

Kahlbaum 1882'de mani ve melankolinin aynı hastalık sürecinin farklı dönemleri olduğunu ileri sürmüştür. Bu durumun hafif şekline ise 'siklotimi' demiştir. Kraepelin ise, bugün depresyon olarak anladığımız durumu ' manik depresif hastalık' ve involusyonel depresyon' şeklinde adlandırmıştır. Kraepelin depresyonun kişide çoğunlukla doğuştan var olan biyolojik bir zeminle ilgili olduğunu savunmuş ve manik depresif belirtilerin aynı rahatsızlığın iki karşıt görünümü olduğunu vurgulamıştır,

Binbay (14). 1962 yılında Leonhard ve arkadaşları tarafından depresyonun tekrarlayan biçimleri, monopolar depresyon ve bipolar depresyon olarak ikiye ayrılmıştır. 1966 yılında monopolar deyiminin yerini unipolar almıştır. Bu adlandırmalar tanı sistemleri olan “Diagnostical and Statistical Manual” (DSM) ve “International Classification of Diseases” (ICD)-10’da da benzer şekilde yer alarak güncelliklerini sürdürmektedir, Şireli (82).

4.1.2. Depresyonun sınıflandırılması

"Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (*The Diagnostic and Statistical Manual*, fourth edition, DSM-V-TR) depresif bozukluklar;

- Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
- Yeğin (majör) depresyon bozukluğu
- Süregiden depresyon bozukluğu (distimi)
- Aybaşı öncesi (premenstrüel) disfori bozukluğu
- Maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu
- Başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu
- Tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu
- Tanımlanmamış depresyon bozukluğu, şeklinde sınıflandırılmıştır.

4.1.3. Depresyonun etyolojisi

Depresyonun oluş nedenlerine bakıldığında; kalıtım ve biyokimyasal etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir . Aile ve kalıtım araştırmaları duygulanım bozukluğu olanların birinci derece akrabalarında, hastalanma riskinin belirgin olarak yüksek oranda olduğunu bildirmektedir. Depresyonun biyokimyasal etiyolojisi ise nörotransmitter monoaminlerin (serotonin, norepinefrin, dopamin) eksikliği durumunda depresyonun gelişmesidir. Buna göre; depresyonda monoamin metabolitlerinin kan, idrar, BOS ve beyin sıvısındaki miktarlarında anormallikler görülmüş, bu nörotransmitterleri azalttığı bilinen bazı ilaçlar ya da hastalıklarda depresyon riskinin artabileceği bildirilmiştir. Depresyonda hormonların rolü üzerinde de düşünülmektedir. Östrojen ve progesteronun, nörotransmitter sistem üzerine etkileri olmakta; premenstrual, postpartum ve perimenapozal duygudurum

degisikliklerine neden olabilmektedir, Sevindik (78). Depresyonun, tiroid hormon bozukluğu ve Cushing Sendromu gibi kortikosteroid anomalileri ile de bağlantılı olduğu düşünülmektedir, Sevindik (78), Öztürk ve Uluşahin (68).

Birçok çalışmada stresli yaşam olaylarıyla depresyon arasında ilişki olduğu vurgulanmaktadır. İster gündelik stres etkenleri, ister bireyin fizik bütünlüğünü tehdit eden deneyimler, isterse süregelen nitelik kazanan yaşam deneyimleri olsun yaşam olayları depresyonun ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır. Özellikle yakınların kaybı, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma, erken çocukluk döneminde travmatik yaşantıların varlığı ve insan eliyle istemli ya da istemsiz olarak oluşturulan örseleyici deneyimler depresyonun oluşumuna neden olabilmektedir, Kaya (40).

Olumsuz yaşam olayları ile depresyon arasında ilişki olduğunu ve depresyonun başlamasından önce yaşam olaylarının sık görüldüğünü bildiren çok sayıda çalışma vardır. Yaşam olaylarının tek başına klinik bir depresyona yol açmadığı, ama diğer etkenlerle etkileşerek depresyonun gelişiminde rol oynadığı öngörülmektedir. Çünkü yaşam olaylarının etkileri birey için öznel olduğu ve bu etki bireyin ona yüklediği anlam, bireyin başa çıkma yetisi ve toplumsal destekleriyle yakından ilişkili olduğu vurgulanmaktadır, Kaya (40).

4.1.4. Depresyonun risk etkenleri

Depresyonun etyolojisini açıklamaya yönelik çalışmalarda risk etkenleri üzerinde ayrıntılı olarak durulmaktadır. Hastalığın ortaya çıkmasında tek bir risk etkeni sorumlu tutulmamakta, genetik yapının, çevreyle olumsuz etkileşimi ve bunun zamanlamasının önemli olduğu düşünülmektedir, Ünal ve Özcan (87).

DSÖ ve Dünya Bankası'nın raporlarına göre toplumda yaygın görülen ve yetiyitimine yol açan bir zihinsel bozukluk olan depresyonun yaygınlığının daha da artacağı, kalp damar hastalıklarından sonra en yaygın görülen ikinci hastalık olacağı öngörülmektedir. Bu bulgular depresyonun yaygınlaşması ve kalıcı sonuçlar doğurması üzerinde etkili olan dinamik etkenleri anlamının gerekliliğini bir kez daha göstermektedir. Bu tarihsel evrede hangi etkenlerin depresyonun ortaya çıkmasını

kolaylaştırdığı ya da koruyucu olduğu ilgi çeken noktalardır. Bir çok araştırmada vurgulanan kadın olmak, eğitim düzeyinin düşüklüğü, olumsuz yaşam olaylarının varlığı, ekonomik düzeyin düşüklüğü en sık incelenen değişiklikler arasındadır, Kaya (40).

Cinsiyet

Cinsiyet depresyon gelişiminde risk etkenlerinden biridir. Kadın olmanın depresyonda temel bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir, Ünal ve Özcan (87), Doğan (22). Türkiye’de de depresyon hastalarının %65-70’i kadınlar, %30-35’i ise erkeklerden oluşmaktadır, Okyay ve ark. (62).

Depresyon sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda yüksek olmasının nedenleri tam olarak bilinmese de, daha çok hormonal değişikliklere, toplumsal değer yargılarına, farklı stresörlerle karşılaşmaya, çocuk yetiştirme biçimlerine bağlanır, Doğan (22). Biyolojik yapısı, zihinsel özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu, kadını depresyona yatkınlaştırmaktadır, Ünal ve Özcan (87).

Toplumsallaşma sürecinde kadına iyi eş, iyi anne olmaları, erkeklere çekici görünmeleri, bağımlı ve uysal olmaları öğretilirken, erkeklere baskın, mantıklı, kendine güvenli, saldırgan insanlar olmaları öğretilmektedir. Kadınlar duygusal, başkalarını memnun etmeye yönelik, özerk olmayan kişiler olarak yetiştirildikleri için sevgi ve ilişki kaybından korkarken, erkekler yarışmacı ve saldırgan olmaya yönlendirildikleri için iş kaybı ve yasal sorunlar gibi durumlardan daha çok korkmaktadırlar. Kadının sosyal durumunun yasal ve ekonomik açıdan erkeklere oranla daha olumsuz bir konumda olması da onun başkalarına bağımlı olmasına, benlik saygısının süregen olarak düşük olmasına ve öğrenilmiş çaresizliğe neden olabilmektedir. Özellikle evlilikle ilgili rollerin kadında depresyon riskini arttırdığı görülmektedir, Ünal ve Özcan (87).

Kadın erkekten daha az para kazanmasına rağmen, yaşamdaki sorumlulukları erkekten daha çoktur. Ev işleri, çocuk bakımı ve aile büyüklerinin bakımı genellikle kadının

sorumluluğu olarak algılanmakta, bu durum gittikçe artan bir stres oluşturmakta, artan iş yükü ve genel stres, kadında tükenmişlik sendromu ve depresif belirtilere neden olmaktadır, Kayahan ve ark. (42).

Ayrıca kadınlarda depresyonun daha fazla görülmesinde, erkek egemen değerlerin ağırlıkta olduğu toplumlarda kadının ekonomik, toplumsal, yasal eşitsizlik hissetmesine karşı bu durumu değiştirme gücünün sınırlı oluşu ya da hiç olmayışı sonucu ortaya çıkan çaresizlik ve güçsüzlük duyguları ve toplumsallaşma sürecinde benimsenen geleneksel kadınlık rolü ile birlikte sorumlu tutulmuştur, Önen ve ark. (63).

Yaş

18-44 yaşlar arasında olmak, depresyon için bir risk etkenidir, Ünal ve Özcan (87).

Aile Öyküsü

Ailede duygulanım bozukluğu öyküsünün varlığı önemli bir risk etkenidir. Aile öyküsünde depresyonun olması depresyona yakalanma riskini arttırmaktadır. Hastaların özellikle birinci derecedeki akrabalarında depresyon riski 2-3 kat daha fazladır, Doğan (22).

Major depresyonun ailesel özelliği birçok çalışmada belirtilmiştir, bunlara göre, depresyonu olan hastaların çocukları, aile öyküsü olmayanlara göre üç ya da dört kat daha fazla risk altındadır ve maternal depresyon riski kuşaklar boyunca aktarılabilmektedir. Major depresyon için kalıtsallık olasılığı yaklaşık olarak %37-38 olarak tanımlanmaktadır ancak daha fazla yineleyici depresyon epizodu olanlar veya erken başlangıçlı olanlar için ise bu oranın daha fazla olduğu bildirilmektedir, Binbay (14).

Evlilik Durumu

Depresyon hiç yakın ilişkisi olmayan, boşanmış veya ayrı yaşayan bireylerde daha sık görülen bir bozukluktur, Kaplan and Sadock (38). Yapılan birçok çalışmada depresyonun ayrılmış, boşanmış ya da dullarda daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Depresyonun bekarlarda daha yüksek, evlilerde düşük görüldüğü de ileri süren çalışmalarda vardır, Doğan (22), Ünal ve Özcan (87).

Yaşam Olayları

Güç yaşam olayları zihinsel hastalıkların ortaya çıkmasında önemli bir roldedir. Yaşam olayları bireyin sorunlarla başa çıkma yetisini geliştirecek düzeyde gerçekleştiğinde benliğin güçlenmesine olanak sağlarken, aşırı şiddette ve başa çıkılamaz olduğunda zihinsel dengeyi sarsarak zihinsel hastalıkların gelişmesine yol açabilmektedir. Olumsuz yaşam olayları ile depresyon arasında ilişki olduğunu ve depresyonun başlamasından önce yaşam olaylarının sık görüldüğünü bildiren çok sayıda çalışma vardır, Ünal ve Özcan (87).

Stresli yaşam olayları ve kayıplar arasında en önemlileri ölüm, boşanma, erken çocukluk yıllarında anne ya da baba kaybı, sağlık ya da parayla ilgili krizler, çocukluk çağı cinsel ya da fiziksel kötüye kullanımı, tehdit edici yaşam olayları sayılabilir, Doğan (22).

Depresyonun kendisi de yaşam olaylarını tetikleyerek depresyonun süregenleşmesine ya da yinelemesine yol açabilmektedir. Buna örnek olarak depresyonlu bireylerin kişilerarası ilişkileri bilişsel olarak çarpıtmaya yatkın oldukları için toplumsal destekten yoksun kalabilir ve diğer insanların tepkilerine çok duyarlılık gösterdikleri için onlarla çatışabilir ya da kendilerini toplumdan soyutlayabilirler. Depresyonda iken etkinlikleri azaldığı için işlerini kaybedebilirler. Bu da benlik saygılarını zayıflatarak ve işlevselliklerini azaltarak depresyonun süregenleşmesine ya da yinelemesine neden olabilmektedir, Ünal ve Özcan (87).

Eğitim Düzeyi

Türk toplumunda, depresyon ile ilgili bilgisizliğin ve depresyonun normal bir yaşam biçimi olarak kabul edilmesinin yaygınlığı ve süregelenleşmeyi artırdığı öne sürülmüştür, Kaya (40). Ülkemizdeki çalışmalarda öğrenim görmeyenlerde depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur, Doğan (22).

Sosyoekonomik Düzey

Ülkemizde depresyon en yüksek oranda düşük gelir düzeyindekilerde görülmektedir, Doğan (22). Bugüne dek gerçekleştirilen bazı araştırmalar işsizlik ve yoksulluğun fiziksel hastalıklar, bedensel yakınmalar, stres bozuklukları, depresyon, umutsuzluk, içe kapanma, öz saygı yitimi, bunaltı bozuklukları ve davranış bozuklukları gibi zihin sağlığı sorunlarına yol açtığını belirtilmiştir, Kaya (40). Kırsal kesimde doğup yaşamanın da bir risk etkeni olabileceği düşünülmektedir Oysa ülkemizde ilde yaşayanlarda depresyon daha yüksek orandadır, Doğan (22).

Kişilik Özellikleri

Kişilik özellikleri de depresyon için diğer bir risk etkenidir. Bireyin yaşamı boyunca stresle başa çıkmasında ve kişilerarası ilişkilerinde güçlük yaratan nevrotik, bağımlı, obsesif, içe dönük, kendine güveni az, girişken olmayan, kaygılı, karamsar kişilik özellikleri üzerinde depresyonun daha çok gelişmekte olduğu bilinmektedir, Ünal ve Özcan (87).

Postpartum Dönem

Kadınlarda puerperal dönem, özellikle doğum sonrası dönem depresyonun yaygınlığı açısından çok araştırılan bir dönemdir. Doğum sonrası dönemde depresyonun yaygınlığının %10-20 arasında olduğu bildirilmektedir. Doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığının yüksek bulunması, bu dönemde önemli hormonal ve mood değişikliklerinin yaygın olmasına, rol değişikliklerine, zihinsel-toplumsal stresörlerdeki artışa bağlı olduğu düşünülmektedir, Doğan (22).

Hastalıklar

Çeşitli çalışmalar birçok bedensel hastalığın depresyon için risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. Bunlar arasında virütik hastalıklar (influenza, AIDS), endokrin hastalıklar (diabet, guatr), nörolojik hastalıklar (epilepsi, migren, inme, parkinsonizm, Alzheimer), ameliyatlar (histerektomi, transplantasyon, sterilizasyon), romatoid artrit, kanser, alkol ve diğer madde bağımlılıkları gösterilebilir, Doğan (22).

Göç

Depresyonun ortaya çıkışı ve yaygınlığının artışında etkili durumlardan biri de göç olayıdır. Bu hem savaş hem de ekonomik nedenlerle gerçekleşen göç için geçerlidir. Kendi ülkesi ve kültüründen farklı bir yerde yaşayan bireylerin sergiledikleri zihinsel yakınmaların belirtilerin türü, yoğunluğu ve şiddeti açısından hem bireyin kültürel özellikleri hem de yabancı bir ülkede yaşıyor olmaktan kaynaklanan farklılıklar sergilediği bildirilmiştir. Göçmen olarak Almanya'ya yerleşen Türk'lerde depresyon oranının artmış olduğu, bedensel belirtilerin sayısı ve tipinde bazı farklılıklar olduğu bulunmuştur, Kaya (40).

4.1.5. Depresyonda belirti ve bulgular

Bazı çalışmalar, depresif belirtilerin toplumda %13-20 arasında görüldüğünü bildirmektedir, Doğan (22).

- Çökkün/kederli duygudurum
- İlgi, istek azalması ve /veya hiçbirşeyden zevk alamama
- Bunaltı, iç sıkıntı
- Umutsuzluk ve çaresizlik duyguları
- Sinirlilik, irritabilite
- Yorgunluk, enerji azalması, bitkinlik
- Hareket ve konuşmalarda yavaşlama
- Bilişsel yavaşlama, unutkanlık, dikkatini toplamada ya da sürdürmede güçlük
- Kendine güven azalması, yetersizlik duyguları
- Suçluluk ve değersizlik düşünceleri
- Geçmişle ilgili pişmanlıklar, geleceğe karamsar bakış

- Somatik yakınmalar
- Uyku bozukluğu (artma, azalma, bölünme)
- İştah bozukluğu (azalma/zayıflama, artma/kilo alma)
- Cinsel isteksizlik ve uyarılma sorunları
- İntihar düşünce ve/vaya girişimleri depresyonun sık görülen

belirti ve bulgularıdır, Özgüven (66), Öztürk ve Uluşahin (68).

Depresyonun belirti örüntüsünde batı ile batılı olmayan toplumlar arasında belirgin farklılıklar olduğu görülmektedir. Batılı olmayan toplumlarda depresyon daha çok bedensel yakınmalarla kendini ifade ederken, batılı toplumlarda suçluluk duygusu yaşanmanın daha sık görüldüğü bildirilmektedir, Kaya (40).

4.1.6. Depresyonun epidemiyolojisi

Türkiyede psikiyatrik epidemiyoloji üzerine araştırmalara , 1960 lardan itibaren depresif bozukluklar üzerine yapılmış çalışmalar öncülük etmektedir, Binbay ve ark. (13). Epidemiyoloji temel olarak sayılar, oranlar ve istatistikle alakalıdır. Psikiyatrik epidemiyolojinin bir çalışma alanı olarak depresyonun epidemiyolojisi, depresif bozuklukların bir toplumdaki sıklığını (incidence), yaygınlığını (prevalence), gelecekte toplumun ne kadarının bu bozukluğa yakalanabileceğini, bozukluğun klinik özelliklerinin dağılımını, risk etkenlerinin neler olduğunu ve bunların epidemiyolojik oranlara etkilerini araştırma yapar, Doğan (22).

Türkiye Zihin Sağlığı Profili Çalışması'na göre Türkiye'de zihinsel hastalıkların bir yıllık yaygınlığı %17.2 bulunmuştur. Ortalama her beş kadından biri ve her on erkekten biri son bir yıl içinde bir psikiyatrik bozukluk yaşamıştır. Bunun yanında uluslararası araştırmalar her iki kişiden birinin yaşamı boyunca en az bir psikiyatrik hastalığa yakalandığını göstermektedir. Bu psikiyatrik bozuklukların içinde ise depresyon başta yer almaktadır. Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı kadınlar için ortalama %20, erkekler için ortalama %15 dir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurular incelendiğinde, başvuran her 10 kişiden birisinde depresyon bulunmaktadır, Özgüven (66).

Depresyon sıklıkla yineleyen bir sağlık sorunudur. 10 yıl içinde olguların dörtte üçünde yeni bir depresyon atağı gelişir. Depresyon hastalarının %15'i intihar ile yaşamını yitirir. Öte yandan gençlerde ve orta yaşlılarda ortaya çıkan depresyonun yaşam süresini kadınlarda 15, erkeklerde 11 yıl azalttığı bildirilmiştir, Özgüven (66).

4.1.7. Türkiye’de ve Dünya’da depresyon

DSÖ, depresyonun 2020 yılına kadar yeti yitimine, zaman kaybına ve ölüme neden olan etkenler arasında ikinci sırada yer alacağını bildirmektedir. Ayrıca 2020 yılında depresyonun hastalık yükü açısından iskemik kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer alacağını öngörmektedir. ABD’de kadınlarda hastalık yükü nedenleri sıralamasında depresyon ikinci sırada yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerde her psikiyatrik bozukluk için doğrudan tedavi değeri, ulusal sağlık bakım giderlerinin %1-2’sini oluşturmaktadır, Ünsal ve ark. (88).

Ülkemizde DSÖ ile ortaklaşa yürütülen bir çalışmada, sağlık ocağına başvuran hastalarda %11.6 sı depresyon tanısı almıştır. Türkiye’de depresyonun yaygınlığı ile ilgili önemli veriler sağlayan bir diğer araştırma Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan, 7479 kişiyi kapsayan "Türkiye Zihin Sağlığı Profili" araştırmasıdır. Bu çalışmada depresif nöbet yaygınlığı %4.0 olarak saptanmıştır. Yaygınlık oranları kadınlarda %5.4 erkeklerde ise %2.3 olarak bulunmuştur. Ağrı bozukluğu dışta tutulduğunda en sık rastlanan zihinsel bozukluğun major depresyon olduğu bildirilmiştir. Şehir merkezinde depresyon görülme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir, Kaya ve Kaya (41).

Kaliforniya ve Newyork bölgelerini içeren iki ayrı alanda genel toplumu temsil eden, 18-96 yaş aralığını kapsayan 6694 kişi üzerinde yapılan, DSM-IV tanı ölçütlerini kullanıldığı bir çalışmada major depresif bozukluğun bir aylık yaygınlığı %5.2 olarak belirtilmiştir. Depresyonun kadınlarda daha yüksek oranda görüldüğü, orta yaşlarda artış gösterdiği, bunun yanında obezite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir Ayrıca fiziksel sağlığın kötülüğü ve sigara içme ile de güçlü bir ilişki belirtilmiştir, Kaya ve Kaya (41).

Altı Avrupa ülkesinde yaşayan 21425 kişi üzerinde yapılmış ESEMED (The European Study on the Epidemiology of Mental Disorders) adlı araştırmada yaşam boyu herhangi bir duygudurum bozukluğunun yaygınlığı %14 bulunmuştur. Major depresyon en sık görülen zihinsel bozukluktur. Bu çalışmada depresyonun yaygınlığı %3.6-8.5 arasındadır. Kadınlarda erkeklerden iki kat fazla olduğu bildirilmiştir, Kaya ve Kaya (41).

Batı Avrupa ülkelerinde bir yıllık major depresyon yaygınlığının %5 civarında olduğu, kadınlarda, orta yaş grubunda, toplumsal sorun yaşayanlarda, sosyal olarak dezavantajlı bireylerde daha yüksek bulunduğu ve yetiyeitimine yol açtığı bildirilmektedir, Kaya ve Kaya (41).

İngiltere'de DSM-IV tanı ölçütlerinin temel alındığı, 54972 kişiyi kapsayan bir başka araştırmada ise depresyon yaygınlığının kadınlarda %5.9 erkeklerde ise %4.2 olduğu görülmüştür. İşsizlerde, boşanmış, dul ya da ayrı yaşayanlarda depresyon yaygınlığı daha yüksek orandadır, Kaya ve Kaya (41).

