



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN KADIN HASTA
POPÜLASYONUNDA KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI
FARKINDALIĞININ BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ramazan SARAL

Antalya, 2021



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN KADIN HASTA
POPÜLASYONUNDA KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI
FARKINDALIĞININ BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ramazan SARAL

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Özlem YİĞİT

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2021

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım tüm hocalarıma,

Tezimin tüm aşamalarında ve asistanlık eğitimim süresince hiçbir konuda desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Özlem YİĞİT'e,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum araştırma görevlisi arkadaşlarıma

Teşekkürlerimle...



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
Tablolar Dizini	vii
Şekiller Dizini	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Üreme Sağlığı	4
2.1.1. Üreme Sağlığı Kavramının Gelişimi	4
2.1.2. Üreme Sağlığının Kapsamı	6
2.2. Birinci Basamakta Sık Görülen Üreme Sağlığı Sorunları	7
2.2.1. Anormal Uterin Kanamalar	7
2.2.2. Genital Yol Enfeksiyonları	8
2.3. Kontrasepsiyon	10
2.3.1. Kontrasepsiyonun Tarihçesi	10
2.3.2. Kontraseptif Yöntemler	16
2.4. Ülkemizde Kontraseptif Yöntem Kullanımı	43
2.5. Dünyada ve Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi	44
2.6. Dünyada ve Türkiye’de Kanser Kontrolü	45
2.6.1. Kanser Kontrolünde İkincil Koruma (Erken Tanı)	47
3. GEREÇ VE YÖNTEM	50
3.1. Çalışmanın Planı	50
3.3. İstatistiksel Analiz	51
4. BULGULAR	52
5. TARTIŞMA	59
5.1. Araştırmanın Güçlü Yanları	62
5.2. Araştırmanın Kısıtlılıkları	63
6. SONUÇLAR	64
7. ÖZET	65

8. ABSTRACT	67
9. KAYNAKLAR	69
10. EKLER	82
Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	82
Ek 2. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Kadın Hasta Popülasyonunda Kadın ve Üreme Sağlığı Farkındalığının Belirlenmesi Anket Formu	83



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği)
AIDS	Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu
AKs	Acil Kontrasepsiyon
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
AUK	Anormal Uterin Kanama
BM	Birleşmiş Milletler
BOM	Billings Ovülasyon Yöntemi
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DMPA	Depo Medroksi Progesteron Asetat
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FDA	Food and Drug Administration (Birleşik Devletler Gıda ve İlaç Dairesi)
GYE	Genital Yol Enfeksiyonları
HBV	Hepatit B Virus
HPV	Human Papilloma Virus
HSV	Herpes Simpleks Virus
ICPD	International Conference of Population and Development (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı)
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMD	Kemik Mineral Dansitometrisi
KOK	Kombine Oral Kontraseptif

LAM	Laktasyonel Amenore Yöntemi
NET-EN	Noretisteron Enantat
OKS	Oral Kontraseptif
PİH	Pelvik İnflamatuvar Hastalık
PPD	Pozitif Prediktif Değeri
RIA	Rahim İçi Araç
SD	Standart Deviasyon
SLE	Sistemik Lupus Eritomatozis
SMY	Servikal Mukus Yöntemi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UPA	Ulipristal Acetate

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. KOK (Kombine Oral Kontraseptif) kullanan kişiler için uyarı işaretleri	20
4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	52
4.2. Kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgilerin dağılımı	53
4.3. Katılımcıların doğurganlık durumu	54
4.4. Eğitim durumunun şu an kullanılan korunma yöntemine göre dağılımı	55
4.5. Katılımcıların ürolojik ve jinekolojik durumu ile ilgili verileri	56
4.6. Acil hekimi tarafından yapılan hasta yönlendirilmesi	57
4.7. KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) hizmetlerinden yararlanma durumu	57
4.8. KETEM hizmetlerini bilme durumu	58

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Menstruel siklus ve servikal mukus yöntemi	37
2.2. SMY (Servikal Mukus Yöntemi) çizelgesi	38
2.3. Bazal vücut ısısı yönteminin çizelgesi	38



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Her yaştan ve her cinsiyetten hasta çok çeşitli yakınmaları için acil servislere başvurmaktadır. Bu nedenle acil servisler sadece akut durum tedavisinin yapıldığı alanlar olmayıp kişisel sağlık ve farkındalık kazandırmanın yanında toplum sağlığı ile ilgili yönlendirmelerin de yapıldığı birimlerdir. Hastaların farkındalığının artırılması, düzenli yapılması gereken sağlık takiplerinin ihmal edilmemesi konusunda bilgilendirilmesi ve uygun yerlere kontrol ve muayeneler için yönlendirilmesi acil servislerin günlük rutin hasta bakım pratiğinin önemli bir parçasıdır.

Kadın ve üreme sağlığının yakınmadan bağımsız olarak genel bir iyilik halinde olması için düzenli takip ve kontroller gereklidir. Bu konuda daha çok aile hekimleri ve kadın doğum hekimleri takip ve değerlendirme basamaklarında yer almaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), üreme sağlığını, üreme sistemi ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması ile birlikte biyolojik psikolojik ve sosyal yönden tamamen iyilik halinin olması, bunun sonucu kişinin güvenli ve tatmin edici cinsellik ile kendi istediği zaman ve sıklıkta üreme hakkına sahip olması olarak betimlemektedir. Aile planlaması, çiftlerin ve bireylerin, istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk yapmalarına; iki doğum arasındaki süreyi belirlemelerine; eşlerin planlanmamış gebeliklerden sakınmalarına, olanak verir. Çiftlerin yaşlarını, sağlık ve sosyoekonomik durumlarını göz önünde bulundurarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına serbestçe ve sorumluca karar vermelerine ve çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamalar ve bu uygulamalara ulaşımının sağlanması aile planlaması hizmetleridir (1).

DSÖ, aile planlamasını; ailelerin sağlığını ve refahını daha iyi hale getirerek ülkenin sosyoekonomik gelişimine katkıda bulunmak için kişiler ve çiftler tarafından benimsenen düşünce ve yaşam şekli olarak betimlemiştir (2). Başka bir anlatımla bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumlarının arasındaki süreyi belirlemeye serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara ulaşmaları olarak belirlenmiştir (3).

Kanser ölüme sebep olan hastalıklar arasında, dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sıradadır (4). Gerekli kanser taramaları yapılması ve mevcut kanser hastalarını erken saptamak, ölümleri azaltmak adına büyük önem taşımaktadır. Dünya Sağlık Örgütü raporlarında kanserlerin en az üçte birinin önlenebileceği söylenmektedir. Birincil koruma, erken tanı, tedavi ve palyatif bakım olmak üzere dört ana başlık içeren kanser kontrolünde birincil koruma, halen en maliyet-etkin ve uzun dönemli stratejidir (5). Kanser kontrolü kapsamında sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli ve uygun sağlık politikalarının oluşturulabilmesi ise ulusal ya da bölgesel düzeyde ihtiyaçların derinlemesine araştırılarak, bilimsel kanıtların ortaya çıkarılmasını gerektirmektedir.

Türkiye’de kanser kontrolü amacıyla Ulusal Kanser Kontrol Programı yürütülmekte ve bu program dâhilinde her ilde Sağlık Bakanlığı tarafından açılan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) hizmet vermektedir. 2021 yılı itibarı ile sayıları 81 ilde 183’e ulaşan bu merkezlerde, halk sağlığı açısından önemli kanserlerin taramalarının yanı sıra kanser ile ilgili farkındalığı artırmak ve sağlıklı yaşam davranışlarına yönlendirmek amacıyla halk eğitimleri yürütülmektedir (6). KETEM hizmetleri çerçevesinde meme kanseri, serviks (rahim ağzı) kanseri ve kolorektal kanserlerin taranması nedeniyle kadınlar ağırlıklı hizmet grubundadır. Kadınlarda serviks kanseri tarama programı kapsamında; 30-65 yaş aralığındaki kadınlardan 5 yılda bir smear ve HPV-DNA testi alınmaktadır. Kadınlarda meme kanseri tarama programı kapsamında; ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması için danışmanlık verilmekte, 20-39 yaş arası kadınlara 2 yılda bir klinik meme muayenesi, 40-69 yaş arası kadınlara yılda bir klinik meme muayenesi önerilmekte, 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mamografi çekimi yapılmaktadır. Ülkemizde rahim ağzı kanseri taramaları Pap-Smear ve Human Papilloma Virus (HPV) Deoksiribo Nükleik Asit (DNA) ile, meme kanseri taramaları meme muayeneleri, ultrasonografi ve mamografi ile yürütülmektedir (7). Fakat gerekli kanser taramalarını yaptıran nüfus oranı hala düşüktür. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, ülkemizde 18 yaş ve üstü kadınların %34,9’u hayatında en az bir kere kendi kendine meme muayenesi yapmış, 15 yaş ve üstü kadınların %19,6’sı en az bir kere mamografi çekirmiş, yine

15 yaş ve üstü kadınların %22,1'i en az bir kere Pap-Smear yaptırmıştır (8,9,10). Bu nedenle hekimlerin, hastalarını kanser taramaları hakkında bilgilendirmeleri, gereken tarama testlerini uygulamaları veya bu amaçla hastaları yönlendirmeleri önemlidir.

Bu çalışmada, acil servise başvuran 18 yaş ve üzeri kadın hastalarda acil servise başvuru yakınmasından bağımsız olarak kadın ve üreme sağığı ile ilgili bilgi düzeylerinin ve olası hastalık semptomlarının sorgulanması amaçlanmıştır. Hastalara uygulanacak anket formu ile farkındalıklarının ölçülmesinin yanı sıra acil serviste hastayı gören hekimin hasta şikayetlerine göre ve tarama – takip muayeneleri için uygun yönlendirme yapıp yapmadığının da tespit edilmesi ikincil amaç olarak hedeflenmiştir. Çalışma ile toplumdaki kadın ve üreme sağığı farkındalık düzeyinin belirlenmesi ve acil servislerin bu hastaların doğıru yönlendirilmelerine katkı sağılanmasıdaki rolünün saptanması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üreme Sağlığı

2.1.1. Üreme Sağlığı Kavramının Gelişimi

Üreme sağlığı sadece cinsel konuda hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil; fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır. Üreme sağlığı kişilerin, çiftlerin ve ailelerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarına kaynak oluşturur, aynı zamanda toplumların sosyal ve ekonomik gelişmelerine yardımcı olur (11). Üreme sağlığı kavramı kişilerin sorumlu, güvenli ve tatmin edici bir seks yaşamları olmasını, üreme yeteneğine sahip olmalarını ve bu yeteneği ne zaman ve ne sıklıkta kullanacağına özgürce karar verebilmelerini de içerir Erkek ve kadınlar güvenli, etkin, kabul edilebilir ve ödenebilir doğurganlığı düzenleme yöntemleri konusunda bilgilendirme hakları bağlamında uygun sağlık bakım hizmetlerine ulaşabilmelidir (12-15).

Dünya nüfusu 20. yüzyılın başında yaklaşık 1,6 milyar iken, 1950’de 2,5 milyar ve yüzyılın sonunda 6,1 milyar olmuştur. Hızlı nüfus artışının önüne geçilmesi amacıyla 1960’lardan itibaren devletler tarafından nüfus politikaları geliştirilmeye başlanmıştır. İlk nüfus konferansı, 1954 yılında Birleşmiş Milletler (BM) tarafından gerçekleştirilmiştir. Her on yılda bir yapılan bu konferanslarda 1974 yılından sonra eylem planları hazırlanmıştır (16).

Kahire’de 1994 yılında toplanan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda (International Conference of Population and Development - ICPD) 179 ülke bir araya gelmiştir. Bu konferansta nüfus ve kalkınmanın mutlak şekilde birbiriyle bağlantılı olduğu, kadınların güçlendirilmesi ve toplumun eğitim ve sağlık ihtiyaçlarını karşılamının bireysel gelişmeyi ve sürdürülebilir kalkınmayı güçlendirdiği sonucuna ulaşılmıştır (17). ICPD’de kararlaştırılan eylem planının 20 yıllık hedefleri şöyle belirlenmiştir (18):

- Evrensel eğitim,
- Bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması,
- Anne ölümlerinin azaltılması,
- Aile planlaması da dahil olmak üzere üreme ve cinsel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik.

ICPD konferansının sonuçları 1995 yılında Pekin’de yapılan 4. Dünya Kadın Konferansı’nda da bir kez daha vurgulanmış ve eylem planları oluşturulmuştur. Eylem programının ana konularını kalkınma ve nüfus ilişkisi, kadınların güçlendirilmesi, cinsiyetler arası eşitliğin ve hakkaniyetin sağlanması, kadınlara yönelik şiddetin önlenmesi, üreme sağlığı ve aile planlaması oluşturmıştır. Eylem programında ayrıca, aile planlaması çalışmalarının daha geniş bir kavram olan “üreme sağlığı” içerisine dahil edilmesinin gerektiği vurgulanmıştır. Üreme sağlığı hizmetlerinin, temel sağlık hizmetleri aracılığı ile uygun yaştaki herkesi kapsamı şart koşulmuştur (18).

Üreme sağlığının önemi DSÖ’nün bu konudaki istatistiklerine bakıldığında anlaşılmaktadır. DSÖ istatistiklerine göre her gün yaklaşık 800, yılda 287 bin kadın, gebelik ve doğumla ilişkili, önlenabilir nedenlerden hayatını kaybetmektedir (19,20). Tüm dünyada her gün 910 bin gebelik meydana gelmektedir. Bu gebeliklerin yarısı planlanmamış gebeliklerdir ve dörtte biri (yaklaşık 225 bin) istenmeyen gebeliklerdir (12). Her gün istenmeyen bu gebeliklerden 150 bini istemli düşükle sonlanmaktadır. Bu düşüklerin üçte biri sağlıklı olmayan koşullarda yapılmakta ve 500 kadın düşüğe bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir (12,19,21). Doğurmaya karar veren kadınların 1370’i gebelik ve doğum sırasında ölmektedir. Pek çok kadında önemli ruhsal ve bedensel sakatlık meydana gelmektedir. Anne sağlığı ile bebek sağlığı yakından ilişkilidir. Her yıl ortalama 3 milyon yenidoğan bebek önlenabilir nedenlerden ölmekte, 2,6 milyon ölü doğum olmaktadır (21).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer istatistikler vardır. 2018’den önceki son 5 yılda gebeliklerin ortalama %19’u düşük, %1’i ölü doğumla sonuçlanmıştır. Düşüklerin %6’sı istemli düşüklerdir. Ülkemizde anne ölüm oranı giderek azalmakla birlikte 2018’de yüzbinde 13,6 olarak hesaplanmıştır (22,23).

Tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu oluşturan, sağlık harcamalarını önemli oranda artıran ve kişilerin yaşamlarını tehdit eden cinsel yolla bulaşan hastalıklardan (CYBH) kişilerin korunması ve hastaların tedavi edilmesi de üreme sağlığının önemli konularındandır (2,31). Her gün 1 milyondan fazla kişiye CYBH bulaşmaktadır. Her yıl 376 milyon kişi önemli 4 CYBH’den biri ile (Klamidya, gonore, sifiliz, trikomonyazis) ile enfekte olmaktadır (24). Gelişmekte olan

ülkelerde 15-44 yaş arası kadınlar için HIV/AIDS (Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu) başta gelen ölüm nedenlerindendir. 2011 yılında 15-24 yaş arası 820 bin kadın ve erkek HIV ile enfekte olmuştur. Bunların %60'tan fazlası kadındır (37,38). Bir ailenin tüm bireylerini ilgilendiren, birey, aile ve topluma önemli maliyeti olan üreme sağlığı ile ilgili sorunların çözülebilmesi için üreme sağlığı hizmetlerinin insan hakları kapsamında düşünülmesi ve sunulması önemlidir (39,40). Üreme sağlığı hizmetlerinin 2 önemli amacı vardır (2):

1. Kadın ve erkeklerin bilgilendirilmiş olarak üreme yetkinliklerini kullanmaları
2. Etkili, güvenilir, erişilebilir doğum kontrol yöntemleriyle sağlıklarını tehlikeye atmadan çocuk sahibi olmalarının sağlanması ve kadınların gebeliklerini güvenli olarak sürdürebilmeleri ve doğum yapabilmeleri, doğan bebeğin sağlıklı olması ve sağlığını sürdürebilmesi için mümkün olan en iyi sağlık hizmetine ulaşabilmeleri.

2.1.2. Üreme Sağlığının Kapsamı

Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen ve Temel Sağlık Hizmetleri kapsamı içinde birinci basamakta verilmesi gereken üreme sağlığı hizmetleri şunlardır (25):

- Sorumlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme-eğitim-iletişim,
- Yaygın aile planlaması hizmetleri, aile planlamasında bilgilendirme-eğitim-iletişim ve danışmanlık,
- Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım, emzirme,
- Genital yol enfeksiyonlarının etkin kontrolü,
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi ve AIDS ile mücadele,
- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi,
- Güvenli olmayan düşüklere son verilmesi ve düşüğe bağlı sonuçlarda gerekenin yapılması,
- Üreme organları kanserlerinin önlenmesi ve tedavisi,
- Bebek ve çocuk sağlığı,

- Adölesan sağlığı ve cinselliği,
- Sağlıklı yaşam biçimi,
- Sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesi.

Bu hizmetlerden başka erkeklerin katılımını arttırmak, emzirmeyi teşvik etmek, kızları ve kadınları dikkate alarak CYBH ve komplikasyonlarını önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak, cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterince gelişmesini sağlamak da üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamındadır [26]12.

2.2. Birinci Basamakta Sık Görülen Üreme Sağlığı Sorunları

2.2.1. Anormal Uterin Kanamalar

Üreme çağındaki kadınlarda sağlık kuruluşlarına en sık başvuru nedenleri vajinitler, üriner enfeksiyonlar ve anormal kanamalardır (27). Anormal uterin kanama menslerin düzenlilik, sıklık, kanama akış hızı ve kan kaybı miktarındaki değişiklikleri kapsayan bir terimdir (28).

Normal menstrüel kanama siklus süresi 24-38 gün olan, düzenli (± 2 gün), 4-8 gün süren, kan kaybının 5-80 ml kadar olduğu kanamalardır (27). Bu normların dışında olan kanamalar anormal menstrüel kanamalar olarak kabul edilir ve kanama miktarına ve siklus süresine göre isimlendirilirler.

Polimenore: Menstrüel siklus aralıkları 21 günden kısadır. Genellikle luteal faz yetersizliğinde görülür.

Oligomenore: Menstrüel siklus aralıkları 35 günden uzundur. Genellikle uzamış folliküler fazdan kaynaklanır.

Amenore: Menopozda olmayan kadında 6 ay veya daha uzun süre kanama görülmemesidir.

Menoraji: Siklus aralıkları normaldir (21-35 gün). Ancak kanamanın miktarı artmış (>80 mL) ve süresi (>7 gün) uzamıştır.

Menometroraji: Düzensiz, sıklık olmayan aralıklar, yoğun ve uzun kanama ile karakterizedir.

Siklus ortası lekelenme: Ovulasyondan önce genellikle östrojen seviyesindeki düşmeden kaynaklanır.

Akut acil anormal kanama: Hipovolemi veya şokla sonuçlanan ağır ve büyük miktarda kan kaybı ile karakterizedir (27).

Anormal uterin kanama (AUK) menoraji, metroraji ve disfonksiyonel uterin kanamaları içerir (27,28). Anormal uterin kanamalar genel nüfusta üreme çağındaki kadınların %11-13'ünde görülmektedir. Görülme sıklığı yaşla artar ve 36-40 yaş arası %24'e ulaşır. Anormal uterin kanamalar ovulatuar ve anovulatuar olmak üzere 2 grupta değerlendirilir (27-33).

Anovulatuar kanamalar düzensiz ve sık aralıklarla görülür. Progesteronun yetersiz olduğu, östrojenin baskın olduğu durumlarda görülür. Kanama miktarı genellikle azdır. Dismenore sık görülür. Ovulatuar kanamalar daha yoğun kanamalardır ve sikluslar düzenlidir (28).

2.2.2. Genital Yol Enfeksiyonları

Kadınlarda genital yol enfeksiyonları (GYE) tüm dünyada yüksek mortalite ve morbiditeye neden olması nedeniyle önemli üreme sağlığı sorunlarının başında gelir. Kadınlarda GYE nedenleri HIV, Human Papilloma Virus (HPV), Herpes Simpleks Virus (HSV), Hepatit B Virus (HBV), Klamidya Trakomatis, Neisseria Gonore, Treponema Pallidum (sifiliz), Trikomonas Vaginalis ve gebelerde grup B streptokoklardır.

GYE'nin ve özellikle bakteriyel olanların etkili tedavileri vardır. Ancak sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu durumlarda ya da kadınların kültürel nedenlerle hekime gitmekten çekindiği durumlarda tedavi edilmeyen enfeksiyonlar kronik pelvik ağrı, infertilite, ektopik gebelik gibi ciddi sorunlara yol açabilir (34).

GYE'de kadınları hekime getiren semptomlar anormal vajinal akıntı, genital ağrı, kaşıntı ve idrar yaparken yanmadır. GYE'de en sık görülen semptom vajinal akıntıdır. Vajinal akıntı birinci basamakta, üreme sağlığı ve kadın-doğum polikliniklerinde hekimlerin en sık karşılaştıkları semptomdur. Pek çok kadın yaşamlarının bir döneminde vajinal akıntıdan yakınıır. Vajinal akıntı fizyolojik ya da patolojik olabilir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar için zayıf prediktif değeri olmakla birlikte tarama için bir fırsat yaratır (35,36).

Normal vajina florasında vajinayı enfeksiyonlara karşı savunan laktobasiller bulunur. Laktobasiller vajina pH'sını 3.8 ile 4.4 arasında tutarlar. Normal vajinada berrak veya beyaz, kokusuz vajina sıvısı bulunur. Akıntının miktar, renk ya da kokusunda değişiklik, irritasyon, yanma ve kaşıntı ile birlikte olması patolojik akıntı olarak nitelendirilir (34).

Patolojik vajinal akıntılarda en sık sebep vajinitlerdir (35-38,40). Vajinitler enfeksiyöz ya da enfeksiyon dışı nedenlerle olabilir. Birinci basamakta vajinal akıntının nedenini saptamak her zaman mümkün olmayabilir. Hastanın bildirdiği semptomlar ve vajinal akıntının klinik görünümünün her ikisi de değişkendir ve özgün bir CYBE varlığını ya da yokluğunu doğru olarak saptamaya izin vermez. DSÖ, Birinci Basamak'ta vajinal akıntılara yaklaşım için sendromik yaklaşımı önermiştir (36,41). Sendromik yaklaşım hastanın semptomlarına dayanır. Laboratuvar desteği olmaksızın uygulanabilir. Semptom ve bulgular kullanılarak bir akış şeması ile en uygun tedavi sağlanabilir. İdeal olarak bu akış şemaları CYBH'nin lokal prevelanslarına, CYBH'ye eşlik eden risk faktörlerine ve antibiyotik duyarlılığına dayandırılır.

Semptomatik kadınlarda en sık vajinit nedenleri bakteriyel vajinozis (%40-45), vajinal kandidiyazis (%20-25) ve trikomonyazis (%15-20)'dir (40). Sendromik yaklaşımda vajinal akıntısı olan kadınlara bazı sorular sorularak tanı konmaya çalışılır.

Soruların içeriğinde akıntının başlangıcı, süresi, rengi, miktarı, yoğunluğu, kokusu, daha önce geçirdiği epizotlar, genital bölgede kaşıntı, yanma, dizüri, intermenstrüel ya da postkoital kanama, alt karın ya da pelvik ağrı ile disparoni olup olmadığı yer almalıdır (12).

Bu semptomların varlığı, fizik muayene bulguları ve basit laboratuvar tetkikleri yüksek olasılıkla tanıları belirler. Birden fazla pozitif prediktif (PPD) değeri yüksek semptomun işaret ettiği hastalık olası tanı olarak kabul edilir ve hastanın yönetimi bu tanıya göre planlanır.

2.3. Kontrasepsiyon

2.3.1. Kontrasepsiyonun Tarihçesi

Kontrasepsiyonun tarihi ilk çağlara kadar uzanır. Eski çağ insanları bebeğin nereden geldiğini bilmiyorlardı. Bazıları çocukların ruhunun bazı meyvelerde yaşadığını ve bu meyvelerin yenilmesiyle gebe kalındığını düşünüyorlardı. Bazıları da güneş, yağmur, rüzgâr ya da yıldızların gebeliğe neden olduğuna inanıyorlardı. Gebelik mucizevi bir olaydı ve bu nedenle insanlarda gebelikten korunma düşüncesi yoktu (69). İnsanlar gebeliğin cinsel ilişki sonrası oluştuğunu anladıktan sonra, istenmeyen gebelikleri çeşitli yöntemlerle önleme çabalarına girişmişlerdir (42,43). Milattan önce (MÖ) 1850 yılına tarihlenen Kahun papirüsünde doğum kontrolü için spermleri öldürme amaçlı olarak timsah pisliği ve fermente hamurdan yapılan peserlerden bahsedilmektedir (42-45). MÖ. 1550’de bir Mısır papirüsünde (Ebers Papirüsü) bal ve akasya zamkı karışımının, bir yün üzerine yayılarak gebeliği önlemek için peser gibi kullanıldığı yazılmıştır. MÖ 1350-1200’e ait olduğu hesaplanan bir tablette penisi örten kılıf resimleri vardır. Burada amaç doğum kontrolünden çok hastalık ve böceklerden korunmadır (42,46).

Geri çekme, günümüzde de kullanılan en eski doğum kontrol yöntemlerindendir. 19. yüzyılda, dünyada en ünlü doğum kontrol yöntemlerinden birisi olan geri çekme günümüzde de en çok kullanılan geleneksel doğum kontrol yöntemidir (47,48). Bu yöntemde penis koitus sonunda dışarı çekilerek meni dışarı boşaltılır.

Yüzyıllar boyunca yapraklar, limon ve sünger gibi pek çok yöntem vajinal bariyer olarak kullanılmıştır (48). Kondom CYBH’den korunmak için çok erken dönemlerden beri kullanılmıştır (43). Rönesans döneminde kondomlar sosis derilerinden sonra da ketenden imal edilmiştir.

Fallop tüplerini bulan Gabriello Fallopius, 1564’te, CYBH’den korunmak için uzun yıllar popüler olan nemlendirilmiş keten bir prezervatif icat etmiştir (42). 18. yüzyıldan itibaren kondomlar hayvan bağırsaklarından imal edilmiştir. 1839’da Charles Goodyear kauçuk kondom, RİA, duş şırıngaları ve uterus örtüleri üretiminde kullanmak için işe girişmiş ve 1843’te kauçuk kondomları geliştirmiştir (42,46). 1924’e kadar prezervatif en sık önerilen kontraseptif yöntemdi.

AIDS'e neden olan virüs tanımlandığında kondom ve diğer güvenli korunma yöntemleri yeniden gündeme gelmiştir (42,46). İlk kadın kondomu 1900'lerin başlarında İngiltere'de ortaya çıkmıştır. Bu ilk kadın kondomları kauçuktan yapılıyordu. 1980'lere kadar popüler olmayan kadın kondomları 1980'lerde HIV dahil CYBH'lerin bilinirliğinin artmasıyla enfeksiyonlardan korunma amaçlı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Kadın kondomlarının popüler olması 1992'de poliüretandan yapılmış kondomlarla başlamıştır (42,44,45).

Süngerler spermi emerek rahime girmesini engelleyen bir bariyer doğum kontrol yöntemidir.

17. yüzyılda Fransızlar, spermleri engellemek için brendi ile ıslatılmış süngerleri kullanmışlardır. 20. yüzyılın başlarında İngiltere'de zeytinyağı ile nemlendirilmiş süngerler kullanılmıştır. Spermleri durdurmak için spermisit içeren ilk kontraseptif süngerler (Today Sponge) 1983'te Amerika'da üretilmiştir. 2005'te Today Sponge FDA tarafından onaylanmıştır (42,43).

1838'de Alman Jinekolog Friedrich Wilde kendi hastaları için kauçuk peserler üretmiştir. Bu peserler günümüzün servikal başlıklarına benziyordu. 1883'te Hollandalı doktor Aletta Jacobs, vulkanize kauçuk servikal başlıkları tanımlamıştır (44,49,50). FDA 1988'de Prentif Cavity-Rim Cervical Cap adlı servikal başlığın kontraseptif amaçlı kullanımını onaylamıştır. Servikal başlıklar Amerika'da 2002'de satışa sunulmuştur (46).

Asırlardır, kadınlar doğum kontrolü için vajen içine meyve asitleri, jöleler, pastalar ve çeşitli karışımlar koymuşlardır. Bu ilkel spermisitlerde amaç vajinada spermler için öldürücü, keskin, asidik veya alkali ortamlar oluşturmaktır (48). Kakao yağı ve kinin sülfat içeren ilk ticari spermisit ovül 1885'te İngiliz Farmakolog Walter Rendell tarafından geliştirilmiştir. Daha sonra daha potent bir spermisit olan hidrokinin, spermisit üretiminde kullanıma girmiştir. Friedrich Merz 1906'da Patentex olarak adlandırılan ilk ticari spermisit jeli geliştirmiştir. 1930'larda pek çok kimyasal spermisit etkinlik açısından değerlendirilmiştir. 1950'lerde, nonoxinol-9 gibi daha etkili kimyasallar bulunmuştur (42,43,48).

Doğal aile planlaması yöntemlerinden olan takvim yöntemi cinsel birleşmenin gebeliğe yol açtığı anlaşıldığından beri bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmıştır (48). Sperm 1678'de, ovum 1827'de tanımlanmıştır (42).

1840’larda iki farklı bilim insanı, Alman Bischoff ve Fransız Pouchet, kadınların aylık bir sefer yumurta ürettiğini keşfetmişlerdir (42). 1930’larda Japonya’da Ogino ve Avusturya’da Knaus çalışmalarında ovulasyonun ve buna bağlı fertilizasyonun ne zaman olduğunu göstermişlerdir (48). Bu bilgi kadınların adet dönemi boyunca fertil ve infertil dönemlerinin belirlenmesini sağlamıştır. Takvim yöntemi olarak bilinen Ogino–Knaus kuramı 1934’te tanımlanmıştır.

1930’larda ovulasyon dönemindeki ısı değişikliklerinin anlaşılmasıyla ısı yöntemi tanımlanmıştır. 1964’te servikal mukustaki dönmel değişiklikler üzerinde yapılan araştırma servikal mukus yöntemi olarak adlandırılan **Billings yönteminin** keşfedilmesine yol açmıştır. 1990’larda sempto-termal yöntem adıyla tüm fertilité indikatörleri birleştirilmiştir ve kontrasepsiyon etkinliğinin artması sağlanmıştır (42,48).

Rahim içi araçların (RİA) kullanımına dair bilgi uzun yıllar öncesine dayanır. Antik Yunan’da benzer bir aracın kullanıldığı bilinmektedir. Araplar develerin gebe kalmalarını önlemek için rahimlerine taş koyuyordu (42). 1868’de vajina boyunca uzanan bir alet bulunsa da, ilk gerçek RİA (ipek misina bir halka) 1909’da Dr. R. Richter tarafından üretilmiştir (42,48). 1920’lerde Ernst Grafenberg altın, çelik ve gümüş kaplı yüzükler denemiştir. 1934’te Japonya’da Oto bu yüzüklerin ortasına destekleyici bir yapı koyarak daha küçük ve etkili RİA’lar yapılmasını sağlayan “Oto halkasını” keşfetmiştir (44,48). Amerika’da üretilen kalkan şeklinde bir RİA olan Dalkon Shield şiddetli pelvik enfeksiyonlara neden olması ve başarısızlığı ile bilinir (42). Çok sayıda kadında intrauterin ölüm görülmüş aynı zamanda yetersiz ve hatalı tanı nedeniyle anne ölümleri görülmüştür (43,48). Dalkon Shield’in satışı 1974’te durdurulmuştur. FDA 1980’de hekimlerden bu RİA’ların çıkarılmasını istemiştir. Yeni RİA geliştirme çabaları sürmüş, kauçuk ve bakırlı RİA’ların geliştirilmesi ile ilk formlar kullanımdan kalkmıştır (42,44).

Amerikan jinekolog Jack Lippes 1960’larda Lippes Loop’u icat etmiştir. Lippes Loop özel bir plastikten yapılmış S şeklinde RİA idi ve bakırlı RİA’lar geliştirilene dek yıllarca kullanılmıştır (42). 1960’ta bakırlı RİA’lar gündeme gelmiştir. 1996’da hormonlu RİA’lar üretilmiştir. 1997’de ilk bakır çerçevesiz RİA satışa sunulmuştur (42,48). Piyasada bulunan en yeni RİA FDA’dan 2000 yılında onay alan progesteronlu RİA olan Mirena’dır (42). Günümüzde RİA’ları hem DSÖ

hem de Amerikan Tıp Birliği en güvenli, ucuz, geri dönüşlü kontraseptif yöntem olarak görmektedir (42,51,52).

Oral kontraseptiflerin geçmişı 2000 yıl öncesine kadar uzanır (48,51). İlk preperatlar söğüt yaprakları ve arı yemekten, erkek geyik boynuzlarının iç kazıntılarını yemeye kadar geniş bir aralıkta değişmekteydi. Milattan önce yedinci yüzyılda tüm antik dünyada, güvenilir bir doğum kontrol yöntemi olarak bilinen, sadece Kuzey Afrika'da yetişen, Silphium adlı çiçekli bir bitki kullanılıyordu. Milattan sonra birinci yüzyıla kadar bu bitki çok az bulunuyordu. Dördüncü yüzyılda ise soyu tamamen tükenmiştir (42). Dünyanın her yerinde kadınlar doğum kontrolü için bitkileri kullanmışlardır. Koitus öncesi ve sonrası kontrasepsiyon için en kapsamlı kitap bir Papaz tarafından kaleme alınmıştır. 1276 yılında papa seçilip 21. John adını alan Papanın reçeteleri günümüzde de şaşırtıcı olarak etkili bulunmuştur (42).