Asya ve Afrika toplumlarında depresyonun yaygınlığı ile ilgili az sayıda çalışma vardır. Güney Kore'de DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak yapılan bir araştırmada major depresyon yaygınlığı %3.6 olarak kaydedilmiştir. Bu araştırmada vardiyalı çalışanlarda tam gün çalışanlara göre yaygınlığın daha yüksek olduğu, bulunmuştur, Kaya ve Kaya (41).

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre Çin'de duygudurum bozukluklarının son bir yıllık yaygınlığı %1.7 ile %2.5 arasında değişiklik göstermektedir Başka araştırmada da Japonya'da major depresyonun altı aylık yaygınlığı %1.32 olarak saptanmıştır, Kaya ve Kaya (41).

4.1.8. Depresyon ve somatizasyon

Somatizasyon terimi, psikolojik çatışmaları ve psikolojik huzursuzluğu bedensel belirtilerle yaşantılama ve ifade etme eğilimi şeklinde tanımlanır. Bedensel

huzursuzluk ve sıkıntının büyütülmesi ve bunun klinik görünümü ile somatik belirtiler dünyada yaygın olarak duygusal sıkıntıyı ifâdenin en sık görülen şekli olarak kabullenilmiştir, Şahin ve ark. (81). Genel nüfusta yaygındır. Temel sağlık hizmetlerinde görülme oranlarının %20-30 arasındadır. Güney Hindistan'da kadınlarda menstrüel düzensizlikler, İran'da kardiyak yakınmalar major depresyon tanılı olguların temel yakınmaları olarak belirtilmiştir, Kesebir (46).

Somatizasyon kadınlarda daha sık görülür. Ülkemizde somatik belirtilerle başvuran olgularla yapılan bir çalışmada bu olguların çoğunlukla kadınlar olduğu bildirilmiştir, Kesebir (46). Bilindiği gibi kadınlar sağlık kurumlarını erkeklere göre daha fazla başvurmaktadır. Ancak duygularını ve düşüncelerini bastırma ve bedenselleştirmelerinden dolayı fiziksel yakınmalarla sağlık kurumuna gitmektedirler. Bu kurumlarda ağırlıklı olarak fiziksel sorunlara yönelik tedavi uygulandığı için bireylerin yakınmaları daha az düzelmekte ve bu bireyler toplum içerisinde semptomları ile birlikte yaşamaya devam etmektedirler, Kelleci ve ark. (45).

Somatizasyonun toplumun düşük sosyoekonomik düzeye ve düşük eğitim düzeyine sahip kesiminde, göç etmiş gruplarda ve azınlık gruplarında daha sık görülebilmektedir Kuzey Amerika'da yaşayan mülteci ve göçmenlerde major depresyon ve anksiyete bozukluklarının prevalansı yüksektir. Bu gözlemden yola çıkarak yapılan epidemiyolojik çalışmalarda bu kişilerin tıbbi yardım için başvurmalarının en sık nedeninin somatik yakınmalar olduğu bulunmuştur, Kesebir (46).

Genel tıp uygulamasında psikiyatrik fenomenler arasında kabul gören somatizasyon hakkındaki genel görüş depresyon ve anksiyetenin özel bir görünüşü olabileceği şeklindedir. Depresif bozukluğu olan olguların depresif bozukluğu olmayan olgulara göre daha sık somatik belirti gösterme eğiliminde oldukları bildirilmiştir, Kesebir (46). Depresyonla kişinin dikkati bedenine yönelir ve basit, sıradan duyumlar çok rahatsız edici biçimde algılanabilir. Depresyon ile bedensel duyumları büyütme arasında belirgin bir ilişki olduğu düşünülmektedir, Güleç ve ark. (29).

Majör depresyonun duygudurum bozukluğu belirtileri yerine somatik yakınmalarla ortaya çıkması sık rastlanan bir durumdur . Pek çok araştırmada, kronik yorgunluk, pelvik ağrılar, göğüs ağrısı, kronik sırt ağrısı, kulak çınlaması, irritabl barsak sendromu gibi tıbben açıklanamayan (yön değiştirmiş-aversif) belirtileri olan vakaların 2/3'ünde tekrarlayan majör depresif bozukluk öyküsüne rastlanmıştır. Birçok çalışma, yöntemden bağımsız olarak, depresif hastaların, depresif olmayanlara göre daha fazla somatik belirtiler gösterdiklerini, somatize edenlerin ise tanısı konmuş bedensel hastalığı olanlara göre daha depresif olduklarını ortaya çıkarmıştır, Özen ve ark. (65).

Depresyonun tipik olarak çok çeşitli somatik semptomları vardır. En yaygın semptomlar ağrı, halsizlik, baş dönmesi, nefes darlığı, çarpıntı, gastrointestinal belirtiler ve paresteziler olarak sayılabilir. Bunların içinde ağrı en başta gelen semptomdur, kadınlarda en sık sırt ve eklem ağrıları, erkeklerde ise en sık baş ağrısı görülmektedir.. Bazı olgularda bu belirtiler gerçekten çok şiddetli olabilir. Somatik yakınma ve belirtilerle başvuran bir olguda hiçbir duygusal ve bilişsel bulgunun olmadığı söylemek doğru olmaz. Olguların bir bölümü bu tür belirtiler yaşadığı halde bunları dile getirmemeyi seçiyor olabilir, bir bölümü ise kültürel ve bireysel özellikleri nedeniyle ya da duygusal durumlarını söze dökme yetenekleri sınırlı olduğu için bu belirtileri anlatmaktan çekinebilir, Kesebir (46).

Yine olguların bir bölümü hiç depresif duygudurum yaşamadığını belirtebileceği gibi önemli bir bölümü de hem bedensel hem de duygusal olarak yaşadığı belirtilerin farkındadır ancak bunlar arasında bir ilişki kuramayabilir, hangisinin öncelik taşıdığına karar veremeyerek bir dahiliye ya da nöroloji uzmanına başvurabilir ve duygusal sorunlarını dile getirmeyebilir ya da duygusal sorunlarının farkında olmalarına rağmen psikiyatrik bir tanı alarak stigmatize edilmekten duydukları endişe nedeniyle bu yakınmalarını söz etmeyebilirler, Kesebir (46).

Depresyon günümüzün en yaygın zihinsel bozukluğudur. Depresif bozukluklu bir olgu klinik uygulamada sistematik olarak değerlendirildiğinde saf psikolojik belirtilerle karakterli bir tabloya çok sık rastlanmamaktadır. Depresif bozukluğu olan bireylerin önemli bir bölümü hekime bedensel yakınmalarla başvurmaktadır.

Somatizasyon dendiği zaman bu belirtilerin, başvuru nedeni ve klinik görünüm olarak diğerlerinin önüne geçtiğini anlayabiliriz, Kesebir (46).

4.1.9. Depresyon ve jinekolojik sağlık

Hemen her yaş grubu için yeni başlayan major depresyonun tıbbi hastalık riskini arttırdığı bilinmektedir, Oğuzhanoğlu (59). İmmunsupresyon depresyonun şiddeti ile yakından ilişkilidir, Sertöz ve Mete (77). Depresyon kimi kez tıbbi durumların belirti ve bulgularından önce ortaya çıkabilir ve özellikle sorgulanmadığında tanınma şansı azalır, Oğuzhanoğlu (59).

Bazı yayınlarda zihinsel bozukluklarla jinekolojik semptomlar arasında güçlü bir bağ olduğunu gösteren kanıtlar vardır. Hindistandaki bir çalışmada jinekoloji kliniğine başvuran kadınlarda diğer kliniklere başvuranlardan çok daha fazla depresyon olduğu bildirilmiştir. Hindistanda klinik ve toplumsal çalışmalarda , vajinal akıntı ve zihinsel bozukluklar arasında bağlantı olduğunu gösteren kanıtlar bulunmuştur, Patel et al (74).

Cinsiyet ayrımı ve partneri tarafından şiddete maruz kalma kadınlarda yaygın zihinsel bozukluklar açısından anahtar faktörlerdir. Anketler ayrıca üreme ve cinsel şikayetler ile yaygın zihinsel bozukluklar arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir, Patel et al (72).

Deprese kişiler normal fiziksel his ve şikayetleri sağlıklı birine göre daha fazla patolojik olarak değerlendiriyor. Bir çalışmada ikiden fazla somatik şikayeti olan 70 psikiyatrik kadın hasta çalışıldı. Kadınların neredeyse yarısı beyaz bir akıntı bildirdi ve depresyon bu kadınlarda daha yüksek oranda bulundu, Patel and Oomman (73).

4.2. Jinekolojik Semptomlar

4.2.1. Vajinal akıntı

Normal vajina akıntısı

Normal vajinal sekresyonlar; vulvadan gelen sebace sekresyonlar, ter, bartholin ve skene bezlerinden gelen sekresyonlar, uterus ve servikte bulunan bezlerin salgıları, vajen epitelinden sızan sulu, transuda tarzında sekresyonlar, dökülen servikal ve vajinal hücreler, mikroorganizmalar ve onların metabolitlerinden oluşmaktadır, Cangöl (15), Öner (64). Normal bir vajinal sekresyon kokusuz, kansız, asidik ve renksizdir. Ancak külotta sarı ya da kahverengi iz yapabilir. Normal vajen pH'sı 3.8-4.2 aralığındadır, Cangöl (15), Okumuş (61). Mikroskopik incelemede bu akıntı içerisinde az miktarda lökositler, epitel hücreleri ve normal vajina florasını oluşturan *Doderlein* ve *Smegma basilleri*, *stafilokok*, *streptokok*, *E.koli* görülür, Aytaç (8). Normal akıntı vulvayı tahriş etmez, Cangöl (15), Öner (64), Aytaç (8).

Normal bir vajinal akıntının miktarı sürekli ped kullanmayı gerektirmez ve miktarı, menstrual siklus ile ilgili olarak değişir. Ovulasyondan ve menstruasyondan önce, gebelikte, seksüel uyarıda ve oral kontraseptif kullanımında miktarında artma olur, Cangöl (15). Bunun yanında , cinsel ilişki, emosyonel stres, bariyer yöntem (sperisitler,köpükler,kremler) kullanıldığı durumlarda da fizyolojik vajinal akıntı görülebilir. Bazı durumlarda bu akıntı çamasırı kirletecek derecede olabilir, Aytaç (8). Emosyonel strese cevaben veya ovulasyonu takip eden günlerde vajinal akıntının miktarında artmalar olduğu görülebilir, Mustafaoğlu (55).

Kadınların % 9-38'i genital akıntı şikayeti nedeniyle jinekoloji polikliniklerine başvurmaktadır. Kadının tüm yaşam boyu genital akıntı miktarında değişiklikler görülebilir. Fakat bu akıntının hepsi enfeksiyon nedeni değildir, Cangöl (15).

Normal vajina florası

Vajinal bölgede yaşayan bakteri topluluğu vajinal flora olarak adlandırılır. Vajinal florada, patojen olan ve olmayan bakterilerin birbirine oranını düzenleyerek sağlıklı ekosistemin korunabilmesine olanak sağlayan bir mekanizma vardır. Vajinal florada en çok görülen bakteri türü “Doderline Basili” de denilen “Laktobasil”dir (Lactobacillus) . Laktobasiller 3.8-4.5 aralığındaki pH'da üreyebilme yeteneğine sahip olduklarından dolayı sağlıklı vajina ekosisteminin baskın bakterisi olarak evrimleşmiştir, Okumuş (61).

Laktobasil dışında florayı oluşturan başka mikroorganizmalar da vardır. Bunlar; bakteroides, peptokoklar, stafilokok epidermitis, korinobakteriler, peptostreptokoklar, B ve D grubu streptokoklar, escherichia koli ve eubakteriumlar'dır, Öner (64), Okumuş (61). Bunlarla birlikte florada çok düşük miktarlarda kandida albicans, gardnerella vajinalis ve trikomonas vajinalis yer almaktadır. Neisseria gonore, herpes simpleks virus (HSV) ve human papilloma virus (HPV) ise vajinal florada yer almaz, Okumuş (61).

Normal vajina florasını bozan etkenler; ortam pH'sı, yaş, hormonal durum, cinsel aktivite, kontrasepsiyon yöntemi, kullanılan ilaçlar, antibiyotikler ve cerrahi girişimlerdir, Cangöl (15), Okumuş (61).

Anormal vajinal akıntı

Anormal akıntı, fazla miktarda, pürülan, kötü kokuludur ve irritasyona sebep olur, Öner (64). Patolojik akıntının en sık nedeni vajinal enfeksiyonlardır. Vajinal enfeksiyonlar artmış vajinal akıntı, vulvada irritasyon, pruritis, eksternal dizüri ve kötü kokuya yol açabilir, Aytaç (8).

Patolojik vajinal akıntısı olan hasta semptomatiktir; kötü koku, kaşıntı, idrar yanması veya cinsel ilişki sırasında ağrı gibi şikayetleri olduğunu söyler. Fizik muayenede patolojik akıntının vajinal duvarlara yapışık. Laboratuvar değerlendirilmesinde ise pH'da artış, lökosit ve ipucu hücrelerinde artış veya anormal organizmalar gözlemlenir, Aytaç (8), Mustafaoğlu (55).

Anormal vajinal akıntı nedenleri

Anormal vajinal akıntı sebepleri enfektif ve enfektif olmayan sebepler olarak ikiye ayrılarak incelenebilir.

Enfektif sebepler: Bakteriyel Vajinozis, Candida, , Trichomonas Vajinalis , Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhea, Servikal Herpes Simplex, Servikal Siğil, Servikal Şankır (primer sifilis), Mustafaoğlu (55).

Enfektif olmayan sebepler: Atrofik vajinit, servikal ektropiyon, servikal polip, alerji, travma, gebelik, ilaç kullanımı, fistül, servikal kanser, endometrial kanser, vajinal kanser, yabancı cisim, üriner inkontinans olarak sıralanabilir, Mustafaoğlu (55).

Vajinal enfeksiyonların en önemli bulgusu, vajinal akıntı miktarındaki artmadır. Klasik olarak bir çok enfeksiyona özgü akıntı özellikleri bellidir (Şekil 4.2.1) Aytaç (8).

NEDEN	SEMPTOMLAR
Kandida albicans	Beyaz, süt keşiğine benzer peynirimsi akıntı, vajen duvarında ve servikte beyaz plaklar, kaşıntı, vajina ve servikte inflamasyon

Trikomonas vajinalis	Sarımsı yeşilimsi, köpüklü, mukopürülan, bol akıntı; serviks ve vajende kırmızı noktalı çilek manzarası; kötü koku; yanma, kaşıntı ve dispareni
Nonspesifik vajinalis (H.vajinalis ya da G.vajinalis)	Griimsi, beyaz, homojen, az miktarda akıntı; balık gibi kötü koku
Klamidya	İnce bir akıntı, kötü koku yok
Servisit	Sarı, mukopürülan akıntı; servikte erozyon; ülserasyon
Alerjenler	Vajinal sekresyonda artma ; yanma, kaşıntı, kızarıklık
Yabancı cisim	Kanlı ya da mukopürülan akıntı

Şekil 4.2.1. Anormal Vajinal Akıntı Nedenleri

Kaynak: Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 11.Basım, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2012.

4.2.2. Vajinal duş

Vajen içi yıkama, ülkemizde ve tüm dünyada yaygın olarak kullanılan bir uygulamadır. Literatüre “vajinal duş” olarak geçen bu uygulamayı Türkiye’de kadınlar, parmak sokarak haznenin yıkanması şeklinde tariflemektedirler. Tüm dünyada yaygın geleneksel bir uygulama olan vajinal duş (V.D.); dünya literatüründe ise genellikle menstruasyondan sonra veya cinsel ilişkiden önce ve sonra, temizlik, koku kontrolü veya vajinal kaşıntı ve tahrişi engellemek için vajinanın sıvı bir materyal kullanarak yıkanması işlemi olarak tanımlanmaktadır, Okumuş (61).

VD normal vajinal florayı bozarak ve aşağıdan yukarıya pek çok patojen mikroorganizmayı taşıyarak pek çok sağlık sorununa sebep olmaktadır. VD ile ilişkili olduğu bilimsel olarak kanıtlanmış sağlık sorunlarının başında pelvik enflamatuvar hastalık (PID) ve buna bağlı olarak gelişen sağlık sorunları, ektopik gebelik, fertilitenin azalması ya da infertilite, AIDS dahil olmak üzere artan cinsel yolla bulaşan hastalık riski, bakteriyel vaginosis, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve serviks kanseri gelmektedir, Çalışkan (19), Hadımlı ve ark. (34).

VD yapılma zamanı genellikle cinsel ilişki sonrası, adet sonrası, yakınması olduğu zamanlardır. Kadınların VD uygulamasını sağlıklı, hijyenik olmak için bir zorunluluk olarak gördükleri, adet sonrası, cinsel ilişki öncesi ve sonrası, kötü kokuyu önlemek, akıntı, kaşıntı gibi yakınmaları azaltmak, daha seyrek olarak da gebelikten ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için VD yaptıkları, VD uygulamasına başlamada anne, arkadaş, sağlık personelinin etkili olduğu öngörülmektedir, Çalışkan (19), Hadımlı ve ark. (34). Vajinal akıntı, kaşıntı gibi semptomları olan kadınlar, semptomları hafifletmek için V.D. yapmaktadır, Okumuş (61). Tekrarlayan vulvovajinal kandidiyazisi olan kadınların daha sık VD yaptıkları belirlenmiştir, Çalışkan ve ark., (18). Yaş, eğitim, etnik köken ve sosyoekonomik statü vajinal duş yapma sıklığını etkilemektedir, Mete ve Gerçek (54), Okumuş (61).

Kadınlar hijyenin bir parçası olarak yaptıkları V.D. için ticari ürünlerden ev yapımı, doğal ve bitkisel ürünlere kadar çok çeşitli malzemelerden yararlanmaktadır. Amerikalı kadınlar çoğunlukla ticari ürünleri, Afrikalı kadınlar bitkisel ürünleri, Türkiye’de yaşayan kadınlar ise tek başına su ya da sabunlu su kullanmaktadır, Okumuş (61).

Türkiye’de yaşayan kadınlarda VD yapma oranı %40-81 arasındadır ve dini inancın da VD yapmada yaygın etkiye sahip olduğu bildirilmiştir, Okumuş ve Demirci (60). Ülkemizde vajinal duşu, dini nedenli uygulama, temizlik amaçlı uygulamadan sonra ikinci sırada yer almaktadır, Çalışkan (19). Kadınların V.D.’u dini uygulamanın bir parçası olarak yaptıkları belirlenmiştir. Kadınlar bu amaçla cinsel ilişkiden ve menstruasyondan sonra banyo yaparken boy abdesti sırasında V.D. yapmaktadır. Müslüman kadınların %50.2’sinde V.D.’un İslam inancında zorunlu olduğu düşüncesi

vardır. Hatta bazı kadınlar her namazda abdest almadan önce V.D. yapmaktadır, Okumuş (61).

Depresif semptomlara sahip olmanında VD yapmada etkili olduğu bildirilmiştir, Okumuş ve Demirci (60). Bir çalışmada Vajinal duş yapanların %29'unda yüksek depresyon belirtilerine rastlanırken yapmayanlarda bu oran %19 olarak bulunmuştur, Okumuş (61).

4.2.3. Kronik pelvik ağrı

Ağrı, vücut dokusuna zarar verici veya verme kapasitesinde olan süreçlerce ortaya çıkarılan, vücudun belli bir bölgesinden geliyor olarak idrak edilen, nâhoş bir duyusal (sensoriyel) ve duygusal (emosyonel) yaşantı olarak tanımlanmaktadır. Doksat (24).

Kronik pelvik ağrı (KPA) ise dismenore, disparoni, intermenstrüel ağrı dışındaki, alt abdomen, pelvis veya lumbosakral sırt ve gluteusa lokalize, çeşitli derecelerde fonksiyonel yetersizliğe yol açan, gebelikle ilişkisi olmayan, sıklık veya siklüsle ilgisiz, en az 6 ay süreyle devam eden sürekli ya da aralıklarla ortaya çıkan ağrı olarak tanımlanmaktadır, Kal ve Beji (36), Küçük ve ark. (51), Malak ve Beji (52).

KPA sıklığı ülkelere göre farklılık göstermekte ve %2.1 ile % 25.4 arasında değişiklik göstermektedir. KPA histerektomilerin %12 sinin ve yapılan jinekolojik diagnostik laparoskopilerin % 40 ının sebebidir. Bu rakamlar KPA nın toplumda sık görülen ve önemli bir sorun olduğunu göstermektedir, Küçük ve ark. (51).

KPA'nın nedeni tam olarak bilinmemektedir. KPA bu bölgede bulunan genital organlar, üriner organlar, pelvik taban kas yapısı, gastrointestinal organlar veya sinir sisteminden kaynaklanabileceği gibi başka nedenlerdende kaynaklanabilmektedir. Endometriozis, adhezyonlar, irritable barsak sendromu, kronik üriner sistem enfeksiyonları, fibromyalji, depresyon, somatizasyon sık görülen nedenleri arasındadır, Küçük ve ark. (51).

Kronik ağrı, klinik uygulamalarda sık karşılaşılan bir sağlık problemidir. Bulgu olmaktan çok artık bir sendrom haline gelmiştir ve psikiyatrik belirti birlikteliği

oldukça fazladır. Kimi zaman depresif bozukluğun bir belirtisi olabileceği gibi, kimi zaman da fiziksel bir bozukluk olarak kişinin zihinsel dünyasında bozulmalara neden olabilmektedir. Fiziksel ağrı ile psikiyatrik bozuklukların birlikteliğindeki neden-sonuç ilişkisi genellikle belirlenememektedir. İngiltere’de yapılan epidemiyolojik bir araştırmada kronik ağrı ve psikiyatrik tanı birlikteliği %16.9 olarak bulunmuştur. Kronik ağrı tüm depresif bozukluklarla ilişkilidir. Ancak bu ilişki henüz tam olarak anlaşılabilmiş değildir. Bu ilişkinin karmaşık olan yanı, depresif bozuklukların fiziksel ağrı öncesinde de sıklıkla ortaya çıkıyor olmalarıdır. Bilinen “ağrının depresyonu, depresyonun da ağrıyı arttırdığı” gerçeğidir. Bir meta analizde depresyonu olan hastalarda ağrı prevalansı %65 bulunmuştur, Tütüncü ve Günay (84).