Kontraseptif bilgi 13. yüzyıldan sonra Avrupa'da yok olmaya başlamıştır. Çünkü engizisyon doğum kontrolüne izin vermiyor ve diğer kadınlara kontrasepsiyon için yardım eden kadınları büyücülük ya da sapkınlıkla suçlayıp ölümle cezalandırıyordu (42).

Sömürge Amerika'sında yerli kadınlar zenci kölelere doğum kontrolünü öğretmiştir. Zenci köleler gebe kaldıklarında sahipleri tarafından yeterli çalışmadıkları gerekçesiyle satılıyordu. Bu nedenle doğum kontrolü kullanma konusunda son derece usta hale geldiler. Onların bazı formülleri Güney Amerika'nın kırsal kesimlerinde halen kullanılmaktadır (42).

Modern hormonlu kontraseptiflerin geliştirilme çabaları üreme endokrinolojisinin anlaşılmasından sonra başlamıştır. Haberlandt, Otfried Otto Fellner, ayrı ayrı 1920'de hayvanlara steroid verilerek doğurganlığın baskılandığını söylemişlerdir. Haberlandt, 1931 yılında, hormon replasmanı ile doğurganlığın baskılanabileceğinden bahsetmiş ve Infecundin isimli bir ilaç bu amaçla hazırlanmıştır.

Ancak 1932'de Haberladt'ın ölümü bu ilacın kullanıma girmesine engel olmuştur (42,44).

1945'te Syntex SA diosgeninden steroid üretmeyi tasarlamış ve oral olarak kullanılabilecek bileşikleri araştırmıştır. 1950'lerde Pincus ve arkadaşları, OKS

geliştirme çalışmalarına başlamışlardır. Doğum kontrol hapları ile ilk deneme 1956 yılında Porto Rico'da Edris Rica-Winey tarafından yapılmıştır (42,48).

Amerika'da oral kontrasepsiyon düşüncesinin yeniden gündeme gelmesi 1950'lerde olmuştur. Bu düşüncüyü yeniden canlandıran Margaret Sanger'dır. Margaret Sanger, 1940 ve 1950'lerde doğum kontrolü üzerine yapılan araştırmaları yakından takip ve finanse ediyordu. Onun finansal desteği ile Kathrine Dexter McCormick sentetik progesterona dayalı bir oral kontraseptif geliştirmek için çalışıyordu. Geliştirilen preparatın ilk klinik çalışması 1956'da başarı ile sonuçlandı ve 4 yıl sonra 1960'ta FDA bir kontraseptif olarak Norethynodrel-Enovid'i onayladı (42,43,44).

Russel Marker Meksikalı kadınların uzun yıllardan beri doğum kontrolü için vahşi yam, barboska kökleri yediklerini keşfedince hap için temel araştırma başlamıştır. Yam özütlerinden elde edilen progesteron, Gregory Pincus tarafından östrojenle birleştirilerek ilk kombine oral kontraseptif üretilmiştir (42,48). Bu ilk haplar mükemmel olmamasına ve çok fazla yan etkiye sahip olmasına karşın, ilk defa cinsel ilişki ile ilgili olmayan bir doğum kontrol yöntemi olması nedeniyle önemlidir. İlk preparatlarda yan etkilerin fazla olması nedeniyle daha güvenli haplar için araştırmalara devam edilmiştir. 1969'da İngiltere'de ilk kez sadece progesteron (sentetik progesteron) içeren mini haplar üretilmiştir (42). 1980'lerden bugüne yeni progesteronlar içeren haplar geliştirilmiştir (1982'de desogestrel, 1987'de gestoden, 1991'de norgestimate). Bu kombine oral kontraseptifler (KOK) genellikle üçüncü jenerasyon olarak adlandırılır. 1981'de menstruel periyodun 3 fazına uygun hormonlar içeren trifazik haplar; 1982'de bifazik haplar üretilmiştir. Estradiol valerate ve dionegeest içeren ilk kuadrifazik KOK Qlaira 2009'da piyasaya sürülmüştür. ABD'de 2003'te FDA tarafından onaylanan Seasonale 3 ay (84 gün) sürekli alınan ilk oral kontraseptiftir (48,53). Sadece progesteron içeren haplar (mini hap) 1960'ta geliştirilmiştir (42,48).

Enjektabl kontraseptifler ilk kez 1950'lerde üretime girmiştir. Dr. K. Junkman 1953'te progesteron ve alkolü birleştirerek uzun süreli kontraseptif etkiye sahip enjekte edilebilen bir kontraseptif geliştirmiştir. Schering AG Noristeratla 1957'de; Upjohn depotmedroxyprogesterone acetate/DMPA (Depo-Provera) ile 1958'de çalışmalara başlamıştır. Bir insan kontraseptifi olarak Depo-Provera

alışmaları 1963'te başlamıştır. Depo-Provera 1974'te İngiltere'de kısa süreli kontraseptif kullanım için lisans almıştır. Depo-Provera'ya diğerk yöntemlerin uygun olmadığı durumlarda uzun süreli kullanım için lisans 1984'te verilmiştir. Bu kısıtlama, 1994 yılında kaldırılmıştır. Noristerat sadece kısa süreli kullanım için lisanslanmıştır. İngiltere'de ilk mini pill lisans almıştır (42,48).

Amerika'da deri altına implante edilebilen kontraseptif hormon içeren silastik kapsüller 1967'de icat edilmiştir. Altı adet progesteron salgılayan çubuktan oluşan Norplant 1984'te DSÖ tarafından onaylanmış ve İngiltere'de kullanımına başlanmıştır. Altı yıl sonra FDA Norplant'ın ABD'de kullanılmasına onay vermiştir (42,48).

Norplant etkinliğinin yüksek olmasına rağmen yan etkiler ve takılma ve çıkarılmasındaki zorluklar nedeniyle yaygın olarak kullanılamamıştır. Yan etkileri nedeni ile ABD'de pek çok kadının aleyhine dava açması nedeniyle üretici firma 2002'de Norplant'ı piyasadan çekmiştir (42,54). 1999'da Etonorgestrel içeren tek çubuktan oluşan implanon piyasaya girmiştir. 2010'da Nexplanon geliştirilmiştir (42,48).

Nexplanon implanondan farklı olarak radyoopaktır ve uygulama prosedürü aynı değildir.

Koitustan sonra gebelikten korunma antik çağlardan beri kadınların önemli sorunudur ve bunun için en sık kullanılan yöntem vajinal duş olmuştur. Bu amaçla pek çok madde kullanılmıştır. Papa 12. John cinsel ilişki sonrası gebeliği önlemek için menstruasyonun başlatılması gerektiğini söylemiştir. Bu amaçla pek çok bitki kullanılmıştır (42). Beş gün yüksek doz östrojen alınması 1960'larda acil kontrasepsiyon için kullanılan ilk hormonal yöntemdir (48). ABD'de 1970'lerde Dr. Albert Yuzpe doğum kontrol haplarını acil kontrasepsiyon için yazmıştır (42). Yuzpe yöntemi olarak bilinen bu yöntem bizde ve tüm dünyada kullanılmıştır. FDA 1998'de sadece acil kontrasepsiyon için kullanılmak üzere hazırlanan acil kontrasepsiyon kiti Preven'i onaylamıştır. Preven estrojen ve progesteron içeren bir üründür. Sadece progesteron içeren Plan B 1999'da onay almıştır (42). İlk lisanslı AK ürünü (Schering PC4) 1984'te İngiltere'de piyasaya sürölmüştür. Yine İngiltere'de 2000'de acil kontrasepsiyon için özel olarak lisanslı ilk sadece progesteron içeren AK (**Levonelle-2**) kullanıma başlanmıştır (42,48). RİA'ların

ilişki sonrası 5 gün içinde uygulanmasının çok etkili olduğu 1976'da bulunmuştur (69,76). Seçici progesteron reseptör modölatörü ulipristal asetat içeren Oral AK ellaOne İngiltere'de 2009'da lisans almıştır. Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 120 saatte kullanılabilmektedir. Fransa'da geliştirilen ve menstrüasyonu başlatan mifepriston ABD'de halen araştırılmaktadır (48).

Sterilizasyonun öncesi MÖ 63 yılına kadar gitmektedir ancak yaygın kullanılan bir yöntem değildi. Kadınlarda sterilizasyon yumurtalıkların cerrahi olarak çıkarılması ile yapılıyordu (48). Vazektomi ise ilk kez 9. yüzyılda İngiltere'de literatüre girmiştir (55). Klinik uygulamaya dahil olması 19. yüzyılda olmuştur. İlk kez Oschner vazektomiyi doğum kontrol yöntemi olarak önermiştir (55). Sir Astley Cooper 1830'da çeşitli vazektomi tekniklerini denemiştir. 20. yüzyılın ilk yarısında, ABD ve Avrupa'da vazektomi öjenik amaçlı kullanılıyordu. 20. yüzyılın ikinci yarısında öjenik vazektomi uygulaması durdurulmuştur. Elektif vazektomi kontrasepsiyon için kullanıma girmiştir (55). Ulusal Sağlık Servisi (Aile Planlaması) Değişiklik Yasası 1972'de yerel sağlık yetkililerinin diğer kontraseptif hizmetler gibi aynı zamanda vazektomi hizmeti uygulamalarına izin vermiştir (48).

Kadın sterilizasyonu ilk kez Hipokrat tarafından dile getirilmiştir. ABD'de ilk tubal ligasyon, 1880'de gelecekte yüksek riskli gebelik adayı olan bir kadında sezaryen sırasında yapılmıştır (48). Von Blundell 1834'te ilk kez tüm prosedürü tanımlamıştır.

Laparoskopik sterilizasyon ilk kez 1961'de Uchida ve arkadaşları tarafından postpartum sterilizasyon için tanımlanmıştır (48). Mini laparotomi 1975'te uygulamaya girmiştir (69). Bu operasyonlarda tubaları bağlamak için çeşitli ringler ve klipsler kullanılmıştır. Tubaları kapatan tıkaçlar, küçük aletler ya da kimyasallar araştırılmıştır. Histeroskopik sterilizasyon ise ilk kez 2002 yılında ABD'de uygulanmıştır (48).

2.3.2. Kontraseptif Yöntemler

Doğum kontrolü sperm ve ovumun birleşmesini ya da oluşan zigotun uterusu yerleşmesini önlemekle olmaktadır. Günümüzde bu amaçla kullanılan doğum kontrol yöntemleri 5 ana gruba ayrılır. Bu gruplar arasında bazı ortak yöntemler vardır (12,41). Bunlar:

1. Hormonal kontraseptifler,
2. Rahim içi araçlar,
3. Bariyer yöntemler,
4. Cerrahi sterilizasyon,
5. Doğal aile planlaması.

Hormonal Kontraseptifler

a. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

İlk kez 1960’larda kullanılmaya başlayan kombine oral kontraseptifler yüksek etkinlikte, kullanımı kolay, yan etkisi az, doğum kontrolü dışında bazı jinekolojik sorunların giderilmesinde de yardımcı olduğu için tüm dünyada yaygın olarak kullanılan kontrasepsiyon yöntemidir.

TNSA-2018 sonuçlarına göre, ülkemizde, kadınların %92,6’sı oral kontraseptifleri bilmektedir. Ancak tüm kadınlar arasında oral kontraseptif kullananların oranı %3,3’tür. Oral kontraseptif kullanan kadınların %49,8’i yöntemi kamu kuruluşlarından (hastane, ASM, TSM vs.), %50,2’si ise özel sektörden (eczaneler, özel doktorlar) temin etmektedir. Araştırmadan önceki 5 yıllık dönemdeki yöntem kullanıcılarının yaklaşık üçte biri (28) yöntemi kullanmaya başladıktan sonraki 12 ay içinde yöntemi bırakmışlardır. Yöntemi bırakma nedenleri arasında, yan etkiler/sağlık kaygısı %29,8 ile ilk sıradadır. Yöntem başarısızlığı nedeniyle bırakma oranı %11,8, gebe kalma isteği ile bırakma oranı %24,1’dir (56).

KOK’ler sentetik östrojen ve progesteron içeren oral doğum kontrol ilaçlarıdır. Östrojen formu etinil estradiol veya mestranol (ön ilaç), progesteron formu ise norethindrone, norethindrone acetate, norgesterel, levonorgesterel, desogesterel, norgestimet’ten biridir. KOK’lerde en fazla kullanılan östrojen etinil estradioldür.

Drospirenon ise son eklenen progesterondur. İlk OKS’ler 50 mcg östrojen, 150 mcg progesteron içeriyorlardı. Yan etkilerin fazla olması ve tromboemboli riskinin artması nedeni ile daha düşük dozda aynı etkinliğe sahip KOK’ler araştırılmış ve östrojen içeriği önce 35 mcg’a, daha sonra 30 mcg’a düşürülmüştür

(55). Günümüzde 20 mikrogram östrojen içeren çok düşük östrojenli OKS'ler güvenle kullanılmaktadır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı eliyle bedelsiz verilen KOK'ler monofazik tipte ve 35 mcg östrojen ve 150 mcg progesteron içeren preparatlardır. KOK'lerin bifazik, trifazik ve kuadrifazik tipleri menstrüel siklusun hormon düzeylerini taklit edecek şekilde geliştirilmiştir (41).

KOK'ler üç mekanizma ile gebeliğe engel olur. Temel etki ovulasyonun inhibisyonudur. Ayrıca, endometrial bezlerde atrofi yaparak zigotun yerleşmesini ve servikal mukusu kalınlaştırarak spermin ovuma ulaşmasını önlerler.

Etkinlikleri kullanıcı bağımlıdır. Doğru kullanımda etkinlik %99,9'dur. Teorikte başarısızlık sifıra yakındır. Ancak mükemmel kullanımda başarısızlık oranı %0,1 iken tipik kullanımda başarısızlık oranı %5'e kadar çıkar. Başarısızlığa neden olan faktörlerin başında kullanıcıların motivasyonu ve hapların alınmasının unutulması gelir (41,57).

İlk kullanıma başlanırken menstrüasyonun birinci gününde başlanırsa koruyuculuk hemen başlar (58). Adetin ilk 7 günü içinde başlanırsa kullanıcının ilk 7 gün ek bir korunma yöntemine ihtiyacı vardır. Her gün bir hap alınır.

21 tabletlik kutularda 21 tabletin bitiminde 7 gün ara verilir ve 8. gün akşamı yeni kutuya geçilir. 28 tabletlik kutularda her gün bir tablet alınır. Plasebo ya da demir içerikli son 7 hap alınırken menstrüasyon başlar. 28. Tablet bittiğinde ikinci kutuya başlanır. Bir tablet unutulduğunda; hatırlandığı an alınırsa ek korunma yöntemine gerek yoktur. Ardışık iki gün hap almak unutulduysa; iki gün üst üste ikişer hap alınır, ek bir korunmaya yine gerek olmamasına rağmen, genel kanı takip eden 7 gün boyunca ek bir korunma yöntemi kullanmaktır. Menstrüasyonun ikinci yarısında iki hap unutulduysa ya da siklusun herhangi bir döneminde üç hap unutulduysa; paket atılıp hemen yenisine başlanmalı ve ek bir korunma yöntemine başvurulmalıdır (41,57).

KOK'ler kullanımı kolay, çok etkili, ucuz, koitustan bağımsız korunma yöntemidir.

Siklusları düzensiz ve metroraji olan kadınlarda sikluslar daha düzenli hale gelirken menorajili kadınlarda kan kaybı %50 azalır. Bu iki özellik menometrorajiye bağlı demir eksikliği anemisi riskini azaltır. KOK'lerin kadınların

%80'inde dismenoreye iyi geldikleri, premenstrüel sendrom ve endometriozis semptomlarını azalttıkları belirlenmiştir (59,60).

Ovulasyonun önlenmesi, folliküler aktivitenin baskılanması sebebiyle benign over kisti oluşumunu azaltırlar. Uzun süreli kullanımda uterin leiomyomlarda %31, fonksiyonel over kistlerinde %49 azalma sağladığı saptanmıştır.

Endometrium ve overde malignite riskini azaltırlar. Çalışmalar KOK'lerin malign ve sınırdaki over epitelyal kanserlerini yaklaşık %40; endometriyal adenokanser riskini %50 oranında azalttığını ve bu olumlu etkinin en az 15 yıl sürdüğünü göstermiştir (60).

Bu koruyucu etkisi nedeniyle BRCA mutasyonu olan kadınlarda over kanserine karşı kemoprovensiyon amacıyla kullanımı önerilmiştir. KOK'lerin kolorektal kanserlerde %18 azalmaya sebep olduğu anlaşılmıştır (60).

Kemik mineral dansitesi üzerine etkileri yaşa göre değişir. Erken yaşlarda etki negatif iken daha yaşlı kadınlarda uzun süreli kullanımda kemik mineral dansitometrisi (KMD) üzerine olumlu etkileri vardır (60).

KOK'lerin korunma dışında diğer yararları menstrüel migreni önlemeleri, hirsutizmi ve akneleri azaltmalarıdır (60). Mukusu kalınlaştırarak bir bariyer oluştururlar ve pelvik inflamatuvar hastalık riskini azaltırlar (41).

KOK kullanan kadınlarda bulantı, baş ağrısı, memelerde hassaslık en sık görülen yan etkilerdir ve uzun süreli kullanımda azalmaktadır (61). Baş ağrısı genellikle ilk kullanımlarda ve 40 yaş üzerinde ortaya çıkmaktadır. Yönteme özel danışmanlıkta KOK kullanımı için başvuran kişilere olası yan etkiler, bunlarla nasıl baş edileceği ve hangi durumlarda hekime başvurulması gerektiği açıklanmalıdır (41). KOK kullanan kişilerde dikkat işaretleri Çizelge 2.1'de gösterilmektedir.

KOK'ler genelde ateroskleroz ile bağlantılı değildir. Ancak sedanter yaşam biçimi, obezite, fazla sigara tüketimi gibi olumsuz alışkanlıklar, hipertansiyon, hiperkolesterolemi ve diyabet gibi kardiyovasküler risk etmenlerine sahip hastalarda KOK ilk seçim olmamalıdır (61). Hipertansiyonu olan hastalarda KOK kullanımı periferik arter hastalığı riskinde artışa neden olabilmektedir (59,62). Auralı migreni olan kadınlarda stroke riskini artırdıkları için migreni olan kadınlarda KOK kullanımından kaçınılmalıdır (60).

Çizelge 2.1. KOK kullanan kişiler için uyarı işaretleri

Belirti	Olası neden
Şiddetli karın ağrısı	Safrakesesi hastalığı, trombovasküler hastalık, pankreatit, olası karaciğer adenomu
Şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı	Akciğer embolisi ya da kalp krizi
Şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi	Felç, hipertansiyon ya da migren
Kuvvet ya da duyu kaybı	Felç
Şiddetli uyluk ya da bacak ağrısı	Bacaklarda trombovasküler hastalık
Ani görme kaybı ya da bulanık görme (özellikle kontakt lens kullananlarda), konuşma bozukluğu	İnme, hipertansiyon ya da geçici vasküler sorunlar
Deride ve sklerada sarılık	Aktif karaciğer hastalığı

KOK'lerin kan basıncı üzerine etkileri dozla ve yaşla ilişkilidir. Yüksek doz içeren KOK kullanan kadınların %5'inde kan basıncı 140/90 mmHg'nin üzerine çıkabilmektedir.

Stegeman ve arkadaşlarının KOK'ler ve venöz tromboemboli riski hakkında yaptığı metaanalizde venöz tromboemboli riskinin tüm KOK tiplerinde 4 kat arttığı saptanmıştır. Venöz tromboemboli riski 50 mcg östrojen içeren KOK kullananlarda en fazladır. 35 ve 30 mcg östrojen içeren KOK'de risk benzer, 20 mcg östrojen içeren KOK'lerde ise en düşük bulunmuştur (63).

KOK kullanan kadınlar sıklıkla kilo alımından şikayetçidir. Yapılan çalışmalarda KOK'lerin kilo alımı ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (59,60). KOK kullanımı benign karaciğer tümörleri ile ilişkilidir. Düşük doz hormon içeren KOK'lerde karaciğer tümörü riski daha düşüktür.

KOK kullanımı ile meme kanseri ilişkisi genç kadınlarda tartışmalıdır. Meme Kanseri Hormonal Etmenler Üzerine İş Birliği Grubu 1999'da meme kanseri ve KOK kullanımı üzerine kapsamlı bir analiz yayınlamıştır. Sonuçlar son 1-4 yıl içinde KOK kullanan kadınlarda meme kanseri riskinin çok az arttığını göstermektedir. Roederer ve arkadaşlarının derlemesinde KOK'lerin meme kanseri ile ilişkisi bulunmamıştır (Kanat derecesi B) (59).

DSÖ ve ACOG KOK'ler için kontrendike olan durumları belirlemişlerdir. Buna göre KOK için kesin kontrendikasyonlar; kesin ya da şüpheli gebelik, nedeni bilinmeyen vajinal kanama, tromboembolik hastalıklar (serebrovasküler hastalık,

derin ven trombozu, pulmoner emboli), kalp hastalıkları (iskemik kalp hastalığı, konjestif kalp yetersizliği), kontrolsüz hipertansiyon, auralı migren, vasküler komplikasyonlar gelişmiş diyabet, vasküler hastalık, östrojen ilişkili malignensiler (meme kanseri, endometriyal kanser), nefrit ya da antifosfolipit antikorları olan sistemik lupus eritomatozis (SLE), akut karaciğer hastalığıdır (59,60). Mineralokortikoid etkileri nedeniyle drospirenon içeren KOK'lerin hepatik, renal ve adrenal yetersizlikte kullanılmaları önerilmemektedir (41).

Diğer seçenekler kullanılamadığında KOK kullanımına izin verilen kişilerde yakın izlem gerekir. Kesin kontrendikasyon olmamakla birlikte emzirenler, depresyonu olan kadınlar, 35 yaş üstü günde 15'ten fazla sigara içenler, migren ya da epilepsisi olanlar, gebeliği sırasında veya daha önce KOK kullanırken sarılık geçirenler, uterin myomu olanlar, 40 yaş üstü diyabetes mellitus, kardiyovasküler ya da serebrovasküler hastalık riski taşıyanlar, kontrol altında hipertansiyonu olanlar (KB <140/90 mmHg), büyük operasyon geçirenler ve 4 hafta içinde geçirecek olanlar, orak hücre hastalığı olanlar ve safra kesesi hastalığı olanlarda KOK'lerin birinci seçenek olarak düşünülmemesi gerekir (41,57,64,65,66).

b. Mini haplar

Yalnız progestin içeren bu haplar tam etkinlik için ara vermeden her gün aynı saatte alınmalıdır. Minipil olarak da adlandırılan bu kontraseptif haplar daha az tercih edilmektedir. Mini haplar östrojenin yan etkileri ya da kontrendikasyonu nedeniyle OKS kullanamayan kadınlarda bir seçenek olabilir. Mini hapların 75 mcg norgestrel ve 350 mcg noretindron içeren iki tipi mevcuttur.

Servikal mukusu kalınlaştırma, %40-60 oranında ovulasyonu engelleme, tubal motiliteyi etkileme ve endometriumu atrofiye uğratarak implantasyonu engelleme yöntemleri ile gebeliği önler (41,57). Etkinliği emzirenlerde %98,5, emzirmeyenlerde ise %96'dır. Başarısızlık oranı kullanıma bağlı olarak ilk yıl %1,1–9,6 arasında değişmektedir. Başarısızlık gençlerde %3,1 iken, 40 yaş üstünde %0,3'tür (41,57).

Menstrüasyonun ilk günü başlanıp her gün aynı saatte devamlı alınır, ilk 7 gün ek bir korunma yöntemi kullanılmalıdır. Kullanıcıya son 7 gün menstrüel kanama olabileceği söylenmelidir. Bununla birlikte menstrüel kanama olsa da

olmasa da, paketteki haplar bitince ara vermeden yeni bir pakete başlanmalıdır. Mini hap kullanan kadın bir hap almayı unuttuysa ve 3 saatten fazla geciktirdiyse, hatırlar hatırlamaz almalı ve 48 saat süreyle ek koruma yöntemi kullanılmalıdır. İki ya da daha fazla hap unutuldu ise, iki gün süre ile ikişer hap almalı ve daha sonra birer hap almaya devam etmelidir. Bu durumda bir hafta süre ile ek bir korunma yöntemi kullanılmalıdır (41,57).

Emziren, ileri yaş (40 yaş üzeri) günde 15'ten fazla sigara içen ve östrojenin kontrendike olduğu durumları olan kadınlarda tercih edilebilir. Kullanıcının uyum sorunu olması, fonksiyonel over kisti varlığı, gebelik varlığı ya da şüphesi, ektopik gebelik öyküsü, aktif karaciğer hastalığı, tanı konmamış vajinal kanama ve meme kanseri varlığı ve öyküsü olan kadınlarda ise kontrendikedir (41,57,63).

Yan etkileri; düzensiz ve ara kanamalar, amenore, fonksiyonel over hastalığı, akne, baş ağrısı ve bulantıdır (41,57).

c. Yalnız progestin içeren enjekte edilen hormonal kontraseptifler

Sentetik progesteron içeren ve intramusküler enjeksiyonla uygulanan hormonal kontraseptiflerdir. Enjekte edilebilen sadece progesteron içeren hormonal yöntemlerin 2 tipi vardır (41,57):

- Depo medroksi progesteron asetat (DMPA),
- Noretisteron enantat (NET-EN).

DMPA sentetik progesteronun mikrokristallerinin süspansiyonudur. Uygulamadan sonraki 24 saat içinde farmakolojik olarak aktif düzeye ulaşır. 3 ay boyunca 0.1 ng/ml'lik serum konsantrasyonu sağlar (66,67,68).

Etki mekanizması; servikte sperm penetrasyon ve implantasyonunu kalın bir mukus tabakası oluşturarak önler. Endometriumun progesteron etkisi ile inaktif ve atrofik hale gelmesi de implantasyonu olumsuz yönde etkiler. Dolaşımdaki progesteron miktarının yüksekliği, ovulasyon öncesi LH yükselmesini etkin olarak önler ve ovulasyon engellenir (41,57,66,67,68). Enjektabl progestinler oldukça etkilidirler. Başarısızlık oranı %0,1'den düşüktür (57,66,67,68).

Efektif kontrasepsiyon sağlanması için menstrüasyonun ilk 5 gününde yapılmalıdır. Bu dönemde yapılmamış ise 2 hafta süre ile ek bir korunma yöntemi

kullanılmalıdır. Bir sonraki enjeksiyon DMPA kullanımı için 3 ay, Noretisterat'ta ise 2 ay sonradır (41,57,66,67,68).

Doğum sonrası emziren kadınlarda ilk enjeksiyon 6. hafta sonunda yapılmalıdır; emzirme yoksa ilk enjeksiyon doğum sonrası 3-4. haftada yapılabilir. Düşük sonrası hemen ya da ilk 7 gün içinde enjeksiyon yapılabilir (41,66).

Gebe kalma isteği ile yöntemi bırakan kadınlardaki gebe kalma hızları, yöntem kullanmayan kadınlarla benzerdir. Ovulasyonun ve menstruasyonun başlaması 9 aya kadar uzayabilir. Bu süre yöntemin kullanma süresi ile ilişkisizdir. Son enjeksiyondan sonra 12 aydan fazla devam eden menstrüasyon gecikmesi beklenen bir durum değildir ve araştırılmalıdır (41, 66-68).

İlk enjeksiyon zamanı çok önemlidir. Pardthaisong ve arkadaşları zamanlama hatası nedeni ile gebelik oluştuğunda, intrauterin gelişme geriliğine bağlı olarak yenidoğan ve bebek ölümlerinde artış olduğunu saptamışlardır (66).

DMPA özellikle östrojenin kontrendike olduğu emziren, sigara içen kadınlarda tercih edilebilir. Bunun dışında demir eksikliği anemisi, jinekolojik obstetrik durumlar (preeklampsi öyküsü, ektopik gebelik öyküsü, uterus fibroidleri, endometrium – over kanserleri, gestasyonel trofoblastik hastalık servikal ektropiyon), benign meme hastalıkları, tromboembolik hastalık geçirmiş kadınlar, konjenital kalp hastalığı, safra kesesi hastalıkları, talasemi ya da orak hücreli anemi, epilepsi, tiroid hastalığı, gibi tıbbi sorunları olan hastalarda da güvenlidir. Diğer yöntemlere uyum zorluğu olan kadınlar, her gün bir hap almayı unutan kadınlar için uygun seçenek olabilir (41,57,64-68).

Ağır karaciğer hastalığı ya da tümörü, kontrolsüz hipertansiyonu, komplikasyonlu diyabeti, tromboembolik hastalık öyküsü, nedeni bilinmeyen vajinal kanaması, meme kanseri, kalp hastalıkları için risk etmenlerinin varlığı olan kadınlarda ve 6 haftadan küçük bebeği olan emziren annelerde kontrendikedir (41,57,64-69).

DMPA cinsel ilişkiden bağımsız ve uyumun kolay olduğu bir yöntemdir. Östrojen içermediği için konjenital kalp hastalığı, orak hücre anemisi, tromboembolik hastalık geçirmiş kadınlar ve 30 yaş üzeri sigara içen kadınlarda kullanılabilir. Emziren annelerde sütün miktarını arttırabilir, anne sütüne çok az geçer ve bebeğin gelişimine etkide bulunmaz. Âdet kanaması miktarını azalttığı için

anemi riskini azaltır. Endometrium ve over kanseri insidansını azaltır. Ovulasyonu baskıladığı için endometriozis ve ektopik gebelikten koruyucudur. Servikal mukus vizkozitesini artırdığı için de pelvik inflamatuvar hastalık (PIH) riskini azaltır (41,57,66-68).

Östrojen içermediği için ciddi yan etkileri yoktur (57,68). Düzensiz kanama, ara kanamaları ve amenore en sık görülen yan etkilerdir (66,67). Düzensiz kanama oranı ilk yıl içinde %30, sonraki yıllarda %10'dur. Enjeksiyonların arka arkaya uygulanması ile tamamen amenore riski artabilir. Memelerde hassasiyet, kilo artışı ve depresyon diğer yan etkilerdir. İlaç vücuttan son enjeksiyondan ancak 6–8 ay sonra atıldığından önemli ölçüde ağırlık artışı ve depresyon, ancak bu süre sonunda düzelebilir (41).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından gelişmekte olan 3 ülkede, 9 yıl, kadınlar üzerinde, hastanelerde ve olgu kontrollü yapılan bir çalışmada, kullanımın ilk 4 yılında meme kanseri gelişimi açısından hafif risk artışı gösterilmişse de risk artışı kullanım süresi ile orantılı değildir. Bugünkü görüş DMPA'nın meme kanseri açısından risk artışı yaratsa bile, bu risk oranının son derece düşük olduğudur. Genel konsensus, DMPA'nın uzun süreli kullanımının risk artışı yaratmadığı yönündedir (66).

d. Enjekte edilebilen kombine kontraseptifler

Sadece progesteron içeriğine sahip enjektabl kontraseptiflerin menstruasyon düzensizlikleri ve amenore yan etkisi nedeniyle konjuge progesteron + östrojen içeren uzun etkili kontraseptif geliştirme üzerine çalışılmıştır. Bu çalışmalar sonunda 4 haftada bir intramüsküler uygulanan 4 preparat geliştirilmiştir (70,71).

1. Chinese Injectable No.1: 17 alfa-hidroksiprogesteron caproat (250 mg) + Estradiol valerate 5 mg: Bu preparat yoğun olarak Çin'de ve komşu ülkelerde kullanılmıştır.
2. Topasel/Patector/Perlutal (ve çeşitli diğerleri): Dihidroprogesteron asetojenid (150 mg) + estradiol enantat (10 mg). Latin Amerika'da kullanılmıştır.
3. Cyclofem: Metroksiprogesteron asetat (25 mg) + Estradiol Cypionat 5 mg.
4. Mesigyna: Noretisteron enantat 50 mg + Estradiol valerate 5 mg.

DSÖ yapılan çalışmalar sonucunda Cyclofem ve Mesigyna'ya etkili ve güvenli olarak onay vermiştir. Yapılan çalışmalarda bu iki ilaç arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmamıştır (70). Türkiye'de **Mesigyna** en sık tercih edilen kombine enjektabl preperattır (41).

Konjuge enjekte edilebilen kontraseptiflerin etki mekanizması KOK'lerle aynıdır.

Enjeksiyon yapılan ilk 15 gün içinde plazma östradiol düzeyinde azalmaya bağlı hipostrojenemik ortam oluşturulması ile ovulasyon baskılanmaktadır. Yöntem bırakıldıktan sonra folikül aktivitesi 28 gün içinde eski haline döner. Uygulamadan sonraki ikinci siklusta ovulasyon tamamen normale döner (84,98). Etkinliği yüksektir. Başarısızlık oranı %0,1 – 0,2 arasındadır (41,57).

Enjektabl kombine kontraseptiflerin olumlu ve olumsuz yönleri KOK ile benzerdir. Farklı olarak oral alınmadığı için KOK'lerde sık rastlanan bulantı, kusma yakınmaları nadirdir. Karaciğer fonksiyonlarını üzerine olumsuz etkileri bulunmadığı için oral KOK kullanımı esnasında ya da gebelikte sarılık geçirenlerde kullanılabilir.