4.2.4. Disparanoya

Cinsellik, yaşamın doğal bir parçası ve temel insan gereksinimlerinden birisidir, Nazik ve Eryılmaz (57). Dünya Cinsel Sağlık Birliği (World Association for Sexual Health (WAS)) cinselliği her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçası olarak tanımlar ve cinsiyet, cinsel kimlik, cinsel rol, cinsel yönelim, erotizm, haz, yakınlık ve üreme kavramlarını içerdiğini bildirir, Nazik ve Eryılmaz (57), Doğan ve Özkorumak 2008). Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı “cinsel açıdan fiziksel, psikososyal ve sosyokültürel tam olarak iyi olma hali ve bunun devamlılığı” olarak tanımlar. Bu iyilik hali bozulduğunda cinsel disfonksiyonlar ortaya çıkar, Nazik ve Eryılmaz (57).

Cinsel bozuklukların bir türü olarak gösterilen disparoni, Vajinaya tam giriş veya giriş girişimi ve/veya penisin vajinaya penetrasyonu ile ortaya çıkan yineleyici ya da sürekli ağrının olması şeklinde tanımlanır, Doğan ve Özkorumak (23). Kadınlarda yaygın şekilde görülen, kadının cinsel işlevini ve yaşam kalitesini ciddi şekilde olumsuz etkileyen önemli bir sağlık problemidir, Karaçam ve Çalışır (39). Basit bir anatomik sorundan kaynaklanabildiği gibi çeşitli psikolojik, sosyolojik, biyolojik nedenlerin sonucu olarak da ortaya çıkabilir. DSM-IV psikiyatrik tanı kitabında cinsel işlev bozuklukları başlığı altında yer alan disparoni tanısı için 3 kriter gereklidir:

- A. İlişki sırasında tekrarlayıcı veya sürekli ağrı şikayetinin olması
- B. Bu şikayetin gerginlik ve kişiler arası sorunlar yaratması,

C. Ağrının vaginismus, yetersiz lübrikasyon, ilaç kullanımı, başka bir hastalığa bağlı olmaması, Sayalı ve ark. (75).

Disparoni, yüzeysel ve derin disparoni olmak üzere ikiye ayrılır;

Yüzeysel disparoni; vajina girişinin etrafında meydana gelen ağrıdır ve psikolojik faktörlerle ilgili olduğu düşünülmektedir. Semptomlar; yanma, kaşınma ve sızlama tarzındadır ve kadınlar sıklıkla cinsel birleşme esnasında patlama hissi duyarlar. Ağrı tekrarlayıcıdır, perinenin herhangi bir alanında hissedilebilir ve sadece seksüel uyarılarla değil, günlük yaşamın her anında ortaya çıkabilir, Nazik ve Eryılmaz (57).

Derin disparoni; genellikle organik nedenlerden kaynaklanan ve cinsel birleşme esnasında oluşan pelvik ağrı olarak tanımlanır. Ağrı cinsel birleşme esnasında, alt karın bölgesinde yaygın olarak hissedilir. Bu durum yaygındır ve PID (Pelvic Inflammatory Disease), herhangi bir jinekolojik, pelvik veya abdominal cerrahi, postoperatif adhezyonlar, endometriozis, genital veya pelvik tümörler, irritabl barsak sendromu, üriner yol enfeksiyonu, adneksiyal patoloji, kronik servisit, üretral bozukluklar, over patolojileri, uterusun retroversion pozisyonunda olması ve pelvik relaksasyon derin disparoniye neden olabilir, Nazik ve Eryılmaz (57).

Türkiye’de toplumsal, kültürel, sosyal etmenlerin ve dini inançların etkisi nedeniyle cinsellik, rahatça soru sorulamayan, konuşulamayan bir konu olmaya devam etmekte ve halen tabu olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle Türkiye’de disparoninin sıklığını belirlemek güçtür, Nazik ve Eryılmaz (57).

4.2.5. Dizüri

İdrar yolu enfeksiyonları, özellikle genç kadınlar ve yaşlılarda en sık görülen bakteriyel enfeksiyon olarak bilinmektedir. Kadınların %10-35’i yaşamının belli bir döneminde idrar yolu enfeksiyonu geçirmektedir. Hastalar genellikle ani başlayan dizüri, pollaküri ve sıkışma hissi gibi şikayetlerle sağlık kuruluşuna başvururlar. Dizüri en belirgin belirtidir. Bu nedenle, yine dizüri ile seyreden, etkenleri farklı ,

dolayısıyla tedavileride farklı olan üretrit ve vajinitin ayırıcı tanısı yapılmalıdır, Gönen ve ark. (30).

Dizüri, vajinal enfeksiyonu olanlarda vajinal akıntı ile birlikte bulunan, üriner meatusun lokal iritasyonu sonucu gelişen bir semptomdur, Taşkın (83). Klamidyal enfeksiyonda hastaların çoğunda beyaz veya gri renkte, bazen tamamen renksiz bir üretral akıntı ve dizüri olabilir, Gökengin (28). Dizüri şikayeti olan hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada dizürisi olan hastaların %21'inde klamidya enfeksiyonu bulunmuştur, Wilbanks et al (89). Ayrıca bakteriyel vajinozis, vulvovajinal kandidiyazis, trikomoniyazis ve genital mikoplazma enfeksiyonlarındada dizüri görülmektedir, Öztürk (67).

4.2.6. Adet düzensizliği

Kadınlarda üreme çağı boyunca hipotalamus, hipofiz, ovaryum ve endometriyumdaki değişiklikler menstrüasyon olarak adlandırılan periyodik uterin kanama ile sonuçlanır. Menstrüel siklus, endokrin sistemin karmaşık ve düzgün çalışmasının etkisindedir. Bu aylık kanamanın başlangıcına menarş ve üreme çağının sonunda kesilmesinede menopoza olarak isimlendirilir. Bir kanama devresinin birinci günü ile bunu izleyen kanamanın ilk günü arasındaki süreye ise menstrüel siklus adı verilir, Öztürk (67).

Menstrüel siklus endometriyumun periyodik olarak dökülmesi ile meydana gelir ve menstrüasyon olarak adlandırılır. Menstrüasyon üreme çağının simgesidir. Kadınlarda siklus uzunluğu ortalama 28 gün sürer. Ancak 22-31 günler arasında normal olarak değerlendirilir. Menstrüel siklus, bazen fiziksel ve psikolojik nedenlerle aksayabilir. Menstrüel kanamanın süresi 2-6 gün sürer ve ortalama kan kaybı 25-60 ml arasındadır, Öztürk (67).

Menstrüel düzensizlikler, menstrüel kanamanın sıklığı, miktarı ve süresindeki değişikliklere göre isim alır. Normal siklus düzeninden sapmaları gösteren bu terimler şunlardır, Taşkın (83), Öztürk (67), Günay (31):

Polimonere: Menstrüel siklusların 21 günden daha kısa aralarla olmasıdır.

Oligomenore: Menstrüel siklusların 35 günden ya da daha fazla aralıklarla olmasıdır.

Hipermenore: Her ay normal periyodlarla meydana gelen fakat fazla miktarda kanamaların mevcut olduğu sikluslardır. Kan miktarı 150 cc yi geçerse hipermenoreden bahsedilir.

Hipomenore: Hafif lekelenme tarzındaki menstrüel kanamadır.

Menoraji: Menstrüel periyotta 80 ml. ve daha fazla kanama olması ve kanamanın yedi günden daha uzun sürmesidir.

Metroraji: Menstrüel periyottan başka herhangi bir zamanda ortaya çıkan vajinal kanamalar olarak tanımlanır.

Menometroraji: Düzensiz aralıklarla oluşan kanamalardır.

Amenore: Altı aydan fazla süre ile ya da üst üste üç menstrüasyonun olmamasıdır.

Anormal kanama nedenleri;

- Spontan düşük, ektopik gebelik
- Malignensi
- Kronik endometritis
- Uterus myom ve polipleri
- Kronik servisit, servikal erozyon ve polip
- Vajinal enfeksiyon, travma, yabancı cisim
- Ovaryal disfonksiyon(polikistik over, korpus luteum yetmezliği)
- Sistemik hastalıklar
- İlaçlar
- Psikolojik (Depresyon, kronik anksiyete, emosyonel şok), Öztürk

(67).

4.2.7. Dismenore

Ağrılı menstrüasyona dismenore denir. Kadınlarda sık görülen jinekolojik sorunlardandır. Literatürde dismenorenin genç kadınların % 50-80 ini çeşitli derecelerde etkilediği ve her yıl birçok iş günü (çalışma, okul) kaybına neden olduğu kaydedilmektedir. Bunun yanında dismenore nedeni ile iş veriminin düştüğü,

kazalarda bir artış olduğu da bildirilmekte ve sonuçta önemli bir ekonomik kayba sebep olmaktadır, Taşkın (83).

Dismenore primer ve sekonder olarak iki başlık altında incelenmektedir. Primer dismenore % 95 oranında görülürken sekonder dismenore sadece %5 oranında görölmektedir.

Primer dismenore;

Primer dismenore pelvik bir patoloji ile ilgili değildir. Genellikle ovulasyonlu siklulardan sonra ortaya çıkar. Menarştan sonraki ilk bir iki yılda ovulasyonun tam yerleşmesi ile görölmeye başlar. Yirmili yaşların ortalarına kadar artma eğilimindedir. Daha sonraki yıllarda özellikle ilk vajinal doğumla beraber azalma gösterir. Primer dismenorede rahatsızlık, menstrüel kanama başlamadan 1-2 gün önce başlar. Daha ciddi belirtiler menstrüel kanamanın olduğu ilk 24 saatte ortaya çıkar ve genellikle ikinci günde sakinleşmeye başlar. Ağrı alt abdominal bölgede aralıklı gelen kramp tarzındadır. Lokalize olduğu gibi sırta, bele, kasıklara ve vulvaya yayılma gösterebilir. Bu ağrıya; terleme, yorgunluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare, baş dönmesi, baş ağrısı, senkop ve konsantrasyon bozukluğu gibi belirtilerde eşlik eder, Taşkın (83), Öztürk (67).

Eskiden primer dismenorenin nedeni sadece psikolojik faktörler olarak görölürdü. Bunun nedeni ağrıyı açıklayacak bir patolojinin olmamasıydı. Günümüzde dismenorenin ovulasyon ile ilişkili olduğu, ovulasyonun baskılandığı durumlarda ortaya çıkmadığı kesinlik kazanmıştır. Ovulasyondan sonra oluşan luteal fazda ve menstrüel kanamada salgılanması artan prostaglandin F2 alfa (PGF2a), uterus kontraksiyonlarının kuvvetini ve sıklığını artırarak vazokontrüksiyona dolayısıyla iskemi ve ağrıyı ortaya çıkarmaktadır. Prostaglandinlerin aşırı salınmasına neden olan faktör bilinmemektedir, Taşkın (83), Öztürk (67).

Tedavisinde ağrı kesiciler kullanılır (steroid olmayan antienflamatuar ajanlar-NSAIDs). Bu ilaçlar prostaglandin sentezini azaltarak ağrının giderilmesini sağlar. Bir çalışmada prostaglandin düzeyi düşürüldüğünde %65-100 ağrı ve diğer

rahatsızlıkların giderildiği bildirilmiştir. Eğer ağrı kesiciler ile tedavi yeterli gelmiyor ise doğum kontrol hapları diğer bir seçenektir, Yazıcı (90).

Sekonder dismenore;

Sekonder dismenore; genellikle hayatın daha ileri bölümlerinde, menarştan yıllar sonra ortaya çıkar ve organik nedenlidir. Ağrı genellikle menstrüasyon başlangıcından önce hissedilmeye başlar ve menstrüasyon boyunca hissedilmeye devam eder. Ağrı, künt, derin pelviste hissedilen ve genellikle bir miktar sırta yayılım gösterir. Üriner ve gastrointestinal bulgulara beraberinde olabilir, Öztürk (67).

Sekonder dismenore pelvik bir patoloji ile alakalıdır. Pelvisin inflamatuvar hastalığı, endometriozis, uterus myomları ve polipleri, uterus prolapsusu, servikal stenoz ve bazen intrauterin araçlar, sekonder dismenore yapan nedenler arasındadır. Ağrı çoğunlukla pelvik lezyonla ilişkili pelvik vasküler konjesyon nedeni ile ortaya çıkar. Ağrının belli bir bölgede yoğunlaştığı ya da tek taraflı olduğu ve 20 yaştan sonra ortaya çıktığı durumlarda sekonder dismenoreden şüphelenilmelidir, Taşkın (83),

Sekonder dismenore yönetiminde ilaç tedavisi olarak; NSAIDs ve hormonlar (oral kontraseptifler) kullanılır. Tedavide ilaç dışında; egzersiz, psikoterapi ve cerrahi de kullanılan yöntemlerdendir, Yazıcı (90).

4.2.8. Premenstruel sendrom

Premenstrual sendrom (PMS); menstrual siklusun geç luteal fazında başlayıp, menstrüasyonun ilk günlerine kadar süren çeşitli psikolojik fiziksel ve davranışsal yakınmalardır. Menstrüasyondan bir hafta 10 gün önce başlar menstrual kanamanın başlamasıyla belirtiler sonlanır, Yazıcı (90). Premenstrual sendrom ilk kez 1931 yılında Dr. Robert Frank tarafından Premenstrüel gerginlik sendromu (Premenstrual Tension Syndrome-PMT) olarak tanımlanmıştır, Yazıcı (90), Kırca ve ark. (48), Kebapçı ve ark. (44). Premenstrüel sendrom, premenstrüel gerginlik sendromu, premenstrual disfori, geç luteal faz disforik bozukluğu gibi adlarla tanınmaktadır,

Güneş ve ark. (32). Türkiye’de yapılan toplum çalışmalarında 15-49 yaş grubundaki kadınlarda PMS yaygınlığı %5.9-76 arasında bulunmuştur, Yücel ve ark. (91).

PMS’nin kadınlarda oldukça yaygın olduğu ve menstruasyon öncesi dönemde 150 den fazla belirtinin ortaya çıktığı bilinmektedir, Yazıcı (90), Güneş ve ark. (32), Müderris ve ark. (56). Sadece orta şiddette ya da şiddetli belirtilerin sıklığının %2 ile %88 arasında değiştiği, hafif belirtiler de eklendiğinde yaygınlık oranının %90’nı bulduğu bildirilmektedir. Menarştan sonra herhangi bir yaşta PMS belirtileri gelişebilir, Yazıcı (90), Adıgüzel ve ark. (2).

PMS belirtilerinin şiddeti; 25–35 yaş arasındaki kadınlarda diğer yaşlara göre daha yüksekken menopoza yaklaştıkça azalmaktadır, Öztürk ve Tanrıverdi (69). Adıgüzel ve ark. (2), Yücel ve ark. (91). Menstruasyonun başlamasıyla çoğu kaybolan bir dizi yakınma ve belirtiler arasında en önemli yeri duygudurum ve davranış değişiklikleri alır, Yücel ve ark. (91).

Premenstrual sendromda görülen psikolojik belirtiler; irritabilite, değişken zihin hali, depresyon, kızgınlık, öfke, hiddet, huzursuzluk, konsantrasyon bozukluğu, kendine güvensizlik, suçluluk, karasızlık, paranoya, intihara eğilim, negativist tutum, toplumdan kaçma, motivasyon bozukluğudur, Yazıcı (90).

Premenstrual sendromda görülen fiziksel belirtiler arasında; memelerde hassasiyet, abdominal şişkinlik, kilo artışı, bacaklarda ödem, baş ağrısı, kabızlık, diyare, titreme, ciltte, saçta yağlanma, saçta kuruluk, kas krampları, bulantı, eklem- kas ağrıları, oligüri, baş dönmesi, çarpıntı, rinitis, sıcak basması ve terleme yer almaktadır, Yazıcı (90).

Davranışsal belirtiler: Yorgunluk, aşırı uyuma veya uykusuzluk, baş dönmesi, cinsel istekte değişiklik, iştahta artma (Tuzlu veya tatlı yiyeceklere aşırı istek duyma) veya azalmadır, Öztürk ve Tanrıverdi (69).

PMS'nin etiyolojisinde; östrojen/progesteron dengesinin bozulması, aşırı prostaglandin yapımı, aldosteron salgılanmasında artış, prolaktin artışı, renin anjiotensin mekanizmasında bozulma, antidiüretik hormonun fazlalığı, serotonin eksikliği gibi hormonal faktörler, hipoglisemi, çinko, magnezyum eksikliği ve vitamin yetersizlikleri gibi diyetle ilgili faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir, Taşkın (83), Öztürk (67), Yazıcı (90).Ayrıca stresle baş etmesini bilmeyen, duygusal açıdan değişken olanlar, kişilik yapısı, yaşam tarzı, aile öyküsü ve ilk adet yaşı gibi faktörler yer almaktadır, Yazıcı (90).

PMS tanı kriterleri;

1-PMS belirtilerine neden olacak bedensel bir bozukluk olmamalıdır.

2-Ödem, huzursuzluk, depresyon, gerilim gibi belirtiler olmalıdır.

3-Belirtiler menstural dönemin ikinci yarısında ortaya çıkmalıdır.

4-Menstural dönemin ilk yarısında en azından 7 günlük belirtisiz bir dönem bulunmalıdır.

5-Birbirini izleyen 3 adet dönemde belirtiler olmalıdır.

6-Belirtiler kişinin bedensel ve zihinsel yaşantısını bozacak şekilde olmalıdır Öztürk ve Tanrıverdi (69).

5. MATERYAL VE METOT

5.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, kadınlarda depresyon ile jinekolojik sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı araştırma tipinde yapılmıştır.

5.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Kurum yetkilileri ile görüşmeler yapılarak gerekli izinler ve etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Araştırma verileri; Mayıs 2015 ve Kasım 2015 tarihleri arasında toplanmıştır.

5.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniklerine başvuran kadınlardan oluşmaktadır. Bir yılda kadın doğum polikliniklerine başvuran 18-49 yaş arası kadın sayısı 9713 olarak öğrenilmiştir. Araştırmanın örnekleme evreni bilinen formülden hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun, Türkiye Kronik Hastalılar ve Risk Faktörleri Sıklığı çalışmasına göre % 13 olan depresyon sıklığı dikkate alınmıştır.

$$\text{Örneklem: } \frac{N.t^2.p.q}{d^2.(N-1)+t^2.p.q} = n$$

N: Evrendeki birey sayısı (9713),

n: Örneklem alınacak birey sayısı,

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (%13),

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (%87),

t: t tablosunda bulunan teorik deger (1.96),

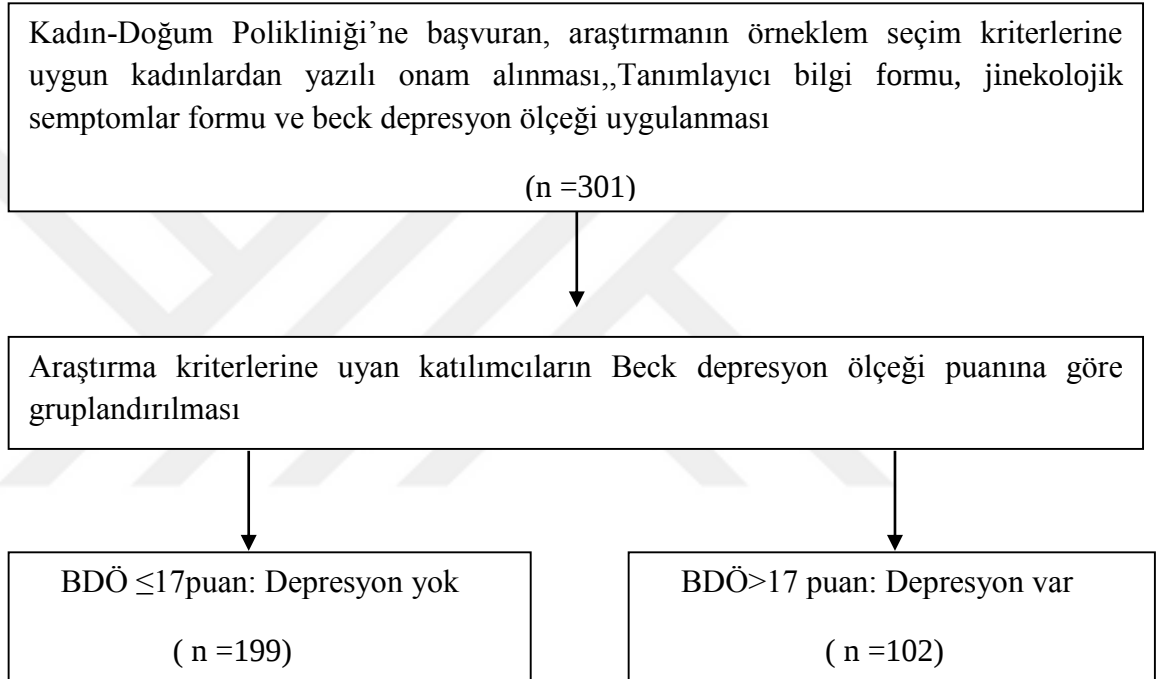
d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma (0.05),

$$n = \frac{9713.(1.96^2).(0.13).(0.87)}{(0.05)^2.9712+(1.96)^2.(0.13).(0.87)} = 170 \text{ kişi}$$

Örneklem büyüklüğü 170 kişi olarak hesaplanmış, çalışmaya 301 kadın dahil edilmiştir.

5.3.1 Örneklem seçim kriterleri

- 18-49 yaş arası kadın olması,
- Gebe ve lohusa olmaması,
- En az ilkokul mezunu olması,
- Doğal ya da cerrahi menapoza girmemiş olması,



Şekil 5.3.1. Akış Şeması

5.4. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Depresyonu olan ve olmayan kadınlar arasında jinekolojik sağlık sonuçları açısından fark vardır.

H0: Depresyonu olan ve olmayan kadınlar arasında jinekolojik sağlık sonuçları açısından fark yoktur.