Yöntemin ilk uygulama zamanı; menstrüasyonun ilk 7 günü içinde olmalıdır. Doğum sonrası dönemde eğer kadın emziriyorsa, doğum sonrası 6 ay geçince; emzirmiyorsa doğum sonrası 3-4. haftada uygulanabilir (69). Düşük sonrası hemen ya da ilk 7 gün içinde ilk enjeksiyon yapılmalıdır. Sonraki enjeksiyon, kanamanın durumuna bakılmaksızın ilk enjeksiyondan 1 ay sonra uygulanmalıdır. İkinci ve daha sonraki enjeksiyonlar daha önceden saptanan enjeksiyon tarihinden 3 gün önce ya da 3 gün sonra yapılabilir. Enjeksiyondan sonra kullanıcıya bir sonraki uygulama tarihi mutlaka bildirilmelidir (41,57).

e. Deri altı implantları

İlk deri altı kontraseptif implant 1983'te geliştirilen Norplanttır. Norplant her biri 36 mg levonorgestrel içeren 6 çubuktan oluşuyordu. Norplantın retimi, uygulanması daha kolay preparatların geliştirilmesi ile 2008'de durdurulmuştur (71,72).

Deri altı implantlarının günümüzde 4 tipi vardır (71):

1. İmplanon: Bir çubuktan oluşur. Kullanım süresi 5 yıl.
2. Jadelle: İki çubuktan oluşur. Kullanım süresi 5 yıl.
3. Sino-implant: Dört çubuktan oluşur. Kullanım süresi 4 yıldır.
4. Nexplanon: İmplanon ile aynı. Az miktarda baryum sülfat içerdiği için radyoopaktır. Kullanım süresi 5 yıl.

Türkiye’de en sık kullanılanı implanon 68 mg etanorgestrel içeren 4 cm uzunluğunda ve 2 mm çapında tek çubuktan oluşur. Etkinliği ve etki mekanizması, yan etkileri, endikasyon ve kontrendikasyonları DMPA ile birebir benzerdir (41,57).

Negatif yönleri implantın yerleştirilmesi için eğitilmiş personel gerekmesi, deri altında fark edilmesi ve kullanıcılarda 2 yıl süresince devam edebilecek olan adet düzensizlikleri riskidir (41). Komplikasyonları uygulama bölgesinde enfeksiyon ve çıkarırken yaşanan zorluktur (41).

f. Hormon içeren RİA’lar

Hormon içeren RİA’ların en sık kullanılanı Levonorgestrel intrauterin araç olarak da adlandırılan Mirena, 52 mg Levonorgestrel içerir ve 5 yıl etkilidir (41,73). En etkili uzun etkili geri dönüşlü kontraseptif yöntemlerden biridir. Etki mekanizması DMPA ve RİA’larla aynıdır. Etkinliği %99’dan yüksektir. Yan etkileri, düzensiz ve sık kanamalar, amenore gibi kanama durumunda değişiklik, baş ağrısı, bulantı, akne, baş dönmesi, kilo alma, memelerde hassasiyet ve ağrı ve duygu durum değişiklikleridir. Olumlu yönleri menstrüel kanama miktarını azaltması ve demir eksikliği anemisini önlemesi, PİH’den koruması, menstrüel krampları ve endometriosis semptomlarında azalma sağlamasıdır (41,57).

g. Kombine kontraseptif transdermal yama

ABD’de 2001’de piyasaya sürülmüştür. Her yama bir haftalık östrojen (etinil estradiol) ve progesteron (norelgestromin) içerir. Etki mekanizması, endikasyon ve kontrendikasyonları KOK’lerle aynıdır. Etkinliği yüksektir. Başarısızlık oranı yıllık %1’dir. Olumlu ve olumsuz yönleri de KOK’lerle benzerdir. KOK’lerden farklı olarak ilaç uyum sorunu, bulantı, kusma olmaması avantajına sahiptir. Negatif yönü

ise yamanın ciltte irritasyona sebep olabilmesidir. Haftada bir değiştirilerek 3 hafta kullanıldıktan sonra 1 hafta ara verilir. Yamalar üst kola, karına, kalçaya ya da memeler dışında göğüse, temiz ve kuru cilde yapıştırılabilir. Yüzme, duş alma gibi günlük durumlarda çıkarmaya gerek yoktur (41,74).

h. Vaginal halkalar

Vajinal halkaların doğum kontrolü için tasarımı 1970'lerde geliştirilmiştir (41). Halkalar vajinaya yerleştirilir, içerdığı hormonun özelliğine ve miktarına bağlı olarak koruyucu özellik gösterirler. Diyaframın aksine, halkaların yerleşim açısından sorunu yoktur, yalnızca konfor ve atılma olasılığı açısından büyüklük önemlidir. Ana koşul halkanın dış kenarının vajen duvarıyla temas halinde olmasıdır (41,57).

Rahim İçi Araçlar (RİA)

RİA'lar günümüzde global olarak geniş oranda tercih edilen, etkinliği yüksek, geri dönüşlü korunma yöntemlerinden biridir (65). DSÖ verilerine göre tüm dünyada 100 milyondan fazla kadın RİA kullanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde evli çiftlerin %13'ü RİA kullanmaktadır (52,75). Üç tip RİA vardır:

1. **İnert (katkısız) RİA'lar:** Günümüzde kullanımdan kalkmıştır.
2. **Bakırlı RİA'lar:** Cooper T- 380A, Cooper T- 380S, Cooper T- 200, Cooper T- 200B, Multiload (ML Cu 250 ve 375) ve Nova T gibi tipleri vardır. Etkinlik açısından benzerlik gösterirler. Kullanım süreleri içerdikleri bakır miktarına bağlıdır.
3. **Hormon salgılayan RİA'lar:** Progestasert, Levonova (Mirena). Günümüzde en çok tercih edilen tip Mirena'dır.

Günümüzde Cu-T 380A pek çok ülkede ve ülkemizde en yaygın kullanıma sahip, Sağlık Bakanlığının ücretsiz olarak uyguladığı RİA çeşididir (41). Bütün RİA'lar etkilerini asıl olarak endometrial boşluk içerisinde göstermektedir. Temel etki mekanizması uterus içerisinde spermisidal bir ortam oluşturmaktır. RİA'ların ektopik gebeliklere karşı da önleyici etkisinin olması yumurtalar üzerinde sitotoksik etkisi olduğunu ya da tubal fonksiyonları bozduğunu düşündürmektedir (41,57).

İnert RİA'larda; uterusun yabancı cisme gösterdiği reaksiyon sonucu oluşan steril inflamatuvar etkinin yarattığı doku harabiyeti, az da olsa spermisidaldir.

Çok az sayıda sperm fallop tüplerindeki ovuma ulaşır (82). Bakırlı RİA'larda; bakır varlığı endometriumla sınırlı hasar, yabancı cisim yanıtı oluşturarak inflamatuvar reaksiyon ve biyokimyasal değişimlere neden olur. Bakırın yol açtığı değişimler arasında, prostaglandin yapımında artış ve farklı endometrial enzimlerin inhibisyonu vardır.

Sonuç olarak, sperm ve embriyoya toksik olan bir uterus ortamı oluşur. Bakırlı RİA'lar over fonksiyonlarına etkide bulunmazlar (57). Progesteronlu RİA'da 52 mg levonorgestrel vardır günde 20 mcg progesteron salgılar (52,75).

Etki mekanizmasında progesteronun endometriumu inceltmesi, tubal motiliteyi baskılaması ve servikal mukusu kalınlaştırmasına ek olarak RİA nedeniyle oluşan yabancı cisim reaksiyonu vardır (41,52).

RİA'lar geri dönüşümlü, güvenli ve koruyucu etkisi yüksek kontraceptiflerdir.

Bakır miktarı yüksek olan yeni modern RİA'larla (TCU 380 ve Multiload 375, Nova T 380) cerrahi sterilizasyonla aynı oranda istenmeyen gebelik bildirilmiştir (84). Yapılan klinik çalışmalar sonucunda; 300/mm² üzerinde bakır içeren RİA'lar ve progesteronlu RİA'ların neredeyse aynı etkinlikte olduğu, tipik kullanımda başarı oranının %98-99 olduğu bulunmuştur (41,52,75). RİA kullanımı sırasında gebelik testi pozitif çıkanlarda ektopik gebelik araştırılmalıdır (52).

RİA kullanımı sırasında gebelik oluşursa ve gebelik istenmiyorsa gebelik sonlandırılır. Gebelik isteniyorsa ve birinci trimesterde ise RİA abortus riskini artırdığı için çıkarılır. İkinci trimesterde kadına teratojenik etkisi olmadığı anlatılır ve RİA yerinde bırakılır (12,41).

Bakırlı RİA ile görülen yan etkiler kanama paternlerinde değişiklik, düzensiz kanama ve kramp şeklinde ağrıdır ve genellikle kullanım süresi boyunca giderek azalır (57).

Progesteronlu RİA'da görülen yan etkiler amenore, akne, kilo alma, depresyon, libidoda azalma ve baş ağrısıdır (76,77).

RİA'ların olumlu yönleri kolay uygulanması ve güvenli oluşu, sistemik etkisinin olmaması, geri dönüşlü ve cinsel ilişkiden bağımsız olmasıdır.

Çıkarıldığında fertilite hemen geri döner. RİA kullanan kadınlarda başka bir sorun yaşanmadıkça yılda bir kez kontrol yeterlidir (41,78).

Olumsuz yönleri, uygulama ve çıkarılması için eğitilmiş personel gerektirmesi, uygulama esnasında az da olsa perforasyon riski olması, uygulanması ve çıkarılması sırasında az da olsa ağrı duyma, CYBH'ye karşı koruyucu olmamasıdır (41,57,75).

RİA uygulanan kadınlarda uygulamadan sonraki birkaç ay veya devamlı olarak menstruel kanama miktar ve süresinde artma, ağrı ve ara kanamalar olabilir. Hiç doğum yapmamış olanlarda kanama ve ağrı yakınmaları daha fazla olabildiği için ilk seçenek olarak düşünülmemelidir.

RİA kullanımı için endikasyonu olan kadınlar, gebeliklerinin arasında uzun süre olmasını isteyenler ve/veya artık gebelik istemeyenler, hormonal kontraseptif kullanımı için uygun olmayanlar, koitustan bağımsız yöntem isteyenler, bir veya daha çok çocuğu olanlar ve artık çocuk istemeyenlerdir. RİA acil, post-koital kontrasepsiyona ihtiyacı olanlar için de uygun bir yöntemdir (41,57).

Genital malignansisi, uterin kavitede anatomik bozukluğu, gebelik varlığı ya da şüphesi, PİH, tanışız vajinal kanama varlığı RİA'lar için kesin kontrendikasyonlardır (41,75). Aşırı dismenore ve/veya menoraji, CYBH riski, ektopik gebelik öyküsü, Hb düzeyinin 9 mg/dl'nin altında olduğu anemi, kalp kapak hastalıkları, bakteriyel endokardit, diyabet, immün sistem bozuklukları, Wilson hastalığı ve bakır alerjisi, pıhtılaşma bozukluğu olan kişilerde ilk tercih olmamalıdır. Daha önce hiç doğum yapmamış kişilerde ağrı riskinin fazla olması nedeniyle kaçınılır (41,75).

RİA'lar kadının gebe olmadığından emin olduğunda adet zamanının herhangi bir döneminde uygulanabilirse de gebelik kuşkusunu ortadan kaldırmak için menstrüel siklusun ilk 10 günü tercih edilmektedir. Menstrüel kanama döneminin bitiminden sonra servikal kanalın kapanması uygulamayı zorlaştırdığı için genel eğilim servikal kanalın açık olduğu menstrüel kanama döneminde uygulamadır (41,76).

Enfeksiyon belirtisi olmamak şartıyla RİA ilk trimester spontan düşük ve küretajdan hemen sonra ya da bir hafta sonra uygulanabilir. İkinci trimester düşüklerinden sonra atılma riski fazla olduğu için uygulama geciktirilebilir (41).

Doğum sonrası, RİA uygulamak için optimum zaman değildir. Ancak izlemi kısıtlı, yüksek gebelik riski olan kadınlarda, doğum sırasında fazla kanama ya da enfeksiyon riski yoksa plasentanın atılmasından sonraki 10 dakika içinde uygulanabilir. Normal vajinal doğumda uygulama için en güvenli zaman postpartum 6. hafta, sezaryen doğumda ise postpartum 8. hafta sonrasdır (12,41).

RİA uygulamasında karşılaşılabilen komplikasyonlar uterin perforasyon ve PİH'dir.

RİA uygulaması esnasında uterus perforasyonu nadir görülür (%0,1-0,3) ve genelde deneyimsiz kişilerin uygulamalarında ortaya çıkar (52). PİH uygulama sonrası ilk senede, özellikle de ilk 4 ayda karşılaşılabilen nadir ama önemli bir komplikasyondur. Genelde cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) için risk taşıyanlarda görülür. Bu nedenle RİA, CYBH riski yüksek hastalarda ilk seçenek olarak akla gelmemelidir (12,41,80,81).

Bariyer Yöntemler

Spermin üst üreme organlarına ulaşmasını önleyen kimyasal ya da mekanik araçlardır. Etkinlikleri çiftlerin istek ve becerileri ile doğrudan ilişkilidir. Başarısızlık yüzdeleri sürekli kullanımda tecrübeye bağlı olarak azalır. Bu yöntemlerin sistemik etkileri olmadığı için yan etkileri çok azdır. Bu grupta en bilinen yöntem kondomdur ve sadece gebelik değil, CYBH'ye karşı da koruma sağlar (41,57). Diyafram ve spermisitler diğer bariyer yöntemlerdir.

a. Kondom

Antik çağlarda penisi korumak amacıyla kullanılan kondomlar, gebeliğin koitusla oluştuğunun anlaşılması ile gebelikten korunma amacıyla da kullanılmaya başlanan en eski kontraseptif yöntemlerinden biridir (46,82). Günümüzde lateks kauçuktan yapılan erkek kondomları ve polietilenden yapılan kadın kondomları en çok tercih edilenlerdir. Kondom spermlerin vajinaya girişini engelleyerek etki gösterir. Mikroorganizmaları geçişini de engellediği için CYBH'ye karşı en etkili korumayı sağlar (75). Kondomların hormonal yan etkisi yoktur. Ancak bazı kişilerde duyarlılığı azaltabilir. Bazı erkeklerde ereksiyon problemi ortaya çıkarabilir (41,57).

Gebelikten ve CYBH'den korunma isteyen kişilerde kullanımı uygundur.

Araştırmalara göre ilk yıl başarısızlık oranı %14'tür. Uygun koşullarda kullanıldığında başarısızlık oranı %3'e kadar düşer. Uzun süreli kullanımda başarı oranı artar (12,82).

Kadın kondomu cinsel eşleri kondom kullanmayan kadınlar tarafından gebelikten ve CYBH'den korunma amacıyla kullanılır. Kadın kondomları poliüretan ya da lateks bir kılıf ile iç ve dış olarak iki değişik boyda halkadan oluşur. Halkalardan küçük olanı kılıfın kapalı ucunda bulunur ve vajina içine, serviksi örtecek şekilde yerleştirilir. Açık ve tek büyük halka ise vulvada kalır. Erkek kondomu gibi genital teması ve semenin vajinaya dökülmesini önler (41,57).

b. Diyafram

Serviksi fiziksel olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan ya da silikondan yapılmış bir araçtır. Cinsel birleşmeden önce kubbe kısmına spermisit konularak kullanılır. Vajinaya doğru olarak yerleştirilen diyafram simfizis pubisin arkası ile vajen arka forniksi arasında durur. Böylece vajen ön duvarı ve serviksi kapatır (83).

Doğum kontrolüne üç yolla engel oldukları düşünülmektedir (41,57):

1. Sperme karşı mekanik bir engelleme oluştururlar.
2. Servikal mukusun vajinal asiditeyi nötralize etmesini önleyerek spermelerin vajende canlılığını önlerler.
3. Spermisit kremlerin ve jellerin doğru uygulanabilmesini sağlarlar.

Diyaframın koruyuculuğu kullanıcının yaşına, deneyimine, spermisitle birlikte kullanılıp kullanılmadığına göre değişir. Tipik kullanımda başarısızlık oranı %20'dir (41,83).

Diyafram dünyanın pek çok ülkesinde geniş olarak kullanılmakla birlikte Türkiye'de sık tercih edilen bir yöntem değildir. Bunun sebebi diyaframın kullanılmasının zorluğu, rahatsız edici etkilerinin varlığı ve daha kolay kullanımı olan korunma yöntemlerin giderek yaygınlaşmasıdır. Kullanıcılar en çok vajendeki kirlilikten, spermisite bağlı kokudan, irritasyondan ve diyaframın doğru yerleştirilmediğinde verdiği rahatsızlık hissinden şikâyet ederler (41). Diyafram

kullananlarda idrar yolu enfeksiyonları da KOK kullananlara kıyasla iki kat fazladır (57).

Tam etkinlik için diyaframların ilişkiden yarım saat önce, spermisitle birlikte uygulanması ve ilişkiden 6 saat sonra çıkarılması gerekir. Vajen içinde gereğinden fazla kalması toksik şok sendromuna yol açabilir (41,57).

c. Servikal başlık (Cap)

Servikal başlık, çok az tercih edilen bir yöntemdir. Diyaframa oranla daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçüktür. Serviks üzerine oturtulur, kıvrılabilen kenarları ile vakum oluşturarak serviks ya da üst vajen duvarına tutunur. Bu yüzden vajinal tonusu azalmış kadınlar tarafından da kolayca uygulanabilir. Doğru kullanım için kullanıcıların eğitimi gereklidir. Etkinliği diyaframla benzerdir. Bir yılda gebelik oranı %8,4 ile %19,6 arasındadır (41).

d. Spermisitler

Spermisitler sperm hareketlerini engelleyen ve spermelerin hücre membranını bozarak ölmesini sağlayan kimyasal ajanlardır. Aerosol, krem, jel, macun, suppozituar, köpük, tablet, film ve sünger gibi türleri vardır. Temel etkili madde; Nonoxynol-9, Octoxynol-9 ve Menfegol'dür (2). Cinsel ilişkiden 10-15 dk önce vajinaya uygulanırlar. Vajina yıkanacaksa koitusdan 6-8 saat sonra yıkanmalıdır.

Etkinlik, spermisitin kolay veya zor uygulanabilirliğine ve çiftin bunu düzenli olarak her koitusta kullanma durumuna bağlı olarak değişir. Rutin kullanımda başarısızlık oranı %5-50 arasında değişir. Koruyuculuk kondom ya da diyaframla birlikte kullanıldığında artar.

Cerrahi Kontrasepsiyon

Şu an dünyada kullanılan en etkili ve geri dönüşsüz korunma yöntemi cerrahi sterilizasyondur. Kadında tüp ligasyonu, erkekte vazektomi şeklinde uygulanan cerrahi sterilizasyon artık kesinlikle başka çocuk istemeyen kişiler için önerilen yöntemdir (12).

Günümüzde geriye dönüşü mümkün, ancak, pahalı, zor ve kesin değildir. Bu yüzden yöntem tanıtılırken ve önerilirken detaylı bilgi verilmelidir. Çocuk isteği, kararsızlığı olan kişilerde kontrendikedir (41,57).

Amaç kadında fallop tüplerine, erkeklerde ise vezikal kanala yapılan cerrahi kesi ya da halka takılması ile ovum ve spermin birleşmesini (döllenmeyi) engellemektir. Etkinliği tüp ligasyonu için %99,9 vazektomi için %99,8'dir (41).

a. Tüp ligasyonu

Tüp ligasyonu kendisinin ve partnerinin başka çocuk istemediğinden emin olan, gebe kalması halinde yaşamı riske gireceği bilinen, kalıcı bir yöntem arayan kadınlar için uygun bir yöntemdir. Fallop tüpleri vajinal, transservikal ya da abdominal yolla ulaşarak ya cerrahi olarak kesilip bağlanır ya koterize edilir ya da bir ring takılarak kapatılır. En çok tercih edilen yol abdominal yoldur. Abdominal yaklaşımda iki yöntemden biri kullanılabilir;

- Laparoskopi,
- Mini laparotomi (Pomeroy, Irving, Parkland, klip, silikon band).

Son yıllarda geliştirilen Essure sisteminde cerrahi insizyon gerekmemektedir.

Lokal anestezi altında histeroskopi ile Fallop tüplerine mikroinsertler yerleştirilmektedir. Uygulamadan sonraki ilk 3 ayda Fallop tüpleri ve mikroinsertler spermlerin ovuma ulaşımını engelleyen bir bariyer doku oluşturmaktadırlar. Girişimden 3 ay sonra hastalara histerosalpingografi yapılarak bariyer oluşup oluşmadığı kontrol edilmelidir (84).

Artı yönleri çok etkili ve güvenli olması, etkinliğin hemen başlaması, uygulama zamanının cinsel ilişkiden bağımsız olması, menstrüel siklus, libido ve laktasyon üzerine etkisinin olmamasıdır (41,57).

Olumsuz yönleri geri dönüşsüz bir yöntem olması, uygulama sırasında ya da hemen sonrasında cerrahi komplikasyon görülebilmesidir. En önemli dezavantajı başarısızlık durumunda ektopik gebelik riskinin varlığıdır (41,57).

Tüp ligasyonu geri dönüşsüz bir seçim olduğu için bu yöntemi tercih eden çiftlerin bilgilendirilmesi çok önemlidir. İşlem yapılmadan önce çiftler diğer kontraseptif yöntemler konusunda bilgilendirilmelidir. Tüp ligasyonunun olumlu

ve olumsuz yönleri, girişimin olası risklerine dair tam bir bilgilendirilme yapılmalı ve aydınlatılmış onam alınmalıdır (41,85).

b. Vazektomi

Erkeklerde, vas deferenslerin kapatılması ile spermelerin epididimden duktus ejakülatoryusa geçişinin önlenmesi esasına dayanan bir yöntemdir. Olumlu yönleri kolay, basit ve kısa sürede uygulanabilmesi, hastanede yatış gerektirmemesi ve cinsel ilişkiden bağımsız olmasıdır (41,57,86). Olumsuz yönleri geri dönüşsüz olması, cerrahi komplikasyon riski ve etkinliğin geç başlamasıdır. Tam etki için 20 ejakülat ya da 20 günün tamamlanması gerekir (82-84). Başarısızlık oranı %0,1'dir (41,57).

Vazektomi kendisinin ve partnerinin başka çocuk istemediğinden emin olan, sağlık nedeniyle partnerinin gebe kalması kesinlikle istenmeyen, kalıcı bir yöntem isteyen erkekler için uygun bir yöntemdir. Bekar olan, hiç çocuğu olmayan, marital sorunları olan, kendisinin ya da partnerinin başka çocuk isteği belirsiz olan, psikiyatrik problemleri olan erkekler için uygun değildir (41,69).

Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

DSÖ, doğal aile planlaması yöntemlerini, menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerinde, doğal bulguları gözlemleyerek gebeliğin planlanması ya da gebelik istenmiyorsa, fertil dönem boyunca gebeliğin cinsel ilişkiden kaçınma yoluyla engellenmesi olarak tanımlamıştır (12,87).

Doğal aile planlaması yöntemleri servikal mukus ya da ovülasyon (Billings) yöntemi, servikal palpasyon yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, üçünün bileşimi olan semptotermal ve takvim yöntemlerini kapsar. Yapılan bilimsel çalışmalarda, idrarda LH piki tayini ve tükürük ya da servikal mukusta fern kristalizasyonu testinin (eğreltiotu görünümü) ovülasyon gününü belirlemede etkili olduğu kanıtlanmıştır. Günümüzde fertilité durumunu (ovülasyon dönemini) belirlemede bazı kimyasal ve hormonal testlerden de faydalanılmaktadır (41,88).

Araştırmalar, kültürel ve sosyoekonomik özellikleri ile eğitim düzeyleri farklı olan kadınların, doğal aile planlamasını başarıyla uygulayabildiklerini göstermiştir. DSÖ'nün, değişik gelişme düzeylerinde ve farklı kültürel töreleri olan beş ülkede

yürüttüğü çok merkezli bir ovülasyon yöntemi deneme araştırmasında, kadınların %93'ünün ovülasyon yöntemini doğru kullanmayı ilk üç siklusları içinde öğrendikleri görülmüştür. Bu araştırma ayrıca, farklı eğitim düzeylerinin, kadınların servikal mukus özelliklerini fark edip kaydetme yeteneklerini etkilemediğini göstermiştir (12,89).

DAP yöntemleri spermin kadının genital yolunda 48-72 saat canlı kalabildiği ve ovumun ömrünün 24-48 saat olduğu bilgisine dayandırılmıştır. Fertilitenin en fazla olduğu dönem, ovülasyondan 5 gün öncesi ve ovülasyondan 2 gün sonrası arasındaki günlerdir.

Bu süre içinde gebe kalma olasılığı giderek artar ve ovülasyon günü ile ondan önceki iki günde en üst düzeye ulaşır. Ovülasyon günündeki değişkenlikler nedeniyle cinsel ilişkiden uzak durulması gereken süre uzun tutulur ya da bu sürede bariyer yöntemler kullanılabilir (41,87,88,89).

Doğal aile planlamasının etkili olması için, çiftlerin, cinsel davranışlarında düzenlemeler yapması elzemdir. Kadının fertilité bulgularını her gün izleyip, standart bir forma kaydetmesi gerekmektedir. Eşler birbirlerinin doğurganlık hakkındaki düşüncelerini, kadının fertil günlerini bilmeli ve gebelik istenmiyorsa, fertil günlerde koitustan uzak durulmalıdır (12,89).

Doğal aile planlamasının etkinliği tercih edilen yöntem ve kullanıcının özelliklerine göre değişir. Mükemmel kullanımda koruyuculuk %95-99'dur (116). Servikal mukus izlemi ve semptomtermal yöntem en etkili DAP yöntemleridir (89).

DAP'nin olumlu yönleri, gebeliği önlemek veya oluşturmak için kullanılabilmesi, tıbbi kontrendikasyonu ya da yan etkisinin olmaması, kişinin kendini tanımasına ve üreme fonksiyonları konusunda bilgilenmesine katkıda bulunması, kontraseptif malzeme gerektirmemesi, erkeğin de aile planlamasında sorumluluğu paylaşması, eğitilmiş tıbbi personele gereksinim duyulmamasıdır (41,87).

Olumsuz yönleri, her iki eşin de iş birliğine ihtiyaç duyulması, öğrenilmesinin en az 3 ay sürmesi ve iyi eğitici gerektirmesidir. DAP kullanımında başarısızlığın nedenleri, bazı kadınların gebe kalabilecekleri günü belirlemelerinin zor olması, vajinal enfeksiyonlar varlığında, ovulatuvar mukusun ayırt edilmesinin zorluğu, bazal vücut ısısı yönteminde, vücut ısısının herhangi bir hastalık, ilaç, stres, hareket,

sıcak içecek içilmesi gibi nedenlerden etkilenmesi ve bunların sonucunda fertil/infertil dönemlerin saptanmasında hatalar yaşanabilmesidir (41,87).

Gebeliği önlemek amacıyla kullanıldığında, çiftin eğitim programı tamamlanmadan ve çiftin yöntemi yeterince öğrendiğinden emin olmadan önce, yöntem kullanılmaya başlanmamalıdır. Bu sürede çift başka bir yöntemleri tercih etmelidir. Çift, seçtiği doğal aile planlaması yönteminin kurallarına kesin olarak uymak zorundadır.

Kuralların bozulması yöntemin etkisini azaltır (41).

DSÖ uygunluk kriterlerine göre doğal aile planlaması uygulamasının kesin kontrendikasyonu bulunmamaktadır (64).

a. Servikal mukus yöntemi

Servikal mukusu takip ederek fertil ve infertil günlerin belirlendiği yöntem, 1960'lı yıllarda Billings'ler tarafından geliştirilmiştir (44,88). Bu nedenle bu yönteme ovülasyon yöntemi ve servikal mukus yönteminin yanı sıra, Billings Ovülasyon Yöntemi (BOM) de denilmektedir. Son yıllarda servikal mukusu gözleme için Creighton Modeli ve İki Gün Modeli olarak iki farklı yöntem daha tanımlanmıştır ancak en çok kullanılan yöntem BOM yöntemidir (88). Servikal mukus yöntemi (SMY)'nin temeli, menstrüel siklus süresince ortaya çıkan mukus değişikliklerini takip etmektir (41,57,88).

Servikal mukusun niteliği östrojen ve progesteron seviyesine bağlı değişir.

Menstrüasyondan sonraki günlerde östrojen düzeyinin artmasına paralel olarak mukus salgısı artmaya başlar; mukus incelik ve rengi berraklaşır, daha elastik ve kaygan hale gelir.

Ovülasyondan sonra progesteronun artışı mukusun su miktarını azaltır ve mukus kalınlaşmaya başlar. Mukus ovülasyon öncesi özelliklerini kaybeder; azalır, yapışkan hale gelir (41,57).

Bu değişikliklerin sonucu olarak menstrüel kanama bittikten sonra, çoğu kadında birkaç gün hiç mukus gözlenmez ve vajina kuru hissedilir. Bu günlere **kuru günler** denir. Kadın, kuru günlerden sonra mukusu görmeye başlar. Bu mukus tipik olarak yapışkan, koyu kıvamlı ve pürüklüdür. Renk, sarıdan beyaza kadar değişebilir.

Mukusun miktarı çok az olduğundan, kadının vajinal bölgesi kuru olur. Ovülasyon yaklaşırken, mukus artar, incilir ve rengi berraklaşır. Daha elastik ve kaygan hale gelir. Bu evrede kadınlar vajinal bölgelerinde ıslaklık hisseder. Bu nedenle bu günlere **ıslak günler** denir. Bu tür mukus, spermilerin ortalama üç, bazen beş güne kadar yaşamasını ve yumurtaya doğru hareketini sağlar. Şeffaf, iplik gibi uzayan mukusun vajina girişi etrafında oluşturduğu ıslaklık, yağlanma ve kayganlığın hissedildiği en son güne **zirve günü** denir. Ovülasyon genellikle zirve gününden bir gün önce, bazen zirve gününde, bazen de zirveden sonraki iki gün içinde olur. Ovülasyondan sonra mukus tekrar kalınlaşmaya başlar ve kadınlar mukustaki değişiklikleri izlerler. Mukusun kalınlaşmasıyla başlayan kuru günlerde spermin bu ortamda birkaç saatten fazla yaşaması ve hareket etmesi zorlaşır (41,57). Bu yöntemde kadın, menstrüel kanamanın bitmesinden sonra vajinasını her gün kontrol etmeye başlar. Bu kontrolü kaygan, ince ve bol mukusun son gününden 8- 10 gün sonrasına kadar sürdürür. Mukustaki değişikliklerle, ovülasyonun yakın olduğunu veya gerçekleştiğini belirleyebilir. Fertilitenin sona erdiğinden emin olana kadar kayıt tutmaya devam eder. Kadın mukus görünüşünü kontrol edip kaydetmede deneyim kazanana kadar, her siklusu kaydetmelidir. Mukus, gün içinde değişebileceğinden, kontrollerin akşamları yapılması ve o gün döllenmeye uygun mukus olup olmadığının kaydedilmesi önerilir (41,88). Kayıt aşağıdaki çizelgeye göre yapılabilir (Şekil 2.1).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Kanamalı günler					İlk infer. G Kuru G			ZG Fertil dönem Islak günler							İkinci infertil dönem Kuru günler												

Şekil 2.1. Menstrüel siklus ve servikal mukus yöntemi

b. Servikal palpasyon yöntemi

Servikal mukus yöntemi ile aynı mekanizmaya sahiptir. İnfertil dönemde serviks serttir, eksternal os kapalıdır ve servikse kolay ulaşılır. Ovulasyona doğru, östrojen hormonu arttıkça serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir ve servikal os açılır.

Palpasyonla servikse ulaşmak zorlaşır. Ovulasyon sonrası serviks yeniden sertleşir, aşağı iner ve os kapanır. Ovulasyonun olabileceği günlerde koitus yasaktır

(41,57). Şekil 2.2 SMY çizelgesini göstermektedir.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Kanamalı günler					Güvenli olmayan infertil dönem						Fertil Dönem							İnfertil dönem									

Şekil 2.2. SMY çizelgesi

c. Bazal vücut ısısı yöntemi

Ovulasyonla bazal vücut ısısında 0.2-0.5°C artış ortaya çıkması temeline dayanır. Ovülasyondan sonra korpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu, termojeniktir ve vücut ısısını 0,2°C-0,5°C arasında yükseltir ve ısı artışı bir sonraki menstrüasyona kadar (yaklaşık 11-17 gün) kalır. Bu yükselişe **termal kayma** denir ve bu da bazal vücut ısısı yönteminin temelini oluşturur. Bu yöntemin uygulanabilmesi için kadınların bazal vücut ısılarını siklus süresince kaydederek ovulasyon gününü belirlemeleri gerekir. Bazal vücut ısısı, hassas bir termometreyle, menstrüel siklus süresince her sabah yataktan kalkmadan önce, ortalama aynı saatlerde ve tercihen oral yoldan ölçülür ve tarih belirtilerek bir çizelgeye yazılır. Menstrüel siklusun ilk 10 gününde ölçülen normal ısıların en yükseği belirlenir ve en yüksek ısıнын 0,1°C üstünden bir çizgi çekilir. Bu çizgiye “ısı çizgisi” denir. İnfertil dönem, ısı çizgisi üzerinde art arda gelen üçüncü yüksek ısıнын kaydedilişinin akşamı başlar. Koitus öncesi, yüksek ısıнын saptandığı üç günün geçmesi beklenir. Üç günlük ölçüm süresince, üç ısıdan birinin ısı çizgisinde olması veya bunun altına düşmesi, ovülasyonun henüz olmadığını bir göstergesi olabilir. Bu nedenle, cinsel ilişki öncesi, ısı çizgisinin üstünde 3 ısı kaydedene kadar beklenmelidir. İnfertil dönem başladıktan sonra, kadının ısı ölçmeye devam etmesi gerekli değildir. Bir sonraki menstrüel siklus başlayana kadar ara verilebilir (41,57,88). Şekil 2.3. Bazal vücut ısısı yönteminin çizelgesini göstermektedir.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Kanamalı D					Fertil Dönem								O	Yüksek ısı			İnfertil dönem										

Şekil 2.3. Bazal vücut ısısı yönteminin çizelgesi

Bu yöntemin etkili olabilmesi için bazal vücut ısısı artışından 3 gün sonrasına kadar ilişkiye izin verilmemelidir. 14 -16 gün kadar infertil olan dönemde ise ilişkiye izni vardır. Bazal vücut ısısı, stres, antibiyotik kullanımı, hastalık, düzensiz uyku, ölçüm hatası ve benzeri birçok durumdan etkilenebileceğinden, fertil-infertil dönemleri belirlemede yetersizlik yöntemin başarısını azaltır. Bu sebeple doğal aile planlaması yöntemleri genellikle tek başlarına değil birbirleri ile kombine edilerek kullanılır.