5.5. Veri toplama araçları

Araştırmanın yapıldığı hastaneye başvuran ve örneklem seçim kriterlerine uyan kadınlara araştırma hakkında bilgi verilerek onamları alınmıştır. Veri toplama formları, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla birebir görüşme yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek I), Jinekolojik Semptomlar Formu (Ek II), Beck Depresyon Ölçeği (Ek III) kullanılmıştır.

5.5.1. Tanımlayıcı bilgi formu

Araştırmacı tarafından literatür tanımlanarak hazırlanmıştır. Form ön uygulama yapıp yeniden düzenlendikten sonra araştırma için hazır hale getirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri (15soru), obstetrik özelliklerini (8 soru) belirlemeye yönelik toplam 23 sorudan oluşmaktadır.

5.5.2. Jinekolojik semptomlar formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır. Katılımcıların anormal vajinal akıntı şikayetlerini, cinsel ilişkiye ait özelliklerini ve menstrüel özelliklerini belirlemeye yönelik 16 maddeden oluşmaktadır. Araştırmacı tarafından her bir madde katılımcılara soru olarak yöneltilmiş ve var yok şeklinde işaretlenmiştir.

5.5.3. Beck depresyon ölçeği

Beck Depresyon Envanteri ilk olarak Beck, Ward, Mendelson, Mock&Erbaugh tarafından 1961’de oluşturulmuştur. 1971’de revize edilmiş ve 1978’te çoğaltılmıştır. Depresyonun klinik olarak semptomlarının belirlenmesinde kullanılan en yaygın çalışmalardan biridir. 1961 yılında ingilizce olarak geliştirilen 2000’den fazla çalışmada kullanılmış ve birçok dile çevrilmiştir. Yüksek düzeylerde kültürler arası güvenilirlik ve geçerlilik göstermiştir. Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenlerini ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961 'de geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. '0' ile '3' arasında derecelendirilen dörtlü Likert tipinde cevaplanan 21 maddeden oluşmaktadır. Testten en düşük 0, en yüksek 63 puan alınabilir, Avşar (6). Ülkemizde üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Nesrin Hisli (1989) tarafından yapılmıştır, kesme puanının 17 olarak kabul

edildiği bildirilmiştir. BDE'nin Türkçe versiyonu geliştirilirken kesme noktaları incelenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür, Hisli (35).

Uygulama ve değerlendirme biçimine uygun olarak katılımcılardan son 2 hafta boyunca kendilerine uygun olan seçenekleri işaretlemeleri istendi. Ölçekten 17 ve altı puan alanlar 'depresyon yok' 18 ve üzerinde puan alanlar 'depresyon var' olarak değerlendirildi. Beck depresyon ölçeği için Cronbach alfa 0.864 olarak elde edilmiştir. Buna göre ölçek maddelerinin iç tutarlılığı yüksektir.

5.6 Veri Toplama Aşaması

Kadın-Doğum Polikliniği'ne başvuran ve örneklem seçim kriterlerine uyan hastalardan yazılı onam alındıktan sonra Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek I) ,Jinekolojik Semptomlar Formu (Ek II), Beck Depresyon Ölçeği (Ek III) uygulanmıştır.

5.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada bulunan yaş, beden kitle indeksi (BKİ), ilk gebelik yaşı, en küçük çocuğun yaşı ve BDÖ puanı değişkenlerinin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenler normal dağılmadığı için ortalama $\pm$ standart sapma ($\text{ort} \pm s$) ile ortanca (min-mak:minimum-maksimum) istatistikleri verilmiştir. Toplam gebelik sayısı, düşük&küretaj sayısı gibi kesikli değişkenler ortanca (min-mak) ile, öğrenim durumu, son doğum şekli gibi kategorik değişkenler sayı (%) ile ifade edilmiştir.

Sosyo-demografik, obstetrik özelliklere göre depresyon durumunun, sosyo-demografik-obstetrik özellikler ve depresyon durumuna göre jinekolojik semptomların karşılaştırılmasında Ki-kare testlerinden yararlanılmıştır. 2'den fazla grup için anlamlı bir fark elde edildiğinde Bonferroni düzeltmeli ikili oran karşılaştırması yapılmıştır. Hastaların depresyon düzeylerinin jinekolojik semptomlara etkisini incelemek için Lojistik Regresyon Analizi uygulanmıştır. Beck depresyon ölçeği için Cronbach iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Analizler sonucunda test istatistiği ve p değerleri verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

İstatistiksel analizler, hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmıştır.

Bağımsız değişkenler: Sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler ve BDÖ puanı

Bağımlı değişkenler: Depresyon durumu, jinekolojik semptomlar

5.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi ile sınırlı olup topluma genellenemez. Anket sorularının yer aldığı veri toplama araçları uygulanırken katılımcıların geçmişle ilgili durumları hatırlaması güç olduğundan ve bazı sorulara hassasiyet duyduklarından yanıltıcı cevaplar vermiş olabilirler.

5.9 Araştırmanın Süresi

Araştırma 2014 yılında planlanmış. Haziran 2014 de tez önerisi kabul edilmiş ve mart 2015 de etik kurul onayı alınmıştır. Daha sonra veri toplama işlemi Mayıs 2015'den Kasım 2015'e kadar devam etmiştir. Verilerin analizi Şubat 2016 tarihinde yapılarak rapor yazımı ve teslimi Mart 2016 tarihinde tamamlanmıştır.

5.10 Araştırma Sırasında Yaşanan Zorluklar

Araştırmanın yapıldığı polikliniğin yoğunluğu ve fiziki şartlarından dolayı anketlerin doldurulması aşamasında zorluklar yaşanmıştır.

6. BULGULAR

Tezin bu bölümde araştırma sonuçlarına ilişkin bulgular üç başlık halinde verilmiştir;

6.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

6.2. Kadınların jinekolojik sağlığına ilişkin bulgular

6.3. Kadınların depresyon durumlarına ilişkin bulgular



6.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 6.1.1. Sosyodemografik özellikler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş [yıl]		
Ort±SD	34.23±8.23	
Ortanca (min-mak)	35.0 (18.0 - 49.0)	
18-25	53	17.6
26-35	108	35.9
36 ve üzeri	140	46.5
Medeni Durum		
Evli	289	96.0
Bekar	2	0.7
Boşanmış	8	2.6
Dul	2	0.7
Öğrenim Durumu		
İlkokul	154	51.2
Ortaokul	65	21.6
Lise	46	15.2
Üniversite	36	12.0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	52	17.3
Çalışmıyor	249	82.7
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	77	25.6
Gelir gidere denk	195	64.8
Gelir giderden fazla	29	9.6
İkamet Yeri		
İl	221	73.4
İlçe	51	16.9
Kasaba	8	2.7
Köy	21	7.0
Aile Tipi		
Çekirdek	243	80.7
Geniş	55	18.3
Parçalanmış	3	1.0
Sağlık Güvencesi		
Yok	24	8.0
Var	277	92.0

Çalışmaya katılan 301 kadının yaş ortancası 35.0 (min-mak: 18.0 - 49.0) yıl olarak hesaplanmıştır (Tablo 1). Kadınların % 96.0'sının (n=289) evli olduğu, % 82.7'sinin (n=249) çalışmadığı ve %51.2'sinin (n=154) ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. 221 katılımcının (% 73.4) şehirde ikamet ettiği, 18 katılımcının (% 6.0) eşinin çalışmadığı görülmüştür. Sadece 24 katılımcının (% 8.0) sağlık güvencesinin

olmadığı, 52 katılımcının (% 17.3) bir hastalığının olduğu ve 53 katılımcının (% 17.6) sürekli bir ilaç kullandığı tespit edilmiştir.

Tablo 6.1.2. Eşlerinin sosyodemografik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eşin Eğitim Durumu		
İlkokul	116	38.5
Ortaokul	58	19.3
Lise	77	25.6
Üniversite	50	16.6
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	18	6.0
Çalışıyor	283	94.0
Eşin Mesleği		
İşçi	170	60.1
Memur	51	18.0
Esnaf	38	13.4
Emekli	17	6.0
Çiftçi	7	2.5

Tablo 6.1.3. Sağlık durumlarına ilişkin bulgular

	Sayı (n)	Yüzde (%)
BKI [kg/m^2]		
Ort±s	27.88±5.22	
Ortanca (min-mak)	27.34 (16.52 - 44.92)	
Zayıf	4	1.3
Normal	92	30.6
Kilolu	110	36.5
Obez	95	31.6
Sigara kullanımı		
Yok	260	86.4
Var	38	12.6
Bırakmış	3	1.0
Hastalık varlığı		
Yok	249	82.7
Var	52	17.3
Sürekli İlaç Kullanımı		
Yok	248	82.4
Var	53	17.6

Çalışmaya katılan 52 katılımcının (% 17.3) bir hastalığının olduğu ve 53 katılımcının (% 17.6) sürekli bir ilaç kullandığı tespit edilmiştir.

Tablo 6.1.4. Obstetrik özellikler

		Sayı (n)	Yüzde (%)
İlk gebelik yaşı [yıl]			
	Ort±s	20.77±4.18	
	Ortanca (min-mak)	20.0 (14.0 - 40.0)	
	14-25 yıl	239 (88.2)	
	26-40 yıl	32 (11.8)	
Düşük & Küretaj			
	Ortanca (min-mak)	1.0 (0.0 - 10.0)	
	Yok	152 (50.5)	
	Var	149 (49.5)	
Toplam Gebelik			
	Ortanca (min-mak)	3.0 (1.0 - 11.0)	
	0	30	10.0
	1	43	14.3
	2 ve üzeri	228	75.7
Doğum Sayısı			
	Ortanca (min-mak)	2.0 (0.0 - 8.0)	
	0	55	18.3
	1	41	13.6
	2 ve üzeri	205	68.1
Yaşayan			
	Ortanca (min-mak)	2.0 (0.0 - 6.0)	
	0	55	18.2
	1	42	14.0
	2 ve üzeri	204	67.8
Son Doğum Şekli			
	Normal	125	41.5
	Sezaryen	123	40.9
	Hiç doğum yapmamış	53	17.6
En küçük çocuğun yaşı [yıl]			
	Ort±s	8.26±6.25	
	Ortanca (min-mak)	6.5 (0.0 - 28.0)	
Kontrasepsiyon			
	Yöntem kullanmıyor	105	34.9
	Geri çekme	76	25.2
	Kondom	51	16.9
	RİA	25	8.3
	Hormonal yöntem	16	5.3
	Tüpligasyonu	28	9.3

Katılımcıların ilk gebelik yaş ortancası 20.0 (min-mak:14.0 – 40.0) yıl, en küçük çocuklarının yaş ortancası 6.5 (min-mak: 0.0 - 28.0) yıl olarak hesaplandı (Tablo 2). Katılımcıların 53'ünün (% 17.6) hiç doğum yapmadığı, 105'inin (% 34.9) gebelikten korunmak için hiçbir yöntem kullanmadığı görülmüştür.

6.2. Kadınların jinekolojik sağlığına ilişkin bulgular

Tablo 6.2.1. Jinekolojik semptomlar

Semptomlar		Sayı (n)	Yüzde (%)
Akıntı Şekli	Normal	153	50.8
	Anormal	148	49.2
Kaşıntı	Yok	212	70.4
	Var	89	29.6
Yanma	Yok	235	78.1
	Var	66	21.9
Koku	Yok	215	71.4
	Var	86	28.6
Pelvik Ağrı	Yok	185	61.5
	Var	116	38.5
Disparanoya	Yok	203	67.4
	Var	98	32.6
Vajinal duş	Yok	110	36.5
	Var	191	63.5
Dizürü	Yok	246	81.7
	Var	55	18.3
Adet düzensizliği	Yok	175	58.1
	Var	126	41.9
Dismenore	Yok	135	44.9
	Var	166	55.9
PMS	Yok	102	33.9
	Var	199	66.1

Katılımcıların % 49.2'sinde (n=148) anormal akıntı gözlenirken, % 29.6'sında (n=89) koku, % 21.9'unda (n=66) yanma, % 18.3'ünde (n=55) dizürü olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Jinekolojik semptomlar içinde % 66.1 oran ile en fazla PMS'nin görüldüğü tespit edilmiştir.

Tablo 6.2.2. Jinekolojik semptomlarının yaş gruplarına göre dağılımı

Semptomlar		18-25 n (%)	26-35 n (%)	36 ve üzeri n (%)	Test	p
Akıntı Şekli					0.492	0.782
	Normal	28 (52.8)	52 (48.1)	73 (52.1)		
	Anormal	25 (47.2)	56 (51.9)	67 (47.9)		
Kaşıntı					0.440	0.803
	Yok	38 (71.7)	78 (72.2)	96 (68.6)		
	Var	15 (28.3)	30 (27.8)	44 (31.4)		
Yanma					1.052	0.591
	Yok	44 (83.0)	82 (75.9)	109 (77.9)		
	Var	9 (17.0)	26 (24.1)	31 (22.1)		
Koku					0.460	0.795
	Yok	36 (67.9)	77 (71.3)	102 (72.9)		
	Var	17 (32.1)	31 (28.7)	38 (27.1)		
Pelvik Ağrı					4.650	0.098
	Yok	35 (66.0)	73 (67.6)	77 (55.0)		
	Var	18 (34.0)	35 (32.4)	63 (45.0)		
Disparanoya					1.917	0.383
	Yok	32 (60.4)	72 (66.7)	99 (70.7)		
	Var	21 (39.6)	36 (33.3)	41 (29.3)		
Vajinal duş					0.372	0.830
	Yok	21 (39.6)	40 (37.0)	49 (35.0)		
	Var	32 (60.4)	68 (63.0)	91 (65.0)		
Dizürü					0.054	0.973
	Yok	43 (81.1)	89 (82.4)	114 (81.4)		
	Var	10 (18.9)	19 (17.6)	26 (18.6)		
Adet düzensizliği					5.209	0.074
	Yok	27 (50.9)	72 (66.7)	76 (54.3)		
	Var	26 (49.1)	36 (33.3)	64 (45.7)		
Dismenore					8.112	0.017
	Yok	19 (35.8)	41 (38.0)	75 (53.6)		
	Var	34 (64.2)	67 (62.0)	65 (46.4)		
PMS					5.450	0.066
	Yok	15 (28.3)	30 (27.8)	57 (40.7)		
	Var	38 (71.7)	78 (72.2)	83 (59.3)		

Yaş gruplarına göre jinekolojik semptomlar incelendiğinde, 18-25, 26-35 ve 35 yaş üstünde anormal akıntısı olan kadınların oranı sırasıyla % 47.2 (n=25), % 51.9 (n=56) ve % 47.9 (n=67) olarak hesaplanmıştır (Tablo 5). Anormal akıntı oranlarının yaş

gruplarında benzer olduğu görülmüştür ($p=0.782$). Dismenore gözlenen kadınların yaş gruplarındaki oranı sırasıyla % 64.2 ($n=34$), % 62.0 ($n=67$) ve % 46.4 ($n=65$)'dir. Genel karşılaştırmada oranlar arasında fark bulunsa da ($p=0.017$) ikili karşılaştırmalarda oranların birbirine benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Koku, yanma, kaşıntı vb. diğer semptomlar bakımından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 6.2.3. Jinekolojik semptomların beden kitle indeksi gruplarına göre dağılımı

Semptomlar		Normal n (%)	Kilolu n (%)	Obez n (%)	Test	p
Akıntı Şekli					1.111	0.574
	Normal	47 (51.1)	59 (53.6)	44 (46.3)		
	Anormal	45 (48.9)	51 (46.4)	51 (53.7)		
Kaşıntı					0.495	0.781
	Yok	64 (69.6)	80 (72.7)	65 (68.4)		
	Var	28 (30.4)	30 (27.3)	30 (31.6)		
Yanma					5.862	0.053
	Yok	72 (78.3)	93 (84.5)	67 (70.5)		
	Var	20 (21.7)	17 (15.5)	28 (29.5)		
Koku					0.020	0.990
	Yok	66 (71.7)	78 (70.9)	68 (71.6)		
	Var	26 (28.3)	32 (29.1)	27 (28.4)		
Pelvik Ağrı					3.909	0.142
	Yok	57 (62.0)	75 (68.2)	52 (54.7)		
	Var	35 (38.0)	35 (31.8)	43 (45.3)		
Disparanoya					4.539	0.103
	Yok	54 (58.7)	78 (70.9)	68 (71.6)		
	Var	38 (41.3)	32 (29.1)	27 (28.4)		
Vajinal duş					1.522	0.467
	Yok	38 (41.3)	40 (36.4)	31 (32.6)		
	Var	54 (58.7)	70 (63.6)	64 (67.4)		
Dizürü					0.627	0.731
	Yok	73 (79.3)	92 (83.6)	78 (82.1)		
	Var	19 (20.7)	18 (16.4)	17 (17.9)		
Adet düzensizliği					2.877	0.237
	Yok	60 (65.2)	59 (53.6)	54 (56.8)		
	Var	32 (34.8)	51 (46.4)	41 (43.2)		
Dismenore					8.536	0.014
	Yok	30 (32.6)	57 (51.8)	47 (49.5)		
	Var	62 (67.4) ¹	53 (48.2) ¹	48 (50.5)		
PMS					3.203	0.202
	Yok	25 (27.2)	43 (39.1)	33 (34.7)		
	Var	67 (72.8)	67 (60.9)	62 (65.3)		

¹ $p<0.05$

Normal kilolu, kilolu ve obez olan katılımcıların sırasıyla 45'i (% 48.9), 51'i (% 46.6) ve 51'inde (% 53.7) anormal akıntı olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). BKİ gruplarının akıntı şekli bakımından benzer olduğu görülmüştür ($p=0.574$). Dismenore oranı BKİ gruplarında sırasıyla % 67.4 ($n=62$), % 48.2 ($n=53$) ve % 50.5 ($n=48$) olarak hesaplanmıştır. Normal kilodaki kadınlarda kilolu kadınlara göre dismenore oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Obez kadınlar ile diğer iki gruptaki kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Koku, yanma, kaşıntı vb. diğer semptomlar bakımından BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).



Tablo 6.2.4. Jinekolojik semptomların çalışma durumuna göre dağılımı

Semptomlar		Çalışmıyor n (%)	Çalışıyor n (%)	Test İstatistiği	p
Akıntı Şekli				1.941	0.164
	Normal	122 (49.0)	31 (59.6)		
	Anormal	127 (51.0)	21 (40.4)		
Kaşıntı				0.000	1.000
	Yok	175 (70.3)	37 (71.2)		
	Var	74 (29.7)	15 (28.8)		
Yanma				0.001	0.971
	Yok	195 (78.3)	40 (76.9)		
	Var	54 (21.7)	12 (23.1)		
Koku				0.633	0.426
	Yok	175 (70.3)	40 (76.9)		
	Var	74 (29.7)	12 (23.1)		
Pelvik Ağrı				0.633	0.426
	Yok	150 (60.2)	35 (67.3)		
	Var	99 (39.8)	17 (32.7)		
Disparanoya				1.246	0.264
	Yok	164 (65.9)	39 (75.0)		
	Var	85 (34.1)	13 (25.0)		
Vajinal duş				11.045	0.001
	Yok	80 (32.1)	30 (57.7)		
	Var	169 (67.9)	22 (42.3)		
Dizürü				0.000	0.999
	Yok	203 (81.5)	43 (82.7)		
	Var	46 (18.5)	9 (17.3)		
Adet düzensizliği				0.051	0.821
	Yok	146 (58.6)	29 (55.8)		
	Var	103 (41.4)	23 (44.2)		
Dismenore				0.000	1.000
	Yok	112 (45.0)	23 (44.2)		
	Var	137 (55.0)	29 (55.8)		
PMS				0.860	0.354
	Yok	81 (32.5)	21 (40.4)		
	Var	168 (67.5)	31 (59.6)		

Katılımcıların çalışma durumuna göre jinekolojik semptomlar incelendiğinde çalışmayan katılımcıların % 51.0'inde (n=127), çalışan katılımcıların % 40.4'ünde (n=21) anormal akıntı olduğu görülmüştür (Tablo 7). Çalışma durumuna göre anormal akıntı gözlenme oranlarının benzer olduğu belirlenmiştir (p=0.164). Vajinal duş yapan kadınların oranları çalışmayanlar içinde % 67.9 (n=169); çalışanlar içinde % 42.3 (n=22) olarak elde edilmiştir. Çalışmayan kadınlarda vajinal duş yapanların oranı çalışan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.001). Kaşıntı, yanma, koku, pelvik ağrı vb. diğer semptomlarda kadınların çalışma durumuna göre bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

Tablo 6.2.5. Jinekolojik semptomların öğrenim durumuna göre dağılımı

Semptomlar		İlkokul n (%)	Ortaokul n (%)	Lise n (%)	Üniversite n (%)	Test İstatistik tiği	p
Akıntı Şekli						9.195	0.027
	Normal	70 (45.5)	30 (46.2)	28 (60.9)	25 (69.4)		
	Anormal	84 (54.5)	35 (53.8)	18 (39.1)	11 (30.6)		
Kaşıntı						3.427	0.330
	Yok	104 (67.5)	44 (67.7)	37 (80.4)	27 (75.0)		
	Var	50 (32.5)	21 (32.3)	9 (19.6)	9 (25.0)		
Yanma						4.102	0.251
	Yok	115 (4.7)	50 (76.9)	38 (82.6)	32 (88.9)		
	Var	39 (25.3)	15 (23.1)	8 (17.4)	4 (11.1)		
Koku						5.877	0.118
	Yok	104 (67.5)	44 (67.7)	38 (82.6)	29 (80.6)		
	Var	50 (32.5)	21 (32.3)	8 (17.4)	7 (19.4)		
Pelvik Ağrı						8.503	0.037
	Yok	84 (54.5) ¹	41 (63.1)	32 (69.6)	28 (77.8) ¹		
	Var	70 (45.5)	24 (36.9)	14 (30.4)	8 (22.2)		
Disparanoya						8.547	0.036
	Yok	97 (63.0) ¹	41 (63.1)	34 (73.9)	31 (86.1) ¹		
	Var	57 (37.0)	24 (36.9)	12 (26.1)	5 (13.9)		
Vajinal duş						23.530	<0.001
	Yok	45 (29.2) ¹	22 (33.8) ²	17 (37.0) ³	26 (72.2) ^{1,2,3}		
	Var	109 (70.8)	43 (66.2)	29 (63.0)	10 (27.8)		
Dizürü						6.208	0.102
	Yok	118 (76.6)	56 (86.2)	39 (84.8)	33 (91.7)		
	Var	36 (23.4)	9 (13.8)	7 (15.2)	3 (8.3)		
Adet düzensizliği						2.935	0.402
	Yok	93 (60.4)	32 (49.2)	27 (58.7)	23 (63.9)		
	Var	61 (39.6)	33 (50.8)	19 (41.3)	13 (36.1)		
Dismenore						1.785	0.618
	Yok	71 (46.1)	28 (43.1)	23 (50.0)	13 (36.1)		
	Var	83 (53.9)	37 (56.9)	23 (50.0)	23 (63.9)		
PMS						2.963	0.397
	Yok	53 (34.4)	17 (26.2)	19 (41.3)	13 (36.1)		
	Var	101 (65.6)	48 (73.8)	27 (58.7)	23 (63.9)		