Birleştirilmiş bu yöntem semptotermal yöntem olarak bilinir (41,57).

Semptotermal yöntemde servikal mukus yöntemi + servikal palpasyon yöntemi + bazal vücut ısısı yöntemi bir çizelge üzerinde birleştirilir. Üç yöntemin bir arada değerlendirilmesi ile yöntemin etkinliği artmaktadır (88,89).

c. Takvim yöntemi

Tarih boyunca çiftler, doğurganlık ve doğal aile planlaması konusunda arayış içinde olmuşlar ve kendilerince birtakım yöntemler bulmuşlardır. Bu konuda ilk bilimsel yaklaşım 1928 yılında olmuş ve menstrüel siklusta ovülasyon gününün bilimsel olarak belirlenmesiyle “takvim yöntemi” yaygın kullanılır hale gelmiştir. Ancak bu yöntem, çoğu zaman istenmeyen gebeliklere sebep olduğundan kullanımı sınırlı kalmıştır.

Takvim yöntemi, menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 aylık bir gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan doğal bir yöntemdir.

Yöntem, fertil günlerde çiftin koitustan uzak durması ve infertil günlerden yararlanması mantığına dayanır (41,57).

Bu yöntemde fertil ve infertil günlerin hesaplanması için menstrüel siklus süresinin bilinmesi gerekir. Bunun için hastanın son 6 ay-bir yıl içindeki siklus süreleri kaydedilir. Siklus düzenli ise siklus süresinden 19 ve 11 çıkarılır ve bu aradaki günler fertil dönem olarak kabul edilir (41,57,88). Örneğin, düzenli olarak 29 günde bir menstrüasyonu olan kişide fertil günler $29-11= 18$; ve $29-19= 10$. günler arasıdır. 0 ila 10. günler arası fertilité için tam güvenli değildir. 18 ve 29. günler arası ise güvenli fertil günlerdir.

Sikluslar düzensiz ise son 12 siklus sürelerinin en uzun olanından 11, en kısa olanından 18 çıkarılarak fertil günler hesaplanır. Örneğin son 6 siklusu 27, 30, 28, 27, 29, 30, 31, 26, 27, 31, 30, 27 gün olan bir kişide fertil günler $26-19=7$ ve $31-11=20$. günler arasındır. İlk 7 gün infertil gün olarak tam güvenli değildir. 20-30. günler arası güvenli infertil günler olarak sayılır (89).

Takvim yönteminde sorun, bazı kadınların düzenli sikluları olmaması ve istenmeyen gebeliklerin olmasıdır. Bu nedenle takvim yöntemi, tek başına tutarsız, güvensiz ve sıklıkla yetersizdir ve bu nedenle kullanımı sınırlıdır (41,57).

d. Laktasyonel amenore yöntemi

Modern korunma yöntemlerinin bulunmasından önce, iki gebelik arasında geçecek süreyi belirleyen ilk faktör emzirmeydi. Kontrasepsiyonun yaygın olarak bilinmediği zamanlarda, gebeliğin kontrolüne önemli katkı yapan emzirme, günümüzde, gelişmekte olan ülkelerin çoğunda aile planlaması için kullanılan yöntemlerdendir. Laktasyonel amenore yöntemi, annenin emzirme döneminde emzirmeyle ilgili bazı kurallara uyarak laktasyon amenoresini bir korunma yöntemi olarak kullanmasıdır (41,87).

Laktasyonel Amenore Yöntemi (LAM) özellikle doğum sonrası ilk aylarda, emziren kadınların belli koşullarla doğal olarak fertil olmadığı düşüncesine dayanır (82). LAM bazı koşullara uyulduğunda emzirmenin bir korunma yöntemi olarak kullanılmasıdır, emzirmenin her zaman gebelikten korumadığını vurgular (12).

Anne sütünün ilk altı ay bebeğin beslenmesi için yeterli ve birçok bakımdan yararlı olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda bu dönemde belli kurallarla emzirmenin %98 oranında etkili bir doğum kontrol yöntemi olduğu kabul edilmektedir (41). Laktasyonel amenore yönteminin etkinliği tam emzirmeye bağlıdır (41). Tam emzirme koşulları:

- Bebeğin altı aydan küçük olması,
- Menstrüasyonun başlamaması,
- Bebeğin gündüz ve gece her istediğinde, sık aralıklarla (6-10 kez) ve en az dört dakika emzirilmesi,
- Bebeğin beslenmesinin en az %85'inin anne sütüyle sağlanması.

Bu koşullar altında başarı oranı %98'dir (82). Sık emzirmenin yapılamadığı durumlarda, memeden pompa ile sık sık süt sağılması, yöntemin etkisinin devamlılığı için önerilen bir uygulamadır (41).

Geleneksel Yöntemler

a. Geri çekme

Halk arasında bu yönteme “çekilme”, “dışarı boşalma”, “erkeğin korunması” gibi pek çok isim verilmiştir. Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakulatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak menisini vajina dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018'e göre ülkemizde %20,4'lük oranla korunma yöntemleri arasında ilk sıradadır (56).

Doğru uygulandığında gebelik oranı %9-15 dolayındadır. Ancak topluma dayalı araştırmalarda bu oranın %25 ya da daha yüksek olduğu bildirilmiştir (12). Bazı çiftler tarafından başarılı bir şekilde uzun yıllar kullanılabilen bu yöntemde başarı, kişisel durumlara bağlıdır ve erkeğin doğurganlığı planlamadaki sorumluluğunu gösterir.

Başarıyla uygulandığında bile eşlerde bazı psikolojik ve fizyolojik problemlerin ortaya çıkabileceği söylenmektedir. Ancak yine de bu bilgiyi doğrulayan herhangi bir kaynak yoktur (41).

b. Vajinal yıkama

Pek çok kadın, vajina duvarı ve kanaldaki spermleri yıkayıp atma düşüncesi ile ilişkiden hemen sonra vajinayı suyla yıkamanın gebeliği engellediğini düşünür. Etkitli bir kontraseptif yöntem değildir, ejakülasyondan 15 saniye sonra sperm servikal kanala penetre olur (41).

Acil (Postkoital) Kontrasepsiyon

Korunmasız cinsel ilişki, diyaframın yer değiştirmesi, kondom yırtılması, RİA'nın düşmesi, KOK hap alımının unutulması veya cinsel tecavüz gibi durumlarda gebeliği engellemek amacıyla başvuru alan yöntemdir (90-93). Acil kontrasepsiyon son 20-30 yılda gittikçe bilinir hale gelen bir konudur. Herhangi bir

kontraseptif yöntem kullanmalarına rağmen yöntem başarısızlığı nedeniyle oluşan plansız gebeliklerin önlenmesinde önemli bir yöntemdir.

Acil kontrasepsiyon (AKs) için en sık kullanılan yöntemler kombine östrojen (100 mcg etinil estradiol) + progesteron (0.5 mg Levonorgestrel) içeren yöntem ve sadece progesteron (0.75 mg Levonorgestrel) içeren yöntemdir. Levonorgestreli yöntem daha başarılıdır. Levonorgestrel için orijinal doz 12 saat arayla alınan 0.75 mg'lık dozdur. Ancak, son yapılan çalışmalarda tek doz 0.75 mg levonorgestrelin 12 saat arayla alınan 2 doz levonorgestrel kadar etkili olduğu bulunmuştur (91). Yine son zamanlarda yapılan çalışmalarda 1.5 mg levonorgestrelle birlikte bir COX-2 inhibitörünün (meloksikam 15 mg) birlikte kullanılmasının levonorgestrelin etkinliğini artırdığı saptanmıştır (91).

Diğer AKs yöntemleri yüksek doz östrojen, Mifepriston, bakırlı RİA ve 2009 yılında FDA tarafından AKs için onay alan ikinci jenerasyon antiprogesteron Ulipristal acetate (UPA)'dır.

Acil kontraseptif yöntemlerin gebeliği engellemedeki etki mekanizması yöntemlere göre farklılık göstermektedir. YUZPE yönteminde etki mekanizması ovulasyonun önlenmesi ya da geciktirilmesi ve implantasyonun engellenmesidir. Levonorgestrel ovulatuvar süreci ve luteal işlevi bozmaktadır. Bu sebeple ovulasyona çok yakın alındığında etkili olmamaktadır. Aksine UPA aynı zamanda alındığında ovulasyonu ertelemektedir. RİA'ların etki mekanizması spermin ovumu döllemesini ve implantasyonu engellemektir (92).

Acil kontraseptif yöntemler koitustan sonra ne kadar erken kullanılırsa başarısı o kadar yüksek olmaktadır. AK'den sonra klinik muayene ve gebelik testi lüzum değildir (92). Klinik muayene AK kullanan kişide beklenen menstrüasyon bir haftadan fazla gecikirse, alt karın ağrısı varsa ya da düzensiz kanama varsa gereklidir (93). Bazı kadınlarda AK sonrası ilk bir ay düzensiz kanama ve lekelenmeler görülebilir, ancak bu durum kendiliğinden düzelir (27,93).

Acil kontrasepsiyon yöntemleri bir doğum kontrolü yöntemi olarak düşünülmemelidir. AK gebelik oluştuktan sonra etkili değildir. Uzun süreli korunma isteyen kadınlarda bakırlı RİA uygulaması tercih edilebilir (27,93).

2.4. Ülkemizde Kontraseptif Yöntem Kullanımı

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün yaptığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA 2018) göre evli kadınların %53'ü artık başka çocuk istememektedir. Kadınların %14'ü bir sonraki çocuk için en az iki yıl beklemek istediklerini bildirmişlerdir (56). Bu rakamlar ülkemizde aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bu hizmetlere erişimin kolaylaştırılması gerektiğini göstermektedir. Tüm kadınların %97'si en az bir kontraseptif yöntem bilmekte, %63'ü de en az bir kontraseptif yöntem kullanmaktadır.

RİA'lar ve oral kontraseptifler en çok bilinen yöntemdir. Vajinal halka en az bilinmektedir. TNSA 2018'e göre yaşamlarının bir döneminde gebeliği önlemek için bir yöntem kullandıklarını belirten tüm kadınların oranı %63, modern yöntem kullandıklarını belirten kadınların oranı %54,7'dir. Bu kadınların %24,5'i RİA, %21,9'u hap kullandıklarını bildirmişlerdir (56).

TNSA 2018'e göre Türkiye'de halen evli kadınların %69,8'i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Ancak bu kadınların %48,9'u modern yöntem kullanmakta, %20,9'u geleneksel yöntemlerle korunmaya çalışmaktadır.

Modern yöntemler içinde RİA %13,7 ile en çok tercih edilen yöntemdir. Kondom kullanım oranı %19,1, KOK kullanım oranı ise %4,8'dir (56).

Bölgeler arasında kontraseptif yöntem kullanım oranı değişmektedir. Kuzey-Doğu Anadolu'da ve Akdeniz bölgesinde kontraseptif yöntem kullanan kadın oranı %64 iken Ege bölgesinde %70'tir. Modern kontraseptif yöntem kullanan kadınların %52'si kontraseptif yöntemleri devlet kuruluşlarından, %35,5'i özel sektörden aldıklarını bildirmişlerdir.

TNSA 2018'e göre Türkiye nüfusunun eğitim düzeyine bakıldığında erkeklerin %17'si, kadınların %35'i ilkokulu bitirmemişlerdir. Kadınların %34'ü ilkokulu, %15'i ortaokulu, %26'sı lise ve üzeri bir okulu bitirmişlerdir. Eğitim düzeyi doğurganlık oranını önemli oranda etkilemektedir. Okur-yazar olmayan ve ilkokulu bitirmemiş kadınlarda toplam doğurganlık hızı 4.2 iken bu oran ilkokul mezunlarında 3.6, ortaokul mezunlarında ise 2.8'dir (56).

2.5. Dünyada ve Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi

Bulaşıcı olmayan hastalıklar içinde kanserler, en başta gelen ölüm sebeplerinden biri olması nedeniyle küresel düzeyde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı’nın (International Agency for Research on Cancer) Dünya Kanser Raporu’na (2020) göre; kanser, asırlardır var olan bir hastalıktır. Öte yandan dünyadaki hızlı nüfus artışı ve uzun yaşam nedeniyle, kanser eskisinden daha sık görülen bir hastalık haline gelmiştir (94). Günümüzde tanı olanaklarının artması da kanser insidansının artmasında önemli bir etkindir (95). Rapor, kanser vakalarında tanı olanaklarına bağlı görece artışın ötesinde, son yıllarda kanser etiyojisinde yer alan sebeplerin artması ile kanser vakalarındaki gerçek artışa da dikkat çekmektedir (94).

Dünya Kanser Raporu’na göre kanser insidansı 2018 yılında tüm dünyada yaklaşık 15 milyon vaka olarak bildirilmiş, kanserler tahmini 9 milyon ölüme neden olmuştur. Aynı yıl yeni tanı alan kanser vakalarının yarısından ve kanserden ölümlerin üçte ikisinden fazlası, orta ve düşük gelirli ülkelerde meydana gelmiştir (5,94,96).

Yapılan tahminler, 2020 yılında 7,8 milyar olan dünya nüfusunun, 2030 yılında 8,3 milyara çıkacağını göstermektedir (97). Bu dönemde nüfus artışının yüksek gelirli ülkelerde ortalama %4 olması beklenirken, düşük ve orta gelirli ülkelerde %30 dolayında olması beklenmektedir. Nüfus projeksiyonları, bu artışla uyumlu olarak, yaşlı nüfusun ve kanser insidansının düşük ve orta gelirli ülkelerde daha fazla artacağını ve 2030 yılında tüm dünyada 21,4 milyon yeni kanser vakası ile kansere bağlı ölümlerin 11 milyon kişiye ulaşacağını göstermektedir (5,94,96).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (2020) verileri, dünyada insidans ve ölüm hızlarının en yüksek olduğu kanserlerin erkeklerde akciğer, kadınlarda meme kanseri olduğunu; ölümlerin ise her iki cinsiyet için toplamda en fazla akciğer (1,8 milyon ölüm), kolorektal kanserler (935.000 ölüm), karaciğer (830.000 ölüm), mide (769.000 ölüm) ve meme kanseri (685.000 ölüm) nedeniyle olduğunu göstermektedir (5,94).

TÜİK (2020) verilerine göre kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci en sık ölüm nedeni olarak, tüm ölümlerin %18,4’ünü oluşturmaktadır (4).

Sağlık Bakanlığı'nın 2016 yılı verilerine göre kanserlerin toplam insidans hızı erkeklerde yüz binde 259, kadınlarda yüz binde 183'tür. Aynı yıl, erkeklerde en sık görülen ilk beş kanser ve insidans hızları: trakea, bronş, akciğer kanserleri (yüz binde 57,7), prostat kanseri (yüz binde 35), kolorektal kanserler (yüz binde 25,3), mesane kanseri (yüz binde 21,1) ve mide kanseri (yüz binde 14,2) iken; kadınlarda en sık görülen kanserler: meme kanseri (yüz binde 45,6), tiroid kanseri (yüz binde 22,9), kolorektal kanserler (yüz binde 14,2), uterus korpusu kanseri (yüz binde 10,5) ve trakea, bronş, akciğer kanserleridir (yüz binde 9,8) (99).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre Türkiye'de kansere bağlı ölüm 2019 yılında erkeklerde yaklaşık 51.000, kadınlarda 28.000 olmuştur (100).

2.6. Dünyada ve Türkiye'de Kanser Kontrolü

Küresel düzeyde kanser kontrolünde en önemli adım, dünyanın farklı yerlerinde kansere bağlı hastalık yükünün boyutunu ve doğasını anlamak ve buradan yola çıkarak önlenabilir sebepleri ve diğer öncelikli müdahale alanlarını saptamaktır (94). Günümüzde farklı nüfus gruplarına göre görülen kanser türleri farklılık göstermekte ve kanser prevalansları zamanla değişmektedir (101).

Göçmenlerle yapılan pek çok çalışma, göç eden kişilerde yıllar içinde doğdukları bölgedeki kanserlerin daha az, göç ettikleri bölgedeki kanser türlerinin ise daha fazla görüldüğüne işaret etmektedir (102,103). Bu sonuçlar, kanser gelişiminde çevrenin etkisi ile ilgili teorileri güçlendirmektedir (104-107).