^{1,2,3} p<0.005

İlkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu kadınlarda anormal akıntı gözlenme oranı sırasıyla % 54.5 (n=84), % 53.8 (n=35), % 39.1 (n=18) ve % 30.6 (n=11) olarak hesaplanmıştır. Genel karşılaştırmada en az bir öğrenim grubunun diğerlerinden farklı olduğu (p=0.027) bulunsa da ikili karşılaştırmalar sonucunda öğrenim durumuna göre anormal akıntı gözlenme oranları arasında fark olmadığı görülmüştür Pelvik ağrı ve

disparanoyanın sadece üniversite mezunlarında ilkökul mezunlarına göre daha az görülmüştür. Vajinal duş yapan kadın oranının üniversite mezunlarında ilkökul-ortaokul-lise mezunu kadınlara göre daha düşük olduğu (p<0.05) belirlenmiştir. Diğer semptomlar bakımından öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 6.2.6. Jinekolojik semptomların hastalık varlığına göre dağılımı

Semptomlar		Yok n (%)	Var n (%)	Test İstatistiği	p
Akıntı Şekli				0.191	0.662
	Normal	128 (51.4)	25 (48.1)		
	Anormal	121 (48.6)	27 (51.9)		
Kaşıntı				0.086	0.646
	Yok	174 (69.9)	38 (73.1)		
	Var	75 (30.1)	14 (26.9)		
Yanma				0.001	0.971
	Yok	195 (78.3)	40 (76.9)		
	Var	54 (21.7)	12 (23.1)		
Koku				2.455	0.117
	Yok	183 (73.5)	32 (61.5)		
	Var	66 (26.5)	20 (38.5)		
Pelvik Ağrı				0.209	0.647
	Yok	155 (62.2)	30 (57.7)		
	Var	94 (37.8)	22 (42.3)		
Disparanoya				0.217	0.642
	Yok	166 (66.7)	37 (71.2)		
	Var	83 (33.3)	15 (28.8)		
Vajinal duş				1.226	0.268
	Yok	87 (34.9)	23 (44.2)		
	Var	162 (65.1)	29 (55.8)		
Dizürü				0.155	0.694
	Yok	205 (82.3)	41 (78.8)		
	Var	44 (17.7)	11 (21.2)		
Adet düzensizliği				1.331	0.249
	Yok	149 (59.8)	26 (50.0)		
	Var	100 (40.2)	26 (50.0)		
Dismenore				0.130	0.718
	Yok	110 (44.2)	25 (48.1)		
	Var	139 (55.8)	27 (51.9)		
PMS				2.470	0.116
	Yok	79 (31.7)	23 (44.2)		
	Var	170 (68.3)	29 (55.8)		

Hastalık varlığına göre jinekolojik semptomlar incelendiğinde hastalığı olan ve olmayan kadınlarda semptomlar bakımından bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05, Tablo 9).

Tablo 6.2.7. Jinekolojik semptomların sürekli ilaç kullanımına göre dağılımı

Semptomlar		Yok n (%)	Var n (%)	Test İstatistiği	p
Akıntı Şekli				0.345	0.557
	Normal	128 (51.6)	25 (47.2)		
	Anormal	120 (48.4)	28 (52.8)		
Kaşıntı				0.151	0.698
	Yok	173 (69.8)	39 (73.6)		
	Var	75 (30.2)	14 (26.4)		
Yanma				0.000	1.000
	Yok	194 (78.2)	41 (77.4)		
	Var	54 (21.8)	12 (22.6)		
Koku				3.220	0.073
	Yok	183 (73.8)	32 (60.4)		
	Var	65 (26.2)	21 (39.6)		
Pelvik Ağrı				0.416	0.519
	Yok	155 (62.5)	30 (56.6)		
	Var	93 (37.5)	23 (43.4)		
Disparanoya				0.060	0.807
	Yok	166 (66.9)	37 (69.8)		
	Var	82 (33.1)	16 (30.2)		
Vajinal duş				1.685	0.194
	Yok	86 (34.7)	24 (45.3)		
	Var	162 (65.3)	29 (54.7)		
Dizürü				0.102	0.749
	Yok	204 (82.3)	42 (79.2)		
	Var	44 (17.7)	11 (20.8)		
Adet düzensizliği				1.751	0.186
	Yok	149 (60.1)	26 (49.1)		
	Var	99 (39.9)	27 (50.9)		
Dismenore				0.049	0.824
	Yok	110 (44.4)	25 (47.2)		
	Var	138 (55.6)	28 (52.8)		
PMS				2.107	0.147
	Yok	79 (31.9)	23 (43.4)		
	Var	169 (68.1)	30 (56.6)		

Sürekli ilaç kullanan ve kullanmayan kadınlarda jinekolojik semptomlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 11).

Tablo 6.2.8. Jinekolojik semptomların sigara kullanımına göre dağılımı

Semptomlar		Yok n (%)	Var n (%)	Test İstatistiği	p
Akıntı Şekli				0.000	1.000
	Normal	132 (50.8)	19 (50.0)		
	Anormal	128 (49.2)	19 (50.0)		
Kaşıntı				0.000	1.000
	Yok	183 (70.4)	27 (71.1)		
	Var	77 (29.6)	11 (28.9)		
Yanma				0.008	0.929
	Yok	204 (78.5)	29 (76.3)		
	Var	56 (21.5)	9 (23.7)		
Koku				0.000	1.000
	Yok	185 (71.2)	27 (71.1)		
	Var	75 (28.8)	11 (28.9)		
Pelvik Ağrı				0.064	0.801
	Yok	160 (61.5)	22 (57.9)		
	Var	100 (38.5)	16 (42.1)		
Disparanoya				3.617	0.057
	Yok	181 (69.6)	20 (52.6)		
	Var	79 (30.4)	18 (47.4)		
Vajinal duş				0.333	0.564
	Yok	93 (35.8)	16 (42.1)		
	Var	167 (64.2)	22 (57.9)		
Dizürü				0.047	0.828
	Yok	213 (81.9)	30 (78.9)		
	Var	47 (18.1)	8 (21.1)		
Adet düzensizliği				2.576	0.108
	Yok	156 (60.0)	17 (44.7)		
	Var	104 (40.0)	21 (55.3)		
Dismenore				0.010	0.921
	Yok	117 (45.0)	18 (47.4)		
	Var	143 (55.0)	20 (52.6)		
PMS				1.648	0.199
	Yok	93 (35.8)	9 (23.7)		
	Var	167 (64.2)	29 (76.3)		

Sigara kullanan ve kullanmayan kadınlarda jinekolojik semptomlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$, Tablo 10).

Tablo 6.2.9. Jinekolojik semptomların ilk gebelik yaşı gruplarına göre dağılımı

Semptomlar		14-25 n (%)	25-40 n (%)	Test İstatistiği	p
Akıntı Şekli				0.689	0.406
	Normal	119 (49.8)	19 (59.4)		
	Anormal	120 (50.2)	13 (40.6)		
Kaşıntı				0.645	0.422
	Yok	166 (69.5)	25 (78.1)		
	Var	73 (30.5)	7 (21.9)		
Yanma				0.000	1.000
	Yok	186 (77.8)	25 (78.1)		
	Var	53 (22.2)	7 (21.9)		
Koku				0.003	0.959
	Yok	174 (72.8)	24 (75.0)		
	Var	65 (27.2)	8 (25.0)		
Pelvik Ağrı				1.789	0.181
	Yok	138 (57.7)	23 (71.9)		
	Var	101 (42.3)	9 (28.1)		
Disparanoya				0.008	0.927
	Yok	163 (68.2)	21 (65.6)		
	Var	76 (31.8)	11 (34.4)		
Vajinal duş				2.074	0.150
	Yok	84 (35.1)	16 (50.0)		
	Var	155 (64.9)	16 (50.0)		
Dizürü				1.143	0.285
	Yok	194 (81.2)	29 (90.6)		
	Var	45 (18.8)	3 (9.4)		
Adet düzensizliği				0.495	0.482
	Yok	137 (57.3)	21 (65.6)		
	Var	102 (42.7)	11 (34.4)		
Dismenore				1.266	0.261
	Yok	105 (43.9)	18 (56.3)		
	Var	134 (56.1)	14 (43.7)		
PMS				3.592	0.058
	Yok	75 (31.4)	16 (50.0)		
	Var	164 (68.6)	16 (50.0)		

İlk gebelik yaşı 14-25 ve 25-40 yaş grubunda olan kadınlarında anormal akıntı gözlenme oranı % 50.2 (n=120) ve % 40.6 (n=13) olarak elde edilmiştir (Tablo 12). 14-25 yaş grubunda kaşıntı, yanma ve koku gözlenme oranı sırasıyla % 30.5 (n=73), % 22.2 (n=53) ve % 27.2 (n=65)'dir. İlk gebelik yaşı gruplarında jinekolojik semptomlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.2.10. Jinekolojik semptomların toplam gebelik sayısı gruplarına göre dağılımı

Semptomlar	0 n (%)	1 n (%)	2 ve üzeri n (%)	Test İstatistiği	p
Akıntı Şekli				0.144	0.931
Normal	15 (50.0)	23 (53.5)	115 (50.4)		
Anormal	15 (50.0)	20 (46.5)	113 (49.6)		
Kaşıntı				0.229	0.892
Yok	21 (70.0)	29 (67.4)	162 (71.1)		
Var	9 (30.0)	14 (32.6)	66 (28.9)		
Yanma				0.109	0.947
Yok	24 (80.0)	33 (76.7)	178 (78.1)		
Var	6 (20.0)	10 (23.3)	50 (21.9)		
Koku				3.897	0.142
Yok	17 (56.7)	33 (76.7)	165 (72.4)		
Var	13 (43.3)	10 (23.3)	63 (27.6)		
Pelvik Ağrı				6.302	0.043
Yok	24 (80.0)	22 (51.2)	139 (61.0)		
Var	6 (20.0)	21 (48.8)	89 (39.0)		
Disparanoya				0.666	0.717
Yok	19 (63.3)	31 (72.1)	153 (67.1)		
Var	11 (36.7)	12 (27.9)	75 (32.9)		
Vajinal duş				3.289	0.193
Yok	10 (33.3)	21 (48.8)	79 (34.6)		
Var	20 (66.7)	22 (51.2)	149 (65.4)		
Dizürü				0.642	0.726
Yok	23 (76.7)	36 (83.7)	187 (82.0)		
Var	7 (23.3)	7 (16.3)	41 (18.0)		
Adet düzensizliği				1.100	0.577
Yok	17 (56.7)	22 (51.2)	136 (59.6)		
Var	13 (43.3)	21 (48.8)	92 (40.4)		
Dismenore				1.699	0.428
Yok	12 (40.0)	16 (37.2)	107 (46.9)		
Var	18 (60.0)	27 (62.8)	121 (53.1)		
PMS				0.139	0.933
Yok	11 (36.7)	14 (32.6)	77 (33.8)		
Var	19 (63.3)	29 (67.4)	151 (66.2)		

Toplam gebelik sayısı sıfır, bir ve birden fazla olan kadınlarda anormal akıntı oranı % 50.0 (n=15), % 46.5 (n=20) ve % 49.6 (n=113) olarak hesaplanmıştır (Tablo 13). Toplam gebelik sayısı gruplarında akıntı şekline göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p=0.931). Pelvik ağrı oranlarında genel karşılaştırmada bir fark tespit edilse de (p=0.043), ikili karşılaştırmalar sonucunda oranların birbirine benzer olduğu görülmüştür (p>0.05). Diğer jinekolojik semptomlar açısından da grupların benzer olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.2.11. Jinekolojik semptomların doğum sayısı gruplarına göre karşılaştırılması

Semptomlar	0 n (%)	1 n (%)	2 ve üzeri n (%)	Test İstatistiği	p
Akıntı Şekli				0.110	0.947
Normal	29 (52.7)	21 (51.2)	103 (50.2)		
Anormal	26 (47.3)	20 (48.8)	102 (49.8)		
Kaşıntı				0.795	0.672
Yok	37 (67.3)	31 (75.6)	144 (70.2)		
Var	18 (32.7)	10 (24.4)	61 (29.8)		
Yanma				0.151	0.927
Yok	44 (80.0)	32 (78.0)	159 (77.6)		
Var	11 (20.0)	9 (22.0)	46 (22.4)		
Koku				5.153	0.076
Yok	34 (61.8)	34 (82.9)	147 (71.7)		
Var	21 (38.2)	7 (17.1)	58 (28.3)		
Pelvik Ağrı				1.932	0.381
Yok	38 (69.1)	23 (56.1)	124 (60.5)		
Var	17 (30.9)	18 (43.9)	81 (39.5)		
Disparanoya				0.060	0.970
Yok	37 (67.3)	27 (65.9)	139 (67.8)		
Var	18 (32.7)	14 (34.1)	66 (32.2)		
Vajinal duş				0.571	0.752
Yok	22 (40.0)	16 (39.0)	72 (35.1)		
Var	33 (60.0)	25 (61.0)	133 (64.9)		
Dizürü				0.049	0.976
Yok	45 (81.8)	34 (82.9)	167 (81.5)		
Var	10 (18.2)	7 (17.1)	38 (18.5)		
Adet düzensizliği				1.767	0.413
Yok	32 (58.2)	20 (48.8)	123 (60.0)		
Var	23 (41.8)	21 (51.2)	82 (40.0)		
Dismenore				7.008	0.030
Yok	21 (38.2)	12 (29.3)	102 (49.8)		
Var	34 (61.8)	29 (70.7)	103 (50.2)		
PMS				2.131	0.345
Yok	18 (32.7)	10 (24.4)	74 (36.1)		
Var	37 (67.3)	31 (75.6)	131 (63.9)		

Hiç doğum yapmamış, bir doğum yapmış ve birden fazla doğum yapmış kadınlarda dismenore oranları sırasıyla % 61.8 (n=34), % 70.7 (n=29) ve % 50.2 (n=103) olarak elde edilmiştir (Tablo 14). Dismenore oranları ikili karşılaştırıldığında oranların benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Diğer semptomlar bakımından da 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 6.2.12. Jinekolojik semptomların yaşayan sayısı gruplarına göre dağılımı

Semptomlar	0 n (%)	1 n (%)	2 ve üzeri n (%)	Test İstatistiği	p
Akıntı Şekli				0.176	0.916
Normal	29 (52.7)	22 (52.4)	102 (50.0)		
Anormal	26 (47.3)	20 (47.6)	102 (50.0)		
Kaşıntı				0.943	0.624
Yok	37 (67.3)	32 (76.2)	143 (70.1)		
Var	18 (32.7)	10 (23.8)	61 (29.9)		
Yanma				0.172	0.918
Yok	44 (80.0)	33 (78.6)	158 (77.5)		
Var	11 (20.0)	9 (21.4)	46 (22.5)		
Koku				5.408	0.067
Yok	34 (61.8)	35 (83.3)	146 (71.6)		
Var	21 (38.2)	7 (16.7)	58 (28.4)		
Pelvik Ağrı				2.187	0.335
Yok	38 (69.1)	23 (54.8)	124 (60.8)		
Var	17 (30.9)	19 (45.2)	80 (39.2)		
Disparanoya				0.236	0.889
Yok	37 (67.3)	27 (64.3)	139 (68.1)		
Var	18 (32.7)	15 (35.7)	65 (31.9)		
Vajinal duş				0.830	0.660
Yok	22 (40.0)	17 (40.5)	71 (34.8)		
Var	33 (60.0)	25 (59.5)	133 (65.2)		
Dizürü				0.090	0.956
Yok	45 (81.8)	35 (83.3)	166 (81.4)		
Var	10 (18.2)	7 (16.7)	38 (18.6)		
Adet düzensizliği				2.299	0.317
Yok	32 (58.2)	20 (47.6)	123 (60.3)		
Var	23 (41.8)	22 (52.4)	81 (39.7)		
Dismenore				6.059	0.048
Yok	21 (38.2)	13 (31.0)	101 (49.5)		
Var	34 (61.8)	29 (69.0)	103 (50.5)		
PMS				2.456	0.293
Yok	18 (32.7)	10 (23.8)	74 (36.3)		
Var	37 (67.3)	32 (76.2)	130 (63.7)		

Yaşayan çocuğu olmayan, bir tane yaşan çocuğu olan ve birden fazla yaşayan çocuğu olan kadınlarda anormal akıntı görülme oranı sırasıyla % 47.3 (n=26), % 47.6 (n=20) ve % 50.0 (n=102) olarak elde edilmiştir (Tablo 15). Akıntı şekli bakımından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.916). Dismenore için genel karşılaştırmada $p<0.05$ olarak elde edilmiştir ancak ikili karşılaştırmalarda oranların benzer olduğu görülmüştür ($p>0.05$). Diğer jinekolojik semptomlar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 6.2.13. Jinekolojik semptomların düşük ve küretaj olma durumuna göre dağılımı

Semptomlar		Yok n (%)	Var n (%)	Test İstatistiği	p
Akıntı Şekli	Normal	76 (50.0)	77 (51.7)	0.085	0.771
	Anormal	76 (50.0)	72 (48.3)		
Kaşıntı	Yok	108 (71.1)	104 (69.8)	0.057	0.812
	Var	44 (28.9)	45 (30.2)		
Yanma	Yok	116 (76.3)	119 (79.9)	0.554	0.457
	Var	36 (23.7)	30 (20.1)		
Koku	Yok	103 (67.8)	112 (75.2)	2.021	0.155
	Var	49 (32.2)	37 (24.8)		
Pelvik Ağrı	Yok	102 (67.1)	83 (55.7)	4.129	0.042
	Var	50 (32.9)	66 (44.3)		
Disparanoya	Yok	102 (67.1)	101 (67.8)	0.016	0.900
	Var	50 (32.9)	48 (32.2)		
Vajinal duş	Yok	58 (38.2)	52 (34.9)	0.345	0.557
	Var	94 (61.8)	97 (65.1)		
Dizürü	Yok	122 (80.3)	124 (83.2)	0.441	0.507
	Var	30 (19.7)	25 (16.8)		
Adet düzensizliği	Yok	87 (57.2)	88 (59.1)	0.103	0.748
	Var	65 (42.8)	61 (40.9)		
Dismenore	Yok	67 (44.1)	68 (45.6)	0.074	0.786
	Var	85 (55.9)	81 (54.4)		
PMS	Yok	53 (34.9)	49 (32.9)	0.132	0.716
	Var	99 (65.1)	100 (67.1)		

Düşük yapmış veya küretaj olmuş kadınlarda anormal akıntı, kaşıntı, yanma oranı sırasıyla % 48.3 (n=72), % 30.2 (n=45) ve % 20.1 (n=30)'dir (Tablo 16). Düşük yapmamış veya küretaj olmamış kadınlarda ilgili oranlar % 50.0 (n=76), % 28.9 (n=44) ve %23.7 (n=36) olarak elde edilmiştir. Pelvik ağrı dışındaki jinekolojik semptomlar için iki grubun birbirine benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Düşük yapmış veya küretaj olmuş kadınlarda pelvik ağrı oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0.042$).

Tablo 6.2.14. Jinekolojik semptomların son doğum şekline göre dağılımı

Semptomlar		Normal n (%)	Sezaryen n (%)	Test İstatistiği	p
Akıntı Şekli				5.823	0.016
	Normal	53 (42.4)	71 (57.7)		
	Anormal	72 (57.6)	52 (42.3)		
Kaşıntı				0.411	0.522
	Yok	91 (72.8)	85 (69.1)		
	Var	34 (27.2)	38 (30.9)		
Yanma				0.277	0.599
	Yok	99 (79.2)	94 (76.4)		
	Var	26 (20.8)	29 (23.6)		
Koku				3.175	0.075
	Yok	85 (68.0)	96 (78.0)		
	Var	40 (32.0)	27 (22.0)		
Pelvik Ağrı				1.416	0.234
	Yok	70 (56.0)	78 (63.4)		
	Var	55 (44.0)	45 (36.6)		
Disparanoya				0.050	0.823
	Yok	85 (68.0)	82 (66.7)		
	Var	40 (32.0)	41 (33.3)		
Vajinal duş				0.573	0.449
	Yok	42 (33.6)	47 (38.2)		
	Var	83 (66.4)	76 (61.8)		
Dizürü				2.916	0.088
	Yok	108 (86.4)	95 (77.2)		
	Var	17 (13.6)	28 (22.8)		
Adet düzensizliği				0.133	0.715
	Yok	74 (59.2)	70 (56.9)		
	Var	51 (40.8)	53 (43.1)		
Dismenore				1.645	0.200
	Yok	63 (50.4)	52 (42.3)		
	Var	62 (49.6)	71 (57.7)		
PMS				0.510	0.475
	Yok	45 (36.0)	39 (31.7)		
	Var	80 (64.0)	84 (68.3)		

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınlarda anormal akıntı gözlenme oranı sırasıyla % 57.6 (n=72) ve % 42.3 (n=52) olarak hesaplanmıştır (Tablo 17). Normal doğum yapanlarda anormal akıntı gözlenme oranı sezaryen doğum yapanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.016). Diğer jinekolojik semptomlarda doğum şekline göre bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

6.3. Kadınların depresyon durumlarına ilişkin bulgular

301 kadının Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanı ortalaması 15.38 ± 9.93 , ortancası 13.00 (min-mak:0.0 - 52.0) olarak hesaplanmıştır. 0-17 puan depresyon yok, 18 ve üzeri puan depresyon var şeklinde gruplandırıldığında 102 (% 33.9) kadında depresyon olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.3.1. Sosyodemografik özelliklerine göre depresyon durumlarının karşılaştırılması

		Depresyon Yok n (%)	Depresyon Var n (%)	Test İstatistiği	p
Yaş Grubu				2.258	0.323
	18-25	31 (58.5)	22 (41.5)		
	26-35	76 (70.4)	32 (29.6)		
	36 ve üzeri	92 (65.7)	48 (34.3)		
Medeni Durum				—	0.231
	Evli	193 (66.8)	96 (33.2)		
	Bekar- Boşanmış-Dul	6 (50.0)	6 (50.0)		
Öğrenim Durumu				8.272	0.041
	İlkokul	91 (59.1)	63 (40.9) ^{1,2,3}		
	Ortaokul	45 (69.2)	20 (30.8) ¹		
	Lise	34 (73.9)	12 (26.1) ²		
	Üniversite	29 (80.6)	7 (19.4) ³		
Çalışma Durumu				0.467	0.494
	Çalışıyor	162 (65.1)	87 (34.9)		
	Çalışmıyor	37 (71.2)	15 (28.8)		
Gelir Durumu				0.694	0.707
	Gelir giderden az	48 (62.3)	29 (37.7)		
	Gelir gidere denk	131 (67.2)	64 (32.8)		
	Gelir giderden fazla	20 (69.0)	9 (31.0)		
İkamet Yeri				3.179	0.365
	İl	151 (68.3)	70 (31.7)		
	İlçe	31 (60.8)	20 (39.2)		
	Kasaba	6 (75.0)	2 (25.0)		
	Köy	11 (52.4)	10 (47.6)		
Aile Tipi				0.000	1.000
	Çekirdek	162 (66.7)	81 (33.3)		
	Geniş	37 (67.3)	18 (32.7)		
Sağlık Güvencesi				2.291	0.130
	Yok	12 (50.0)	12 (50.0)		
	Var	187 (67.5)	90 (32.5)		

Beck depresyon ölçeği için Cronbach alfa 0.864 olarak elde edilmiştir. Buna göre ölçek maddelerinin iç tutarlılığı yüksektir.

301 kadının Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanı ortalaması 15.38 ± 9.93 , ortancası 13.00 (min-mak:0.0 - 52.0) olarak hesaplanmıştır. 0-17 puan depresyon yok, 18 ve üzeri puan depresyon var şeklinde gruplandırıldığında 102 (% 33.9) kadında depresyon olduğu belirlenmiştir.

18-25, 26-35 ve 35 üzeri yaş gruplarında depresyon oranı % 41.5 (n=22), % 26.6 (n=32) ve % 34.3 (n=48) olarak hesaplanmıştır (Tablo 4). Yaş gruplarında depresyon gözlenme oranlarının benzer olduğu görülmüştür ($p=0.323$). Öğrenim durumuna göre depresyon oranları karşılaştırıldığında ilkokul mezunlarda diğer üç gruba göre depresyon oranının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 6.3.2. Eşlerin sosyodemografik özelliklerine göre depresyon durumlarının karşılaştırılması

	Depresyon Yok n (%)	Depresyon Var n (%) Sayı (n)	Test İstatistiği Yüzde (%)	P
Eşin Öğrenim Durumu			9.635	0.022
İlkokul	66 (56.9)	50 (43.1) ^{1,2,3}		
Ortaokul	37 (63.8)	21 (36.2) ¹		
Lise	58 (75.3)	19 (24.7) ²		
Üniversite	38 (76.0)	12 (24.0) ³		
Eşin Çalışma Durumu			0.517	0.472
Çalışmıyor	10 (55.6)	8 (44.4)		
Çalışıyor	189 (66.8)	94 (33.2)		

Eşin öğrenim durumuna göre depresyon oranları incelendiğinde, eşi ilkokul mezunu olan kadınlarda diğer kadınlara göre daha fazla depresyon görüldüğü belirlenmiştir ($p<0.05$)

Tablo 6.3.3. Sağlık durumu özelliklerine göre depresyon durumlarının karşılaştırılması

		Depresyon Yok n (%)	Depresyon Var n (%)	Test İstatistiği	P
			Sayı (n)	Yüzde (%)	
BKI Grup				4.286	0.117
	Normal	56 (60.9)	36 (39.1)		
	Kilolu	81 (73.6)	29 (26.4)		
	Obez	60 (63.2)	35 (36.8)		
Sigara kullanımı				7.523	0.006
	Yok	179 (68.8)	81 (31.2)		
	Var	17 (44.7)	21 (55.3)		
Hastalık varlığı				0.000	1.000
	Yok	165 (66.3)	84 (33.7)		
	Var	34 (65.4)	18 (34.6)		
Sürekli İlaç Kullanımı				0.000	1.000
	Yok	164 (66.1)	84 (33.9)		
	Var	35 (66.0)	18 (34.0)		

Sigara içenlerde ve içmeyenlerde depresyon oranı %55.3 (n=21) ve %31.2 (n=81) olarak elde edilmiştir. Sigara içenlerde içmeyenlere göre depresyon oranı anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.006).

Tablo 6.3.4. Obstetrik özelliklerine göre depresyon durumlarının karşılaştırılması

		Depresyon Yok n (%)	Depresyon Var n (%)	Test İstatistiği	P
İlk Gebelik Yaşı				0.801	0.371
	14-25	156 (65.3)	83 (34.7)		
	26-40	24 (75.0)	8 (25.0)		
Toplam Gebelik Sayısı				0.139	0.933
	0	19 (63.3)	11 (36.7)		
	1	29 (67.4)	14 (32.6)		
	2 ve daha fazla	151 (66.2)	77 (33.8)		
Doğum Sayısı				2.281	0.320
	0	36 (65.5)	19 (34.5)		
	1	23 (56.1)	18 (43.9)		
	2 ve daha fazla	140 (68.3)	65 (31.7)		
Yaşayan Çocuk Sayısı				3.002	0.223
	0	36 (65.5)	19 (34.5)		
	1	23 (54.8)	19 (45.2)		
	2 ve daha fazla	140 (68.6)	64 (31.4)		
Son Doğum Şekli				0.394	0.530
	Normal	85 (68.0)	40 (32.0)		
	Sezaryen	79 (64.2)	44 (35.8)		

Obstetrik özelliklerde depresyon durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.3.5. Depresyon durumuna göre jinekolojik semptomların dağılımı

Semptomlar		Yok n (%)	Var n (%)	Test İstatistiği	p
Akıntı Şekli				18.899	<0.001
	Normal	119 (59.8)	34 (33.3)		
	Anormal	80 (40.2)	68 (66.7)		
Kaşıntı				3.332	0.068
	Yok	147 (73.9)	65 (63.7)		
	Var	52 (26.1)	37 (36.3)		
Yanma				2.750	0.097
	Yok	161 (80.9)	74 (72.5)		
	Var	38 (19.1)	28 (27.5)		
Koku				12.012	0.001
	Yok	155 (77.9)	60 (58.8)		
	Var	44 (22.1)	42 (41.2)		
Pelvik Ağrı				4.729	0.030
	Yok	131 (65.8)	54 (52.9)		
	Var	68 (34.2)	48 (47.1)		
Disparanoya				9.389	0.002
	Yok	146 (73.4)	57 (55.9)		
	Var	53 (26.6)	45 (44.1)		
Vajinal duş				2.519	0.113
	Yok	79 (39.7)	31 (30.4)		
	Var	120 (60.3)	71 (69.9)		
Dizürü				2.855	0.091
	Yok	168 (84.4)	78 (76.5)		
	Var	31 (15.6)	24 (23.5)		
Adet düzensizliği				4.200	0.040
	Yok	124 (62.3)	51 (50.0)		
	Var	75 (37.7)	51 (50.0)		
Dismenore				0.033	0.855
	Yok	90 (45.2)	45 (44.1)		
	Var	109 (54.8)	57 (55.9)		
PMS				0.013	0.911
	Yok	67 (33.7)	35 (34.3)		
	Var	132 (66.3)	67 (65.7)		

Depresyonu olan ve olmayan katılımcılarda anormal akıntı gözlenme oranı sırasıyla % 66.7 (n=68) ve % 40.2 (n=80) olarak hesaplanmıştır (Tablo 18). Depresyonda olanlarda olmayanlara göre bu oranını anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Benzer şekilde depresyonu olan katılımcılarda koku, pelvik ağrı, disparanoya ve adet düzensizliğinin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Kaşıntı, yanma, vajinal duş, dizürü, dismenore ve PMS bakımından depresyona durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.3.6. BDÖ puanının jinekolojik semptomlara etkisi

Semptomlar	Odds Ratio	Wald İstatistiği	% 95 Güven Aralığı	p
Akıntı Şekli	1.056	17.553	1.029 - 1.083	<0.001
Kaşıntı	1.030	5.711	1.005 - 1.056	0.017
Yanma	1.030	4.918	1.003 - 1.058	0.027
Koku	1.039	9.306	1.014 - 1.065	0.002
Pelvik Ağrı	1.037	9.120	1.013 - 1.062	0.003
Disparanoya	1.049	14.466	1.024 - 1.075	<0.001
Vajinal duş	1.029	4.787	1.003 - 1.055	0.029
Dizürü	1.033	5.349	1.005 - 1.062	0.021
Adet düzensizliği	1.035	8.056	1.011 - 1.060	0.005
Dismenore	1.017	2.070	0.994 - 1.041	0.150
PMS	1.012	0.961	0.988 - 1.038	0.327

Katılımcıların BDÖ puanlarının jinekolojik semptomlara etkisi incelendiğinde, BDÖ puanının 1 birim artmasıyla akıntının anormal gözlenme olasılığının % 5.6 (% 95 GA: % 2.9 - % 8.3); kaşıntı gözlenme olasılığının % 3.0 (% 95 GA: % 0.5 - % 5.6); yanma gözlenme olasılığının % 3.0 (%95 GA: % 0.3 - % 5.8) ve koku gözlenme olasılığının % 3.9 (% 95 GA: % 1.4 - % 6.5) arttığı görülmüştür ($p<0.05$, Tablo 19). BDÖ puanının dismenore ve PMS gözlenme üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 6.3.7. Depresyon durumunun jinekolojik semptomlara etkisi

Semptomlar	Odds Ratio	Wald İstatistiği	% 95 Güven Aralığı	p
Akıntı Şekli	2.975	18.281	1.805 - 4.904	<0.001
Kaşıntı	1.609	3.306	0.964 - 2.687	0.069
Yanma	1.603	2.725	0.915 - 2.808	0.099
Koku	2.466	11.695	1.470 - 4.136	0.001
Pelvik Ağrı	1.712	4.690	1.052 - 2.786	0.030
Disparanoya	2.175	9.218	1.317 - 3.591	0.002
Vajinal duş	1.508	2.504	0.907 - 2.507	0.114
Dizürü	1.667	2.820	0.918 - 3.028	0.093
Adet düzensizliği	1.653	4.171	1.020 - 2.679	0.041
Dismenore	1.046	0.033	0.647 - 1.691	0.855
PMS	0.972	0.013	0.587 - 1.608	0.911

Depresyon görülen kadınlarda görülmeyen kadınlara göre akıntı şeklinin anormal olma olasılığının 2.975 kat (% 95 GA: 1.805 - 4.904); koku gözlenme olasılığının 2.466 kat (% 95 GA: 1.470 - 4.136); pelvik ağrı gözlenme olasılığının 1.712 kat (% 95 GA: 1.052 - 2.786); disparanoya gözlenme olasılığının 2.175 kat (% 95 GA: 1.317 - 3.591) ve adet düzensizliği gözlenme olasılığının 1.653 kat (% 95 GA: 1.020 - 2.679) fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 20). Kaşıntı, yanma, vajinal duş, dizürü, dismenore ve PMS durumu üzerinde depresyonun istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

7. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular şu başlıklar altında tartışılmıştır;

7.1. Kadınların jinekolojik sağlığına ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.2.1., Tablo 6.2.2., Tablo 6.2.3., Tablo 6.2.4., Tablo 6.2.5., Tablo 6.2.6., Tablo 6.2.7., Tablo 6.2.8., Tablo 6.2.9., Tablo 6.2.10., Tablo 6.2.11., Tablo 6.2.12., Tablo 6.2.13., Tablo 6.2.14.)

7.2. Kadınların depresyon durumlarına ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.3.1., Tablo 6.3.2., Tablo 6.3.3., Tablo 6.3.4.)

7.3. Kadınlarda depresyonun jinekolojik sağlığa etkilerine ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.3.5, Tablo 6.3.6, Tablo 6.3.7)

7.1. Kadınların jinekolojik sağılığına ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.2.1., Tablo 6.2.2., Tablo 6.2.3., Tablo 6.2.4., Tablo 6.2.5., Tablo 6.2.6., Tablo 6.2.7., Tablo 6.2.8., Tablo 6.2.9., Tablo 6.2.10., Tablo 6.2.11., Tablo 6.2.12., Tablo 6.2.13., Tablo 6.2.14.)

Araştırmaya katılan kadınlarda **vajinal akıntı** görölme oranları incelendiğinde; kadınların % 49.2'si anormal akıntı şikayetinin olduğunu ifade etmiştir. Bezircioğlu ve Öñiz' in (2004) yaptığı çalışmada kadınların %61.9'unun vajinal akıntı şikayeti ile Ana Çocuk Sağılığı ve Aile Planlaması Merkezine başvurdıklarını saptamıştır, Bezircioğlu ve Öñiz (12). Hadımlı ve arkadaşlarının (2012) İzmir'de yaptığı çalışmada kadınların %68.1'inde vajinal akıntı saptanmıştır, Hadımlı ve ark. (34). Öner'in (2002) Adana'da yaptığı çalışmada akıntı gözlenme oranı %54.6'dır, Öner (64). Aytaç'ın (2007) yaptığı çalışmada kadınlarda vajinal akıntı görölme oranını %42 olarak bulmuşlardır. Görüldüğü gibi literatürdeki veriler değışkenlik göstermektedir, Aytaç (9).

Araştırmaya katılan kadınların %29.6'sında **kaşıntı**, %21.9'unda **yanma** %28.6'sında **koku** şikayeti olduğu saptanmıştır. Bezircioğlu ve Öñiz' in (2004) yaptığı çalışmada kadınların %16.9'unun kaşıntı, %11.3'ünün yanma, %9.9'unun koku şikayeti ile Ana Çocuk Sağılığı ve Aile Planlaması Merkezine başvurdıklarını saptamıştır, Bezircioğlu ve Öñiz (12). Hadımlı ve arkadaşlarının (2012) İzmir'de yaptığı çalışmada kadınların %37.4'ünde kaşıntı, %41.8'inde yanma sorunu saptanmıştır, Hadımlı ve ark. (34). Öner'in (2002) Adana'da yaptığı çalışmada kadınların %39'unda kaşıntı şikayeti olduğu saptanmıştır, Öner (64).

Araştırmaya katılan kadınların %38.5'inde **pelvik ağrı** olduğu saptanmıştır. Öner'in (2002) Adana'da yaptığı çalışmasında kadınlarda pelvik ağrı görölme oranı %40.8'dir, Öner (64).

Araştırmaya katılan kadınların %32.6'sında **disparanoya** şikayeti vardır. Karaçam ve Çalışır'ın (2012) Aydın'da yaptığı çalışmada disparanoya görölme oranını 34.8 olarak bulmuşlardır, Karaçam ve Çalışır (39). Aytaç ve Eryılmaz'ın (2009) çalışmasında disparanoya oranını %42 bulmuşlardır, Aytaç ve Eryılmaz (8). Öner'in (2002)

Adana’da yaptığı çalışmada kadınlarda disparanoya görülme sıklığı %39.2 olarak bulunmuştur, Öner (64). Oranlar değişkenlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %63.5’i **vajinal duş** yaptığını ifade etmiştir. Benzer şekilde Çalışkan ve arkadaşlarının (1996) Ankara’da yaptığı çalışmada vajinal duş yapma oranını %63.2 olarak bulmuşlardır, Çalışkan ve ark. (18). Sunay ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada kadınların %59.4’ünün vajinal duş yaptığını saptanmıştır, Sunay ve ark. (79). Aytaç’ın (2007) yaptığı çalışmada kadınlarda VD uygulama oranını %66 olarak bulmuştur, Aytaç (9). Hadımlı ve arkadaşlarının (2012) İzmir’de yaptığı çalışmada kadınların %51.6’sının VD uyguladığını saptanmıştır, Hadımlı ve ark. (34).

Kadınların %18.3’ünde **dizüri** şikayeti bulunmaktadır. Öner’in (2002) Adana’da yaptığı çalışmada kadınlarda dizüri görülme sıklığı %36.5 olarak bulmuştur, Öner (64). Aytaç ve Eryılmaz’ın (2009) çalışmasında dizüri ve vulvada kızarıklık oranını %34 bulmuştur, Aytaç ve Eryılmaz (8).

Araştırmaya katılan kadınların %41.9’unda **adet düzensizliği** olduğu belirlenmiştir. Adıgüzel ve arkadaşlarının (2007) Manisa ilinde yaptığı çalışmada kadınların %39.5’inde adet düzensizliği saptanmıştır, Adıgüzel ve ark. (2). Benzer şekilde Agrawal et al (1990) çalışmasında jinekoloji polikliniğine başvuran hastalar arasında en fazla %40.9 oranında adet düzensizliği nedeniyle başvurdıkları saptanmıştır, Agrawal et al (3).

Araştırmaya katılan kadınların %55.9’unda **dismenore** şikayeti saptanmıştır. Demir ve arkadaşlarının (2006) Diyarbakır’da yaptığı çalışmada kadınların %82.3’ü adet sancısının olduğunu belirtmiştir, Demir ve ark. (21). Aykut ve arkadaşlarının (2007) Kayseri’de yaptığı çalışmada kadınların % 70.3’ünde dismenore olduğu bulunmuştur. Kadınların %58’i her adetinde ağrı olduğunu, %12.3’ü ise bazı adetlerinde ağrı olduğunu belirtmiştir, Aykut ve ark. (7). Kamacı ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışmada dismenore oranı %69 olarak bulunmuştur, Kamacı ve ark. (37). Öner’in

(2002) Adana’da yaptığı çalışmada kadınların %39.8’inde dismenore şikayeti saptanmıştır, Öner (64). Literatürdeki oranlar değişkenlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %66.1’inde **premenstrüel sendrom** olduğu saptanmıştır. Adıgüzel ve arkadaşlarının (2007) Manisa ilinde yaptığı çalışmada PMS görülme sıklığını %40.3 olarak bulunmuştur, Adıgüzel ve ark. (2). Sayalı ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmada PMS yakınmaları olan kadın oranı %78.5 olarak bulunmuştur, Sayalı ve ark. (76).

Araştırmaya katılan kadınların **sosyodemografik özelliklerine göre jinekolojik semptomlar** incelendiğinde; Çalışmaya katılan 301 kadının **yaş ortalaması** 34.33 ± 8.23 olup 30-39 yaş aralığındaki kadınların oranı %37.5’tir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre 30-39 yaş aralığındaki kadınların oranı %31’dir, TNSA 2013 (33). Bu çalışmada 30-39 yaş arasındaki kadın oranının daha yüksek olması, araştırma grubumuzun jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlardan oluşmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu yaş grubundaki kadınların vajinal şikayetler açısından daha fazla risk altında olduğu düşünülmektedir. Kısa (2007)’nin çalışmasında kadınlarda vajinal enfeksiyon görülme oranı 30-39 yaş aralığındaki grupta diğer yaş aralıklarına göre en fazla olduğu belirtilmiştir, Kısa (49).

Yaş gruplarına göre jinekolojik semptomlar incelendiğinde, 18-25, 26-35 ve 35 yaş üstünde anormal akıntısı olan kadınların oranı sırasıyla % 47.2 (n=25), % 51.9 (n=56) ve % 47.9 (n=67) olarak hesaplanmıştır. Anormal akıntı oranlarının yaş gruplarında benzer olduğu görülmüştür (p=0.782). Patel et al (2005) Güney Asya’da yaptıkları çalışmada genç yaşta olmanın vajinal akıntıyla anlamlı düzeyde ilişkisi olduğunu saptamıştır, Patel et al. (74). Yine Patel et al (2006) Hindistan’ın Goa eyaletinde yaptığı başka bir çalışmada yaş ve vajinal akıntı arasında anlamlı ilişki bulmuştur, Patel et al. (72).

Bu çalışmada yaş grupları arasında dismenore görülme oranlarının benzer olduğu belirlenmiştir (p>0.05). Aykut ve arkadaşlarının (2007) Kayseri’de yaptığı çalışmada

yaş ilerledikçe dismenore görülme sıklığının azaldığı, Özellikle 30 yaşından sonra belirgin oranda bir azalma olduğu bulunmuştur, Aykut ve ark. (7). Bu çalışmada 18-25 yaş grubunda dismenore görülme yüzdesi %64.2'dir. Benzer şekilde Erdoğan'ın (2013) 18-26 yaş arasındaki kadınlarda yaptığı çalışmada primer dismenore görülme oranını %64.2 olarak saptamıştır, Erdoğan (27).

Bu çalışmada yaş grupları ve PMS arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Kebapcılar ve arkadaşlarının (2012), Demir ve arkadaşlarının (2006), Erbil ve arkadaşlarının (2011), Sayalı ve arkadaşlarının (1998) çalışmalarında da sonuçlar aynı şekildedir, Kebapcılar ve ark. (44), Demir ve ark. (21), Erbil ve ark. (26), Sayalı ve ark. (76). Bu çalışmada 18-25 yaş aralığındaki kadınlarda PMS görülme oranı %71.7 olarak bulunmuştur. Kısa ve arkadaşlarının (2012) Gaziantep'te 18-26 yaş aralığındaki öğrencilere yaptığı çalışmada PMS yakınmalarının görülme oranını

Yaş arttıkça VD yapma oranı artmakta ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde Çalışkan ve arkadaşlarının (1996) Ankara'da yaptığı çalışmada VD uygulamasının artan yaşa paralel arttığı ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür, Çalışkan ve ark. (18).

Araştırmaya katılan kadınların **BKİ'lerine** göre gruplandırıldığında; %30.6'sı normal kilolu, %36.5'i kilolu, %31.6'sı obez grubundadır. TNSA 2013 verilerine göre kadınların %36.6'sı normal kilolu, %35.1'i kilolu, %26.2'si ise obezdir, TNSA 2013 (33). Veriler Türkiye oranlarına yakınlık göstermektedir. BKİ ve jinekolojik semptomlar arasındaki ilişkiye baktığımızda; dismenore oranı normal kilolu kadınlarda % 67.4 (n=62), kilolu kadınlarda % 48.2 (n=53) ve obez kadınlarda % 50.5 (n=48) olarak hesaplanmıştır. Normal kilodaki kadınlarda kilolu kadınlara göre dismenore oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Obez kadınlar ile diğer iki gruptaki kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde Erdoğan'ın (2013) çalışmasında kadınlar BKİ'lerine göre zayıf olanlar ve zayıf olmayanlar olarak 2 gruba ayrılmış ve zayıf olanların zayıf olmayanlara göre 2.4 kat daha fazla primer dismenore yaşadığı bulunmuştur, Erdoğan (27). Aykut ve arkadaşlarının (2007) Kayseri'de yaptığı çalışmada şişmanlığın

dismenore prevalansına etkisi önemli bulunmamıştır, Aykut ve ark. (7). Kamacı ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışmada BKİ ile dismenore arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmemiştir, Kamacı ve ark. (37).

Öğrenim durumuna göre vajinal akıntı incelendiğinde; anormal akıntı gözlenme oranları arasında fark olmadığı görülmüştür ($p<0.05$). Patel et al (2005) Güney Asya’da yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ve vajinal akıntı arasında ilişki bulunmamıştır, Patel et al (74). Fakat Ege ve Eryılmaz’ın (2006) çalışmasında anormal vajinal akıntı şikayeti ile öğrenim düzeyi düşüklüğü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır, Ege ve Eryılmaz (25). Patel et al (2006) Hindistan’ın Goa eyaletinde yaptığı çalışmada da eğitim ve vajinal akıntı arasında ilişki bulmuştur, Patel et al (72).

Bu çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça VD uygulama oranı azalmaktadır. Fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışkan ve arkadaşlarının (1996) Ankara’da yaptığı çalışmada öğrenim düzeyi yükseldikçe VD uygulama sıklığı anlamlı ölçüde azalmıştır, Çalışkan ve ark. (18). Sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Erbil ve arkadaşlarının (2011) ve Sayalı ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmalarda eğitim durumu ve PMS görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur, Erbil ve ark. (26), Sayalı ve ark. (76). Benzer şekilde bu çalışmada da öğrenim durumu ve PMS görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

Katılımcıların çalışma durumuna göre jinekolojik semptomlar incelendiğinde çalışmayan katılımcıların % 51.0’inde ($n=127$), çalışan katılımcıların % 40.4’ünde ($n=21$) anormal akıntı olduğu görülmüştür. Çalışma durumuna göre anormal akıntı gözlenme oranlarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p=0.164$). Patel et al (2005) Güney Asya’da yaptıkları çalışmada çalışıp çalışmama durumu ile vajinal akıntı arasında ilişki bulunmamıştır, Patel et al (74). Ege ve Eryılmaz’ın (2006) çalışmasında anormal vajinal akıntı ile bir işte çalışmama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır, Ege ve Eryılmaz (25).

Vajinal duş yapan kadınların oranları çalışmayanlar içinde % 67.9 (n=169); çalışanlar içinde % 42.3 (n=22) olarak elde edilmiştir. Çalışmayan kadınlarda vajinal duş yapanların oranı çalışan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.001). Çalışkan ve arkadaşlarının (1996) Ankara’da yaptığı çalışmada VD uygulama sıklığı çalışmayan kadınlarda çalışan kadınlara göre anlamlı derecede yükse bulunmuştur, alışkan ve ark. (18). Sunay ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada vajinal duş uygulaması düşük aylık gelir düzeyine sahip kadınlarda anlamlı düzeyde yükse bulunmuştur, Sunay ve ark. (79). Düşük gelir düzeyine sahip olma ile VD yapma arasında güçlü bir ilişki vardır.

Çalışmayan kadınlarda PMS grlme oranı çalışan kadınlara göre yüksektir. Fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Daşıkan ve arkadaşlarının (2014) İzmir’in demiş Bölgesinde yaptığı çalışmada, çalışmayan kadınlardaki PMS şikayetlerinin grlme oranı anlamlı düzeyde yükse bulunmuştur, Daşıkan ve ark. (20). Erbil ve arkadaşlarının (2011) Ordu’da yaptığı çalışmada çalışıp çalışmama ve PMS grlme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur, Erbil ve ark. (26). Sayalı ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmada ev hanımı ya da çalışıyor olmak gibi değişkenler ve PMS grlme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur, Sayalı ve ark. (76).

alışan kadınlarda dismenore oranı, çalışmayanlara göre yüksektir. Fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Benzer şekilde Aykut ve arkadaşlarının (2007) Kayseri’de yaptığı çalışmada çalışan kadınlarda dismenore oranı, çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde yükse bulunmuştur, Aykut ve ark. (7).

Sigara kullanan ve kullanmayan kadınlarda jinekolojik semptomlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0.05) Sigara kullanan kadınlarda PMS grlme sıklığı, kullanmayanlara göre daha yüksektir. Fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde Erbil ve arkadaşlarının (2011) Ordu’da yaptığı çalışmada sigara kullanımı ve PMS grlme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur, Erbil ve ark. (26). Demir ve

arkadaşlarının (2006) Diyarbakır’da yaptığı çalışmada ise sigara kullanma durumu ile PMS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Sigara kullanma sayısı arttıkça PMS görülme oranı artmaktadır, Demir ve ark. (21). Sigara kullanımı ve diğer jinekolojik semptomlar arasında ilişki bulunmamıştır.

Doğum sayısı ve jinekolojik semptomlar arasındaki ilişkiye baktığımızda; 1 doğum yapmış kadınlardaki dismenore oranı, 2 ve daha fazla doğum yapmış kadınlara göre yüksektir. Aykut ve arkadaşlarının (2007) Kayseri’de yaptığı çalışmada doğum sayısının dismenore sıklığını azalttığı ve aralarında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Aykut ve ark. (7). Doğum sayısı arttıkça dismenore görülme sıklığı azalmaktadır.

7.2. Kadınların depresyon durumlarına ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.3.1., Tablo 6.3.2., Tablo 6.3.3., Tablo 6.3.4.)

Bu çalışmada yaş grupları arasında depresyon gözlenme oranlarının benzer olduğu görülmüştür ($p=0.323$). Aynı şekilde Önen ve arkadaşlarının (1995), Kazancıoğlu ve arkadaşlarının (1998), Chaaya et al (2003) yaptıkları çalışmalarda yaş ve depresyon oranları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır, Chaaya et al (17), Kazancıoğlu ve ark. (43), Önen ve ark. (63). Bu çalışmadan farklı olarak Açık ve arkadaşlarının (2003) Elazığ’da yaptığı çalışmada yaş arttıkça depresyon görülme sıklığının arttığını belirtmiş fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamışlardır, Açık ve ark. (1).

Araştırmaya katılan kadınların %96’sı evlidir. Evli kadınlarda depresyon oranı %33.2 iken bekar-boşanmış ya da dul kadınlarda depresyon oranı %50’dir ($p>0.05$). Benzer şekilde Okyay ve arkadaşlarının (2012) Aydın’da yaptığı çalışmada evli kadınların %33.9 unda bekar-boşanmış ve dul kadınların %41.5 inde anksiyete ve depresyon belirtileri olduğu bulunmuş fakat fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır, Okyay ve ark. (62). Önen ve arkadaşlarının (1995) Eskişehir’de yaptığı çalışmada evli kadınlarda depresyon görülme sıklığı bekar ve dul kadınlara göre oldukça düşüktür, Önen ve ark. (63). Açık ve arkadaşlarının (2003) Elazığ’da yaptıkları çalışmada boşanmış ve dul kadınlardaki depresyon görülme oranı evli kadınlara göre yüksektir. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, Açık ve ark. (1). Bu çalışmadan farklı

olarak Ünal'ın (2010) Ankara'da BDÖ kullanarak yaptığı çalışmada evli kadınlarda depresyon oranı bekar olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir, Ünal (86). Chaaya et al (2003) Lübnan'da yaptıkları çalışmada bekar kadınların, evlenmiş, boşanmış veya dul kadınlara kıyasla daha az oranda psikolojik sıkıntı çektiğini saptamışlardır, Chaaya et al (17). Mendonsa and Appaya (2010) çalışmasında dul olan kadınlarda eşi ile birlikte yaşayanlara oranla daha yüksek oranda psikiyatrik morbidite oranına rastlanmıştır, Mendonsa and Appaya (53)

BKİ grupları arasında depresyon görülme oranlarına baktığımızda ise aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ünsal ve arkadaşlarının (2008) 40 yaş ve üstü kadınlarda yaptığı çalışmada obez kadınlarda depresyon yaygınlığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur, Ünsal ve ark. (88).

Araştırmaya katılan kadınların **öğrenim durumları** incelendiğinde; kadınların %51.2'si ilkokul, %21.6'sı ortaokul, %15.2'si lise, %12'si üniversite mezunudur. Araştırmamızda ilkokul mezunu kadın sayısı oldukça yüksektir. Benzer şekilde TNSA 2013 verilerine göre ilkokul mezunu olan kadın sayısı, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan kadın sayılarından yüksektir, TNSA 2013 (33). Bulgular Türkiye verileri ile benzerlik göstermektedir.

Eğitim durumu ve depresyon durumu incelendiğinde ilkokul mezunu olan kadınlarda depresyon oranı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu araştırma ile benzer şekilde Özyurt ve Deveci'nin (2011), Kayahan ve arkadaşlarının (2003), Okyay ve arkadaşlarının (2012), Önen ve arkadaşlarının (1995) yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda depresyon oranını yüksek bulmuşlardır, Özyurt ve Deveci (70), Kayahan ve ark. (42), Okyay ve ark. (62). Ek olarak Ünal'ın (2010) Ankara'da BDÖ kullanarak yaptığı çalışmada kadınların öğrenim durumu yükseldikçe depresyon oranı anlamlı ölçüde azalmakta ve Agrawal et al (1990) çalışmasında okuma yazması olmayan veya ilkokula kadar okumuş olanlarda psikiyatrik rahatsızlıklar anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur, Ünal (86), Agrawal et al (3).

Eşin öğrenim durumuna göre depresyon oranları incelendiğinde, eşi ilköğretim mezunu olan kadınlarda diğer kadınlara göre daha fazla depresyon görüldüğü belirlenmiştir ($p<0.05$). Benzer olarak Sevindik (2005) ve Ünal'ın (2010) BDÖ kullanarak yaptıkları çalışmalarda kadınların eşlerinin eğitim düzeyi düştükçe kadınlarda depresyon oranı anlamlı derecede arttığını saptamışlardır, Sevindik (78), Ünal (86).

Araştırmaya katılan kadınların **çalışma durumları** incelendiğinde; % 17.3'ü gelir getiren bir işte çalışmakta, %82.7'si çalışmamaktadır. TNSA 2013 verilerine göre kadınlardaki çalışma oranı %31.1'dir. Araştırma grubumuzda çalışan kadın oranının düşük olmasının nedeni araştırmanın yapıldığı bölgeden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında depresyon görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde Kayahan ve arkadaşlarının (2003), Okyay ve arkadaşlarının (2012), Önen ve arkadaşlarının (1995), Özyurt ve Deveci'nin (2011) yaptıkları çalışmalarda kadınların çalışma durumları ile depresyon belirtilerinin varlığı arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir, Kayahan ve ark. (42), Okyay ve ark. (62), Önen ve ark. (63), Özyurt ve Deveci (70).

Araştırmaya katılan kadınların **ikamet yerleri** incelendiğinde; % 73.4'ü ilde, %16.9'u ilçede, % 2.7'si kasabada, %7'si köyde ikamet etmektedir. TNSA 2013 verilerine göre kentte yaşayan kadınların oranı %81'dir, TNSA 2013 (33). Bu çalışmada ilde ikamet eden kadın oranının düşük olmasının sebebinin araştırmanın yapıldığı bölgeden kaynaklandığı düşünülmektedir. İlde ikamet eden kadınlarda depresyon oranı %31.7 ilçede ikamet edenlerde %39.2 kasabada ikamet edenlerde %25 köyde ikamet edenlerde ise %47.6'dır. Köyde yaşayan kadınlarda depresyon oranı diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre yüksektir. Fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ünal'ın (2010) Ankara'da yaptığı çalışmaya göre köyde yaşayan kadınlarda depresyon oranı diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir, Ünal (86).

Araştırmaya katılan kadınların **aile tiplerine** bakıldığında; % 80.7'si çekirdek aile tipinde, %18.3'ü geniş aile tipindedir. Benzer şekilde Ünal'ın (2010) Ankara'da

yaptığı çalışmada kadınların %81.7'si çekirdek aile %18.3'ü geniş aile tipinde olduğu, Mustafaoğlu'nun (2011) İstanbul'da yaptığı çalışmada kadınların %81'i çekirdek, %19'u geniş aile tipinde olduğu bulunmuştur, Ünal (86), Mustafaoğlu (55). Çekirdek aile tipindeki kadınlarda depresyon oranı %33.3 geniş aile tipindeki kadınlarda %32.7'dir. ($p>0.05$). Önen ve arkadaşlarının (1995) Eskişehir'de yaptığı çalışmada aile yapısı ve depresyon arasında önemli istatistiki bir ilişki bulunmamıştır, Önen ve ark. (63).

Araştırmaya katılan kadınların sosyoekonomik düzeyleri düşük, orta ve iyi olarak gruplandırılmış, oranlar sırasıyla 25.6, 64.8, 9.6 olarak saptanmıştır. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlarda depresyon oranı %37.7 orta olanlarda % 32.8 iyi olanlarda %31'dir. ($p>0.05$). Özyurt ve Deveci'nin (2011), Okyay ve arkadaşlarının (2012), Agrawal et al (1990) çalışmalarında gelir düzeyi düşük olan kadınlarda depresyon belirtilerinin görülme oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur, Özyurt ve Deveci (70), Okyay ve ark. (62), Agrawal et al (3).

Araştırmaya katılan kadınlarda **sigara kullanma** oranlarına bakıldığında %12.6' sının sigara kullandığı, % 86.4'ünün kullanmadığı, %1'inin kulanmayı bıraktığı tespit edilmiştir. Türkiye sağlık istatistikleri yılı 2013 e göre kadınlarda sigara kullanma oranı %10.7'dir, Türkiye sağlık istatistikleri yılı 2013 (11). Bu çalışmada sigara kullanan kadın oranının yüksek olmasının sebebinin araştırmanın yapıldığı bölgeden kaynaklandığı düşünülmektedir. Sigara içenlerde içmeyenlere göre depresyon oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ceylan ve arkadaşlarının (2003) Mardin'de BDÖ kullanarak yaptıkları çalışmada sigara içenlerde BDÖ puanı yüksek bulunmuştur, Ceylan ve ark. (16). Şahin ve arkadaşlarının (2016) Denizli'de yaptıkları çalışmada sigara içenlerde zihinsel bozukluk belirtisi daha yüksektir. Fakat fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır, Şahin ve ark. (80). Özyurt ve Deveci'nin (2011) Manisa'da yaptığı çalışmada kadının sigara kullanımının depresyon belirtilerinin varlığı ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır, Özyurt ve Deveci (70).

Araştırmaya katılan kadınlardan %17.3'ünün sistemik bir hastalığı var, %82.7'sinin yoktur. Sistemik bir hastalığı olan kadınlardaki depresyon oranı % 34.6 olmayanlarda %33.7'dir ($p>0.05$). Okyay ve arkadaşlarının (2012) Aydın'da yaptığı çalışmada

sistemik hastalığı olan ve olmayan kadınlar arasında anksiyete ve depresyon belirtileri görülme oranları benzerdir, Okyay ve ark. (62).

Kadınların **doğum sayıları** incelendiğinde; %18.3'ü 0, %13.6'sı 1, %68.1'i 2 ve üzeri sayıda doğum yapmıştır. 2 ve üzeri sayıda doğum oranı diğerlerine göre oldukça yüksektir. TNSA 2013 verilerine göre toplam doğurganlık hızı 2.26'dır, TNSA 2013 (33). Bu çalışmada doğum sayısı ve depresyon görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Kazancıoğlu ve arkadaşlarının (1998) İstanbul'da yaptığı çalışmada doğum sayısı ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Doğum sayısı arttıkça depresyon oranında yükselmektedir, Kazancıoğlu ve ark. (43).

7.3. Kadınlarda depresyonun jinekolojik sağlığa etkilerine ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.3.5, Tablo 6.3.6, Tablo 6.3.7)

Araştırmaya katılan kadınlarda depresyon oranı %33.9 olarak bulunmuştur. Önen ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında depresyon oranı %27.71, Açık ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında %32.6, Mendonsa and Appaya (2010) çalışmasında %25.7 olarak bulunmuştur. Özyurt ve Deveci'nin (2011) Manisa'da yaptıkları çalışmada araştırmaya katılan kadınların %14.7'sinde BDÖ'den 17 üzerinde puan alarak depresif belirti bulunduğu saptanmıştır, Önen ve ark. (63), Açık ve ark. (1), Mendonsa and Appaya (53), Özyurt ve Deveci (70). Kayahan ve arkadaşlarının (2003) İzmir'de Beck Depresyon Ölçeğinin kullanıldığı çalışmada, kadınların BDÖ'ne göre %51.3'ünde depresif belirti bulunmuş ve kadınların %25.8'ine kesin depresyon tanısı konmuştur, Kayahan ve ark. (42).

Depresyonu olan ve olmayan katılımcılarda anormal akıntı gözlenme oranı sırasıyla % 66.7 (n=68) ve % 40.2 (n=80) olarak hesaplanmıştır. Depresyonda olanlarda olmayanlara göre bu oranın anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Patel et al (2005) Güney Asya'da yaptıkları çalışmada zihinsel sağlık zayıfladıkça vajinal akıntı oranının arttığını saptamıştır, Patel et al (74). Patel et al (2006) Hindistan'ın Goa eyaletinde yaptığı çalışmada düşük zihinsel sağlık ve vajinal akıntı arasında güçlü ilişki bulmuştur, Patel et al (72). Patel et al (2008) Hindistan'da yaptığı çalışmada anormal vajinal akıntıyı somatik bir şikayet olarak bulmuşlardır, Patel et al

(71). Khawaja et al (2009) çalışmasında zihinsek sıkıntı ile vajinal akıntı arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Depresyon anormal vajinal akıntı gözlenme oranını artırmaktadır, Khawaja et al (47).

Benzer şekilde depresyonu olan katılımcılarda koku, pelvik ağrı, disparanoya ve adet düzensizliğinin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir ($p<0.05$). Depresyonu olan kadınlarda adet düzensizliği görülme oranı %50 olarak belirlenmiştir. Kayahan ve arkadaşlarının (2003) İzmir’de HDDÖ ve BDÖ’ni kullanarak yaptığı çalışmada kadınların BDÖ’den aldıkları 14 puan ve üzerini depresyon var olarak değerlendirmiş ve bu kişilerin %30.6’sında adet düzensizliği olduğunu bulmuştur, Kayahan ve ark. (42). Bu çalışmada adet düzensizliği oranının düşük olmasının sebebi 17 puan üzerini depresyon var olarak değerlendirmemizden kaynaklanıyor olabilir.

Agrawal et al (1990) çalışmasında adet düzensizliği, pelvik ağrı ve psikiyatrik morbidite arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur, Agrawal et al (3). Khawaja et al (2009) çalışmasında zihinsek sıkıntı ile pelvik ağrı ve disparanoya arasında anlamlı ilişki bulmuştur, Khawaja et al (47). Chaaya et al (2003) Lübnan’da yaptıkları bir çalışmada abdominal ağrı çeken hastaların en yüksek psikolojik sıkıntı skoruna sahip oldukları tespit edilmiştir, Chaaya et al (17). Bu çalışmanın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

8. SONUÇ

Çalışmaya katılan 301 kadının yaş ortancası 35.0 (min-mak: 18.0 - 49.0) yıl, beden kitle indeksi (BKİ) ortancası 27.34 (min-mak: 16.52 - 44.92) kg/m^2 olarak

hesaplanmıştır. Kadınların % 96.0'sının (n=289) evli olduğu, % 82.7'sinin (n=249) çalışmadığı, %51.2'sinin (n=154) ilkokul mezunu olduğu, 221 katılımcının (% 73.4) şehirde ikamet ettiği, 18 katılımcının (% 6.0) eşinin çalışmadığı görülmüştür.

Katılımcıların ilk gebelik yaş ortancası 20.0 (min-mak:14.0 – 40.0) yıl olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların 53'ünün (% 17.6) hiç doğum yapmadığı, 105'inin (% 34.9) gebelikten korunmak için hiçbir yöntem kullanmadığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan kadınlarda depresyon oranı %33.9 olarak bulunmuştur.

İlkokul mezunlarında, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarına göre depresyon oranının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Eşi ilkokul mezunu olan kadınlarda diğer kadınlara göre daha fazla depresyon görüldüğü belirlenmiştir.

Sigara içenlerde içmeyenlere göre depresyon oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Normal kilodaki kadınlarda, kilolu kadınlara göre dismenore oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir

Çalışmayan kadınlarda vajinal duş yapanların oranı çalışan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Vajinal duş yapan kadın oranının üniversite mezunlarında ilkokul-ortaokul-lise mezunu kadınlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Düşük yapmış veya küretaj olmuş kadınlarda pelvik ağrı oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Normal doğum yapanlarda anormal akıntı gözlenme oranı sezaryen doğum yapanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Depresyonda olan kadınlarda, depresyonu olmayanlara göre anormal akıntı gözlenme oranı anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde depresyonu olan katılımcılarda anormal koku, pelvik ağrı, disparanoya ve adet düzensizliğinin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir

BDÖ puanının 1 birim artmasıyla akıntının anormal gözlenme olasılığının % 5.6 (% 95 GA: % 2.9 - % 8.3); kaşıntı gözlenme olasılığının % 3.0 (% 95 GA: % 0.5 - % 5.6); yanma gözlenme olasılığının % 3.0 (%95 GA: % 0.3 - % 5.8) ve koku gözlenme olasılığının % 3.9 (% 95 GA: % 1.4 - % 6.5) arttığı görülmüştür.



9. KAYNAKÇA

1. Açık, Y., Güngör, L., Kuloğlu, M., Atmaca, M., Güngör, Y., & Oğuzöncül, F. (2003). Orta ve ileri yaşlardaki kadınlarda depresyon belirtileri sıklığı ve etkileyen faktörler. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 20(1): 10-15.
2. Adıgüzel, H., Taşkın, O., & Danacı, A. E. (2007). Manisa İlinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*,18(3): 215-222.
3. Agrawal, P., Malik, S., & Padubidri, V. (1990). A study of psychiatric morbidity in gynaecology out patient clinic. *Indian J. Psychiat*,32(1), 57-63.
4. Akdemir, A., Örsel, S., Dağ, İ., Türkçapar, M. H., İşcan, N., & Özbay, H. (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *SP Dergisi*.4 (4).
5. *Zihinsel bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı* (5 b.). (2013). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler yayın birliği.
6. Avşar, F. (2007). Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Beck Depresyon Envanteri Üzerine Bir Uygulama. Y.T.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksekisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. D. YILDIZ). İstanbul.
7. Aykut, M., Günay, O., Gün, İ., Tuna, R., Balcı, E., Özdemir, M., et al. (2007). Biyolojik, sosyo-demografik ve nutrisyonel faktörlerin dismenore prevelansına etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, 29(5):393-402.
8. Aytaç, A., & Eryılmaz, H. (2009.). Vajinal akıntı tanılama formu (VATF) kullanılarak konulan tanıların uyum analizi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:2,Sayı:1.
9. Aytaç, A. (2007). Kadınlarda Üreme Sağlığı Davranışlarının ve Geliştirilen Vajinal Akıntı Tanılama Formu (VATF) ile Konan Tanı Sonucunun Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,(Danışman: Yrd.Doç.Dr.H. Yıldız Eryılmaz). İstanbul.
10. Balkaya, N. (2008). Üreme Sistemi Enfeksiyonları ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar. A. Şirin , & O. Kavlak içinde, *Kadın Sağlığı* (s. 355-374). İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
11. Başara, B., Güler, C., & Yentür, G. K. (2013). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık.

12. Bezircioğlu, İ., & Öñiz, A. (2004). Vajinal akıntı yakınması ile başvuran hastaların akıntı örneklerinin direkt mikroskopik değeriendirilmesi. *Sted, Cilt* 13, Sayı 11, 422.
13. Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., et al. (2014.). Psychiatric Epidemiology in Turkey: Main Advances in Recent Studies and Future Directions. *Turkish Journal of Psychiatry*.
14. Binbay, Z. (2011). Majör Depresyonu Olan Hastaların Birinci Dereceden Yakınlarında Depresyon Varlığının Araştırılması, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Mizaç ve Karakter Özellikleri. M.Ü. Tıp Fakóltesi, Uzmanlık Tezi, (Danışman: Prof.Dr. R. Gököl). İstanbul.
15. Cangöl, E. (2010). Uzunköprü Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne Jinekolojik Muayene İçin Başvuran Kadınlarda Genital Enfeksiyonların Sıklığı ve Genital Hijyen Davranışlarının Değeriendirilmesi. T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,(D. Edirne).
16. Ceylan, A., Özen, Ş., Palancı, Y., Saka, G., Aydın, Y. E., Kıvrak, Y., et al. (2003). . Lise son sınıf öğrencilerinde anksiyete-depresyon düzeyleri ve zararlı alışkanlıklar: Mardin çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4:144-150.
17. Chaaya, M., Bogner, H., Gallo, J., & Leaf, P. (2003). The association of gynecological symptoms with psychological distress in women of reproductive age: a survey from gynecology clinics in Beirut, Lebanon. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, September ; 24(3): 175–184.
18. Çalışkan, D., Çöl, M., Akdur, R., Yavuzdemir, Ş., & Yavuz, Y. (1996). Park sağlıkocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu kadınlarda vajinal duş sıklığı ve etkili faktörler üzerine bir çalışma. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Mecmuası*, Cilt 49, Sayı 2, 73 – 80.
19. Çalışkan, D. (2005). Geleneksel intravajinal uygulam ‘‘ Vajinal Duş, Lavaj’’ yapılmalı mı? Yapılmamalı mı? *Sted, cilt 14, sayı 1, 15*.
20. Daşıkın, Z., Taş, G., & Sözen, G. (2014). Ödemiş bölgesindeki kadınlarda yaşanan perimenstrual şikayetler ve etkileyen faktörler. *J Turk Soc Obstet Gynecol* , 2:98-104.
21. Demir, B., Algöl, L., & Güven, E. S. (2006). Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Cilt: 3 Sayı: 4 Sayfa: 262-270*.
22. Doğan, O. (2000). Depresyonun epidemiyolojisi. *Duygudurum Dizisi*, 1:29-38.

23. Doğan, S., & Özkorumak, E. (2008). Ağrılı genital cinsel aktivite ve vajinismus tanısında yaşanan güçlükler. *Klinik Psikiyatri*, 11:135-142.
24. Doksat, M. K. (1999). Ağrı ve psikiyatri. *Psikiyatri Dünyası*, 1:23-31.
25. Ege, E., & Eryılmaz, G. (2006). Kadınlar verilen planlı eğitimin genital hijyen davranışlarına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 9 Sayı: 3.
26. Erbil, N., Bölükbaş, N., Tolan, S., & Uysal, F. (2011). Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Cilt:8 Sayı:1.
27. Erdoğan, M. (2013). Genç Kızlarda Primer Dismenore ve Vücut Kitle İndeksi. A.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksekisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. ÖZSOY). Aydın.
28. Gökengin, D. (2001). Genital chlamydia trachomatis infeksiyonları ve sağaltım. *Ankem Derg.*, 15 (No. 3) : 522-525.
29. Güleç, H., Sayar, K., & Özkorumak, E. (2005). Depresyonda bedensel belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2):90-96.
30. Gönen, İ., Akçam, Z., & Yaylı, G. (2004). Kadınlarda sık görülen üriner enfeksiyonlara yaklaşım. *Sted*, cilt 13, sayı 4, 128.
31. Günay, T. (2005). Anormal Uterin Kanamalar ve Atipisiz Basit Endometrial Hiperplazilerde Levonorgestrel Salgılayan Rahim İçi Sistem (Mirena) ile Tedavi Etkinliğinin Araştırılması. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi,. İstanbul.
32. Güneş, G., Pehlivan, E., Genç, M., & Eğri, M. (1997). Malatya’da lise öğrencilerinde premenstrual sendrom sıklığı. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 4(4):403-406.
33. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)*. (2013). 11 18, 2015 tarihinde <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/> adresinden alındı
34. Hadımlı, A., Can, H., Soğukpınar, N., Bozkurt, Ö., Akmeşe, Z., Koçak, Y., et al. (2012). Kadınlar genital hijyen amacıyla mı vajinal lavaj yapıyorlar? *E-Journal of New World Sciences Academy*, Volume: 7, Number: 3.
35. Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği . *Psikoloji Dergisi*, Cilt 7, Sayı 23, ss. 3-13.

36. Kal, H. E., & Beji, N. (2013). Jinekolojik Ağrı: Tanı ve tedavide güncel yaklaşımlar, kanıt temelli uygulamalar . *F.N. Hem. Derg*, Cilt 21 - Sayı 3: 198-204.
37. Kamacı, M., Önder, Y., & Akman , N. (1997). Adolesanlardaki primer dismenorenin vücut kütle indeksi ile ilişkisi. *Van Tıp Dergisi*, 4 (3): 154-157.
38. Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2004). *Klinik Psikiyatri*. (E. Abay, Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, s, 159-160.
39. Karaçam, Z., & Çalışır, H. (2012). İlk kez doğum yapan kadınlarda gebelik öncesi ve doğum sonrası dönemlerde disparoni görülme sıklığı ve ilişkili durumlar . *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15: 3.
40. Kaya, B. (2007). Depresyon:Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(Ek 6):11-20.
41. Kaya, B., & Kaya, M. (2007). 1960'lerden günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(Ek 6):3-10.
42. Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S., & Öztürk, Ö. (2003). On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4:208-219.
43. Kazancıoğlu, T. A., Oğuz, S. R., & Üner, A. (1998). Jinekoloji polikliniğine başvuran hastalarda depresyon prevelansı. *Türk Aile Hek Derg.*, 2(2): 68-71.
44. Kebapçılar, A., Taner, C., Başoğlu, Ö., & Okan, G. (2012). İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hastalarındaki premenstrüel sendrom prevelansı ve etkileyen faktörler. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.*, 26 (3): 111 – 114.
45. Kelleci, M., Aştı, N., & Küçük, L. (2003). Bir sağlıkocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre zihinsel durumları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu* , 7 (2).
46. Kesebir, S. (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*, Ek 1:14-19.
47. Khawaja, M., Kaddour, A., Zurayk, H., Choueiry, N., & El-Kak, F. (2009). Symptoms of Reproductive Tract Infections and Mental Distress among Women in Low-Income Urban Neighborhoods of Beirut, Lebanon. *Journal of Women's Health*, Volume 18, Number 10.

48. Kırcan, N., Ergin, F., Adana, F., & Arslantaş, H. (2012). Hemşirelik öğrencilerinde premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(1) : 19-25.
49. Kısa, S. (2007). Ankarada Bir AÇS/AP Merkezine Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Vajinal Enfeksiyonların Hemşire Tarafından Tanılanmasında Semptom Yaklaşımının Geçerliliği Ve Etkinliği. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, (Danışman: Prof.Dr. Lale Taşkın). Ankara.
50. Kısa, S., Zeyneloğlu, S., & Güler, N. (2012). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4).
51. Küçük, M., Oğurlu, M., Sekdur, F., & Demircan, S. (2010). Kadınlarda kronik pelvik ağrı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, Cilt:41, Sayı: 2.
52. Malak, A., & Beji, N. (2015). Kronik pelvik ağrı ve hemşirelik yaklaşımı. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(2):92-97.
53. Mendonsa, R. D., & Appaya, P. (2010). Psychiatric morbidity in outpatients of gynecological oncology clinic in a tertiary care hospital . *Indian Journal of Psychiatry* , 52(4).
54. Mete, S., & Gerçek, E. (2005). Vajinal duşun yaygınlığı, etkileyen etmenler ve sonuçları. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* , 55-61.
55. Mustafaoğlu, N. (2011). İstanbul İli Ümraniye İlçesindeki Kadınların Vajinal Akıntı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarını Saptamaya Yönelik Niteliksel Bir Çalışma. M.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi,(Danışman: Prof.Dr. M. Karavuş). İstanbul.
56. Müderris, İ. İ., Gönül, A. S., Sofuoğlu, S., Taşçı, S., & Bayatlı, M. (1999). Genç kadınlarda premenstrüel disforik bozukluk prevalansı. *Klinik Psikiyatri*, 2:197-201.
57. Nazik, E., & Eryılmaz, G. (2011). Kadında disparoni ve hemşirelik yaklaşımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:4,Sayı:1.
58. Ocaktan, M. E., Özdemir, O., & Akdur, R. (tarih yok). Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. . *Kriz Dergisi*, 12(2): 63-73.
59. Oğuzhanoğlu, N. (2001). Tıbbi durumlar ve depresyon. *Duygudurum Dizisi*, 3:116-125.
60. Okumuş , F., & Demirci, N. (2014). Türkiye’de vajinal duş gerçeği. *F.N. Hem. Derg*, Cilt 22 - Sayı 1: 53-62.

61. Okumuş, F. (2011). Vajinal Duşun Vajinal Enfeksiyonlara Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi,(Danışman: Doç.Dr.N. Demirci). İstanbul .
62. Okyay, P., Atasoylu, G., Önde, M., Dereboy, Ç., & Beşer, E. (2012). Kadınlarda yaşam kalitesi anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığında nasıl etkileniyor? Kesitsel bir alan çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(3):178-88.
63. Önen, F. R., Kaptanoğlu, C., & Seber, G. (tarih yok). Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörlerle ilişkisi . *Kriz Dergisi*, 3(1-2) 88-103.
64. Öner, S. (2002). Doğankent S.E.A. Bölgesinde 15 Yaş Üzeri Evli Kadınlarda Jinekolojik Bulguların Değerlendirilmesi. Ç.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, , (Danışman: Yrd.Doç.Dr. H. Demirhindi).Adana.
65. Özen, E. M., Serhadlı, Z. N., Türkcan, A. S., & Ülker, G. (2010). Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23:60-65.
66. Özgüven, H., & Baskak, B. (2014). Depresyon. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (s. 87-102). içinde Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
67. Öztürk, H. C. (2008). Menstrüel Siklus Bozuklukları. A. Şirin , & O. Kavlak içinde, *Kadın Sağlığı* (s. 148-171). İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti.
68. Öztürk , O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: 11. Basım. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.
69. Öztürk, S., & Tanrıverdi, D. (2010). Premenstrüel sendrom ve başetme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13: 3.
70. Özyurt, B., & Deveci, A. (2011). Manisa’da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1):10-6.
71. Patel, V., Andrew, G., & Peltó, P. J. (2008). The psychological and social contexts of complaints of abnormal vaginal discharge: A study of illness narratives in India. *Journal of Psychosomatic Research* 64, 255–262.
72. Patel, V., Kirkwood, B., Pednekar, S., Weiss, H., & Mabey, D. (2006). Risk factors for common mental disorders in women. *British Journal of Psychiatry*, 547-555.

73. Patel, V., & Oomman, N. (1999). Mental health matters too: gynaecological symptoms and depression in South Asia. *Reproductive Health Matters*, Vol. 7, No. 14.
74. Patel, V., Pednekar, S., Weiss, H., Rodrigues, M., Barros, P., Nayak, B., et al. (2005). Why do women complain of vaginal discharge? A population survey of infectious and psychosocial risk factors in a South Asian community. *International Journal of Epidemiology*, 34:853–862.
75. Sayalı, E., Doğangün, Z., & Aras, A. (1997). Yaygınlığı ve sonuçları açısından disparoni. *Aile Hek Derg*, 1(4): 216-219.
76. Sayalı, E., Doğangün, Z., Atay, O., Okyar, M., Karadağ, B., & Yıldız, Ö. (1998). Premenstrüel sendrom: Yaygınlığı ve değerlendirilmesi . *Türk Aile Hek Derg* , 2(2): 72-75.
77. Sertöz, Ö., & Mete, H. (2004). Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri*, Ek 2:63-69.
78. Sevindik, F. (2005). Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. F.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. F Oğuzöncül).Elazığ .
79. Sunay, D., Kaya, E., & Ergun, Y. (2011). Vajinal douching behavior of women and relationship among vaginal douching and vaginal discharge and demographic factors. *J Turk Soc Obstet Gynecol* , 264- 71.
80. Şahin, E., Şenyurt, M., Babaoğlu, B., Uzun, S. U., Nalbantoğlu, D., & Zencir, M. (2016). Denizli ili Honaz ilçesinde yaşayan mavi yakalı kadınlar ile ev kadınlarının zihinsel durumlarının değerlendirilmesi. *Pam Tıp Derg*, 9(1):29-37.
81. Şahin, E., Türkcan, A. S., Belene, A., Yeşilbursa, D., & Yurt, E. (2009). Somatizasyonda kültürel ve sosyolojik faktörler. *New/Yeni Symposium Journal*, Cilt 47 , Sayı 4.
82. Şireli, Ö. (2012). Depresyon Tanısı Almış Ergenlerde Anne Baba Kabul Reddi Kontrolü ve Aile İçi İlişkilerin Depresyon Şiddetine Etkisi. A.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, (Danışman: Prof. Dr. A. Aysev),Ankara .
83. Taşkın, L. (2012). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 11.Basım*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
84. Tütüncü, R., & Günay, H. (2011). Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon. *Dicle Tıp Dergisi*, 38 (2): 257-262.

85. Ünal, B., & Ergör, B. (2013). *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:909.
86. Ünal, S. (2010). Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Dilimi Şiddet Gören ve Görmeyen Kadınlarda Depresif Öge Yüğü. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, (Danışman: Prof.Dr. F. ÖZYURDA), Ankara.
87. Ünal, S., & Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1):41-48.
88. Ünsal, A., Ayrancı, Ü., & Tozun, M. (2008). Batı Türkiye'nin kırsal bir kasabasında kadınlar arasında depresyon sıklığı ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9:148-155.
89. Wilbanks, M. D., Galbraith, J. B., & Geisler, W. M. (2014). Dysuria in the emergency department: missed diagnosis of chlamydia trachomatis. *West J Emerg Med*, 15(2):227-230.
90. Yazıcı, S. (2014). Perimenstrüel şikayetler ve hemşirelik yaklaşımı. *HSP*, 1(1):58-67.
91. Yücel, U., Bilge, A., Oran, N., Ersoy, M. A., Gençdoğan, B., & Özveren, Ö. (2009). Adolesanlarda premenstruel sendrom yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10:55-61.

10. EKLER

EK I- TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

“Doğurgan Yaştaki Kadınlarda Depresyonun Jinekolojik Sağlığa Etkisi” konulu bir araştırma yapmaktayız. Öncelikle bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu araştırma, depresyon tanısı alan doğurgan yaştaki kadınların, kadın sağlığına ilişkin sorunlarını ortaya çıkarmak ve depresyonun jinekolojik problemlere neden olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Eğer araştırmaya katılırsanız elde edilen veriler eğitim ve bilimsel amaçlarla toplu olarak kullanılacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Size de katılmanız halinde herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum size herhangi bir zarar getirmeyecektir.

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:..... 2. Kilonuz:.....kg
3. Boyunuz:.....cm

4. Mesleğiniz nedir?

1- Ev hanımı 2- Memur 3-Çiftçi 4- Serbest 5- Esnaf
6- Diğer

5. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Dul

6. Öğrenim durumunuz nedir?

1-İlkokul 2- Ortaokul 3-Lise 4- Üniversite

7. Eşinizin öğrenim durumu nedir?

1-İlkokul 2- Ortaokul 3-Lise 4-Üniversite

8. Eşinizin mesleği nedir?

1- İşsiz 2- İşçi 3-Memur 4- Esnaf 5-Emekli
6- Çiftçi

9. Nerede Oturuyorsunuz?

1-İl Merkezi 2-İlçe 3-Kasaba 4-Köy

10. Aile tipiniz nedir?

1-Çekirdek aile 2-Geniş aile 3) Parçalanmış aile

11. Sağlık güvenceniz var mı? 1-Var 2-Yok

12. Aylık toplam geliriniz ne kadar?

1) Gelir giderden fazla 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden az

13. Tanı konulmuş hastalığınız var mı? Varsa nedir?

1) Evet..... 2) Hayır

14. Sürekli kullandığınız ilaç var mı? 1 - Evet (ilacın adını belirtiniz:.....)2- Hayır

15. Sigara içiyor musunuz? 1-Hayır 2-Evet 3-Bıraktım

OBSTETRİK ÖZELLİKLER

16. İlk gebelik yaşıınız?.....

17. Toplam gebelik sayısı:.....

18. Doğum sayısı:.....

19. Düşük/ küretaj:.....

20. Yaşayan çocuk sayısı:.....

21. En küçük çocuğun yaşı:.....

22. Son doğum şekliniz nedir? 1- Vajinal doğum 2- Sezaryenle doğum

3- Hiç doğum yapmadım

23. Kullandığınız gebelikten korunma yöntemi nedir?

1-Yöntem kullanmıyorum 2-Geri çekme/ Dışarı boşalma

3- Kondom/Prezervatif 4- Spiral/ Rahim içi araç

5- Hormonal Yöntemler(Hap-Enjeksiyon) 6- Tüplerin bağlanması

7-Vazektomi

EK II - JİNEKOLOJİK SEMPTOMLAR FORMU

(Araştırmacı tarafından doldurulacak)

		VAR	YOK
	Vajinal Akıntıya Ait Özellikler		
1	Normal akıntı		
2	Süt kesiğine benzer akıntı		
3	Yeşil-sarı,köpüklü akıntı		
4	İnce,gri-beyaz akıntı		
5	Pürülan akıntı (iltihaplı)		
6	Homojen-sulu, et suyu görünümünde		
	Diğer Özellikler		
7	Kaşıntı		
8	Yanma		
9	Koku		
10	Kronik pelvik ağrı		
	Cinsel İlişkiye Ait Özellikler		
11	Disparanoya		
12	Cinsel ilişki sonrası vajinal duş		
	İdrar Yapmaya Ait Özellikler		
13	Dizüri		
	Menstruel Özellikler		
14	Adet düzensizlikleri		
15	Dismenore		
16	Premenstruel sendrom		

EK III- BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

- A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.
- E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- G- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.
- H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.

3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- L- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

11. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 108400987-182
Konu: Etik Kurulu Kararı

30/03/2015

Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Doğurgan Yaştaki Kadınlarda Depresyonun Jinekolojik Sağlığa Etkisi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 51 37
Faks: (0212)531 75 55
E-mail: ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres: Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No: 19, 34810
Kavacık/BEYKOZ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğurgan Yaştaki Kadınlarda Depresyonun Jinekolojik Sağlığa Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	04.03.2015		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	04.03.2015		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 168	Tarih: 30.03.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Fatma	Soyadı	Kardaş
Doğum Yeri	Kahramanmaraş	Doğum Tarihi	01.02.1991
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	41563366486
E-mail	fatmacolakkardas@gmail.com	Tel	05456940020

Eğitim düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2016
Lisans	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	2013
Lise	Kahramanmaraş Hoca Ahmet Yesevi Lisesi	2009

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	75.25853	70.11664	56.57448

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Ofis Programları	İyi