Çevre kavramı, literatürde farklı şekillerde açıklanmaktadır. Çevre; bazı bilim çevreleri tarafından bireyler üzerinde etkili olan fiziksel, kimyasal, biyolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin bir bütünü olarak tanımlanmaktadır. Diğer taraftan bazı bilim çevrelerinde bireyin doğuştan sahip olmadığı, başka bir deyişle genetik yapısı dışındaki tüm faktörler çevre kavramı içinde değerlendirilmekte ve tütün, alkol kullanımı, beslenme, fiziksel aktivite vb. sağlık davranışları da bu kavrama dahil edilmektedir (108,109). Dünya Kanser Raporu'na (2020) göre tüm kanserlerin %80 ila 90'ı, sağlık davranışlarını içine alan bu geniş tanımı ile çevresel faktörlere bağlanmaktadır (94).

Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü raporları başta olmak üzere pek çok raporda, kanserlerin en az üçte birinin önlenebileceği bildirilmektedir. Birincil koruma (önleme), erken tanı (ikincil koruma), tedavi ve palyatif bakım (üçüncül koruma) olmak üzere dört ana başlığa ayrılan kanser kontrolünde birincil koruma, halen en maliyet-etkili ve uzun dönemli strateji olmaya devam etmektedir (5,96,110). Öte yandan birincil koruma olanağının bazı kanser türleri için hali hazır bilgiler altında mümkün olmaması, kimi sağlık çalışanı ve yöneticilerinin kanserlerin önlenmesi konusunda farkındalığının düşük olması ve yetişkin yaş grubunda sağlık davranışlarını değiştirmeye yönelik müdahalelerin sağlık hizmetleri içinde yeterince yer almaması gibi sebeplerle önleme çalışmaları, bugün pek çok ülkede istenen düzeyde değildir.

Türkiye’de kanser kontrolü çalışmaları, 1947 yılında Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu’nun kurulması ile başlamıştır. İlk resmi kanser kontrolü yaklaşımı ise 1962 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde kanserle mücadele amacıyla Şube Şefliği kurulmasıdır. 1970 yılında Bakanlık adına kanserle ilgili koruyucu ve tedavi edici hizmetleri düzenlemek, hastanelerin çalışma programlarını yürütmek ve denetlemek amacıyla Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü bünyesindeki Şube Şefliği, Kanser Savaş Müdürlüğü haline getirilmiştir.

Türkiye’de ilk kez resmi olarak 1972 - 1976 yılları arasında hizmet içi eğitim kursları düzenlenmiştir. Yine bu bağlamda aynı yıllarda halk eğitimleri gerçekleştirilmiş, Kanserle Savaş Konseyi kurulmuştur (6).

Kanser, 1982 yılında bildirimi zorunlu hastalıklar arasına girmiştir. Kanserle mücadele 1983 yılından sonra, bakanlık bünyesinde kurulan bağımsız bir daire başkanlığı tarafından yürütülmeye başlanmıştır. Türkiye’de kanser verilerinin elde edilmesi amacıyla 1992 yılında Kanser Kayıt ve İnsidans Projesi çalışmaları başlamış, toplum tabanlı başlatılan kanser kayıt işlemi İzmir Kanser Kayıt Merkezinin açılması ile anlam kazanmıştır (6).

Türkiye’de özellikle son yıllarda önemli sağlık politikaları arasında yer alan kanser kontrolü, hazırlanan ulusal eylem planları çerçevesinde yürütülmektedir.

Kanser Kontrol Programının temel amaçları arasında kanserlerin düzenli ve güvenilir bir şekilde kayıt edilmesi ile birincil, ikincil ve üçüncül koruma müdahaleleri bulunmaktadır. Program kapsamında her ilde açılan ve 2021 yılı

itibarı ile toplam sayısı 183'e ulaşan Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri, halk eğitimleri ve toplum tabanlı kanser tarama hizmetleri sunmayı amaçlamaktadır. Bizim çalışmamızda daha çok ikincil koruma konusu ele alınmıştır.

2.6.1. Kanser Kontrolünde İkincil Koruma (Erken Tanı)

Kanser kontrolünde birincil koruma kadar ikincil koruma da maliyet etkilidir. Kanserde erken tanı, mortalite ve morbiditenin azaltılması açısından oldukça önemlidir. Kanser gelişiminde yaşam tarzı faktörleri ve diğer çevresel faktörler ile birlikte genetik yatkınlığın da etkili olması, ikincil korumanın önemini artırmaktadır.

Kanserin tanı anındaki evresi, uygun tedavi seçenekleri ve prognoz açısından en önemli belirleyicidir.

Erken tanı, hastalığın erken dönemdeki belirtilerinin ve bulgularının fark edilmesi ilkesine dayanmaktadır. Kanser vakalarının çoğunlukla geç dönemde yakalandığı ülkelerde erken tanı programlarının uygulanması, ileri evre kanser oranının azaltılması, daha az kaynakla daha etkin tedavilerin yapılması ve yaşam süresinin uzatılması açısından etkili bir yöntemdir (96,111).

Toplum tabanlı kanser taramaları, kanser yükünün azaltılmasında en etkili uygulamalardandır. Bu taramalar, uygulanması nispeten kolay ve ucuz olan, geçerliliği kanıtlanmış tanı testlerinin, genel topluma uygulanması esasına dayanır.

Gelişmiş ülkelerde kanser taramaları ile ilgili 50 yılı aşan tecrübe, iyi planlanmış ve toplum tabanlı tarama programlarının, kansere bağlı ölümleri maliyet etkili bir şekilde azalttığını göstermektedir (96).

Günümüze kadar yapılan pek çok çalışma, kanserde erken tanının, yaşam süresini uzatmada en etkili faktörlerden biri olduğunu göstermektedir (112).

Bu çalışmalara göre erken dönemdeki belirti ve bulgulara dayanan erken tanı ve eğer uygulanabiliyorsa topluma yönelik taramalar; özellikle meme, serviks ve kolorektal kanserlerde yaşamı uzatmaktadır (96). Örneğin 50-69 yaş grubu kadınlarda mamografi ile yapılan taramaların, mortaliteyi %20-35 oranında azalttığı gösterilmiştir. Bu taramalar aynı zamanda, meme kanseri tanısı alan

kadınlarda radikal cerrahi müdahaleleri azaltmakta ve tedavi seçeneklerinin artması ile yaşam kalitesini iyileştirmektedir.

Serviks kanserinde de düzenli taramalar, kanser riskini %80-90 azaltmaktadır. Bu durum, çoğu lezyonda pre-klinik dönemin 12-16 yıl gibi uzun süre kapsamına bağlıdır (110).

Günümüzde pek çok ülkede, serviks kanserine yönelik tarama programlarının uygulanmasının ardından kanser insidansında ciddi azalmalar görülmüştür.

Örneğin Nieminen ve arkadaşlarının çalışması (1995), Finlandiya’da tarama programlarının başlamasının ardından geçen 10 yılda, kanser insidansının %60 azaldığını göstermektedir (113). Nygard ve arkadaşlarının çalışmasına (2002) göre, Norveç’te programların başlamasından iki yıl sonra oran %22’dir (110).

Kolorektal kanser taramaları ile ilgili bilimsel kanıt düzeyi de yüksektir. Bu kanserlerde pre-klinik dönemin 2-6 yıl arasında olması, ölümlerin azaltılmasında düzenli taramaları önemli bir konuma getirmektedir. Günümüze kadar yapılan çalışmalar, kolorektal kanserlerde en uygun tarama yönteminin gaitada gizli kan testi olduğunu göstermektedir. Yapılan randomize çalışmalar, iki yılda bir yapılan taramaların kanser mortalitesini %15 azalttığını göstermektedir (110,114).

Meme, serviks ve kolorektal kanserler dışındaki kanserlerde, toplum tabanlı taramaların yaşam süresine etkisine dair henüz yeterli kanıt bulunmamakla birlikte, son dönemdeki bazı çalışmalar, ağız boşluğu, malign melanom ve karaciğer kanserine yönelik bazı özel tarama programlarının mortalite üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir (110).

Başarılı tarama programlarının başlıca özellikleri; ulusal kanser kontrolünde öncelikli öneme sahip kanserlerin belirlenmesi, bu kanserlere yönelik tarama standartlarının oluşturulması, programın sürekliliği için politik kararlılığının sürdürülmesi, sağlık bakanlıklarının teknik ve mali desteği ve yeterli sağlık altyapısının sağlanmasıdır. Taramalar için öncelikli hedef gruplarının belirlenmesi, bilgilendirilmesi ve taramalara katılımını sağlamak için davet edilmesi gerekmektedir. Bu gruplara aktif bir biçimde uygulanan davet-tekrar davet sistemi, nüfusun önemli bir bölümüne ulaşmayı sağlayacaktır. Yüksek gelirli ülkelerde genellikle nüfusa dayalı veri tabanları ve yazılı davetiyeler üzerinden katılım

sağlanırken, düşük gelirli ülkelerde toplum sağlığı çalışanları ile toplumun harekete geçirilmesi katılım oranını artırmaktadır.

Toplum tabanlı tarama programlarının kanser mortalitesini azalttığına dair bilimsel kanıtlar yeterlidir ancak, ülkelerde bu tür programlar uygulanmadan önce, tanı alan kanserlerin tedavisi için yeterli maddi kaynak, altyapı ve kapasitenin var olması gerekmektedir (5).

Tarama programlarının yanı sıra toplumun, kanserin erken dönem belirtileri ile ilgili farkındalığını artırmaya yönelik eğitim programları ve kendi kendine meme muayenesi, kendi kendine testis muayenesi gibi erken tanı yöntemleri de kanserden korunmada etkili olabilmektedir. Örneğin mamografinin henüz kullanılmadığı 1950'li yıllardan itibaren dünyanın pek çok bölgesinde, meme kanserinin erken belirtilerine ve kendi kendine muayene yöntemlerine yönelik eğitim programları uygulanmaya başlanmıştır.

Literatürde de toplumda farkındalığın artması ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmanın, sağlık merkezlerine erken dönemde başvuruyu ve erken tanıyı hızlandırdığına yönelik çalışma sonuçları mevcuttur (115). KKMM ile ilgili bazı çalışmalara göre, bu yöntemi uygulayan kadınlarda meme kanserleri daha erken tanınmakta ve meme kanseri tanısı alanlarda sağkalım daha uzun olmaktadır (116,118).

Öte yandan son yıllarda yüksek gelirli ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda, kendi kendine meme muayenesinin kanser kontrolünde etkili olmadığı ve iyi huylu kitlelere yapılan biyopsi oranını artırdığı yönünde bulgular saptanmaktadır. Yapılan bazı randomize çalışmalar ve Cochrane'de yer alan sistematik derlemeler de KKMM'nin etkisiz olduğu ve önerilmemesi yönündedir (114,119-122).

Son dönemdeki bu bulgular, yüksek gelirli ülkelerde KKMM yöntemlerini giderek geri plana itmekle birlikte, bu yöntemler eğitim seviyesinin düşük olduğu, kaynakların kısıtlı olduğu ve tarama programlarının yeterli seviyede uygulanmadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde halen önemli bir korunma stratejisi olarak yer tutmaktadır. Bu ülkelerde kadınlar rutin olarak kendi kendine meme muayenesi yapmasa da bu muayenenin öğretilmesi, kadınların meme kanseri konusundaki farkındalığının artırılması ve kanser belirtilerinin kadınlar tarafından daha erken dönemde saptanması açısından önemli gözükmemektedir (115,123,124).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, 2021 yılında, Ocak – Şubat – Mart aylarında, üçüncü basamak bir üniversite hastanesi olan Antalya Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'nde tanımlayıcı kesitsel bir çalışma olarak yapıldı. Çalışmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09.12.2020 tarih ve KAEK- 914 karar no ile etik kurul onayı alındı (Ek-1).

3.1. Çalışmanın Planı

Çalışma grubu herhangi bir yakınma ile acil servise başvuran 18 yaş ve üzeri kadınlar arasından seçildi. Çalışmaya alınan hastalara yüz yüze görüşme tekniğiyle, 18 soru ve çoktan seçmeli şıklardan oluşan yapılandırılmış anket formu uygulandı. 18 yaş ve üzerinde, okuryazar ve soruları cevaplayabilecek bilişsel yeterlilikte olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar çalışmaya dâhil edildi, genel durumu kötü ve/veya kritik olan, anketi okuyup yanıtlayamayan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışmaya alınmadı. Çalışmaya alınan tüm hastalardan yazılı onam alındıktan sonra anketi cevaplamaları istendi. Hazırlanan anket formunda, katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni durum, yaşadığı yer, meslek), kişisel alışkanlıkları, doğurganlık özellikleri (gebelik/ doğum/ yaşıyan/ düşük sayısı), menstrüasyon durum ve düzenleri, jinekolojik ve ürolojik yakınmaları (kanama, akıntı, ağrılı ilişki, idrar yanması, kanlı idrar, sık idrara çıkma), kullandıkları doğum kontrol yöntemleri ile ilgili sorular yer aldı. Katılımcılara ayrıca serviks ve meme kanseri taramaları ile ilgili bilgi düzeylerini ölçen sorular da yöneltildi. Acil servisten taburcu olurken acil servisteki değerlendirmeyi yapan hekimin kadın sağlığı ile ilgili konularda yönlendirme yapıp yapmadığı da soruldu. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Kadın Hasta Popülasyonunda Kadın ve Üreme Sağlığı Farkındalığının Belirlenmesi başlıklı Anket Formu Ek'te sunulmuştur (Ek-2).

3.2. İstatistiksel Analiz

Çalışmada toplanan verilerin analizi, istatistiksel yazılım paketi SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences – IBM®) kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzdeler, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma ve ortanca olarak sunuldu. Çalışma verileri, sürekli değişkenler için ortalama±standart deviasyon (SD) ve kategorik değişkenler için yüzde (%) olarak ifade edildi. Kategorik değişkenlerin analizinde ki-kare testi kullanıldı. $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışmaya anket formunu dolduran toplam 523 kadın dahil edildi. Çalışmaya katılan 11 kişinin bazı soruları cevaplamadığı için verileri eksik kaldı. Ancak bu hastalar da istatistiksel analizde değerlendirmeye alındı.

Katılımcıların ortalama yaşı 38.89 ± 14.32 (median:36, min. 18 - max. 85) yıl idi. Kadınların %91,6'sı kent merkezinde yaşıyordu. Öğrenim durumlarına bakıldığında %35'i üniversite, %25'i lise, %22,2'si ilkokul mezunuydu. Katılımcıların %63,3'ü evli, %31'i bekârdı. %41,1'i ev hanımı olup, %43,8'i ise çalışanlardan oluşuyordu (Tablo 4.1). Katılımcıların tüm diğer sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Öğrenim Durumu (n=523)		
Okur-yazar değil	29	5,5
Okur-yazar	9	1,7
İlkokul	116	22,2
Ortaokul	55	10,5
Lise	131	25,0
Üniversite	183	35,0
Yaşadığı Yer (n=523)		
Kentsel yerleşim	479	91,6
Kırsal yerleşim	44	8,4
Meslek (n=523)		
Ev hanımı	215	41,1
Kamu çalışanı	75	14,3
İşçi	70	13,4
Öğrenci	41	7,8
Büro çalışanı	54	10,3
Diğer *	68	13,1
Medeni Durum (n=523)		
Evli	331	63,3
Bekar	162	31,0
Ayrılmış	30	5,7

* Diğer: emekli, mühendis, işveren, çiftçi gibi meslek grupları ve işsizlerdir.

Çalışmaya katılanların kullandıkları kontraseptif yöntemlere ilişkin soruda, çalışmaya katılanların %21,8'i cinsel olarak aktif olmadığını, %37,7'si herhangi bir korunma yöntemi kullanmadığını beyan etti. Katılımcıların %38,4'ü herhangi bir yöntem kullanıyordu, en çok kullanılan yöntem %11,1 ile kondom idi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgilerin dağılımı

Kullanılan Yöntem	Sayı (n=512)	Yüzde (%)
Korunmuyor	197	37,7
Cinsel aktif değil	114	21,8
Geri çekme	38	7,3
Kondom	58	11,1
Tüp ligasyonu	33	6,3
RİA-Spiral	24	4,6
OKS	22	4,2
Aylık iğneler	4	0,8
Takvim yöntemi	3	0,6
Spermisit	1	0,2
Postkoital yöntem	1	0,2
Birden fazla yöntem	17	3,3

Çalışma grubundaki kadınların toplam gebelik sayı ortalaması 2 olup, %11,5'i 5 ve üzeri gebelik geçirdiklerini belirtti. Kadınların %25,2'sinde yaşayan çocuk sayısı 2, yaşayan çocuk medianı 1.51 idi. Çalışma durumu ile total gebelik sayısını karşılaştırdığımızda; çalışmayan kadınlarda 5 ve üzeri gebelik sayısı daha fazlaydı. Çalışma durumu ile gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0.004$) Araştırmaya katılanların doğurganlık durumları ile ilgili özellikler Tablo 4.3'te verilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların doğurganlık durumu

Doğurganlık Özellikleri	Sayı (n=512)	Yüzde (%)
Gebelik sayısı		
0	169	32,4
1	77	14,7
2	86	16,4
3	76	14,5
4	54	10,3
5 ve üstü	60	12,5
Doğum sayısı		
0	188	36,0
1	86	1,5
2	131	25,0
3	65	12,4
4	23	4,4
5 ve üstü	29	5,5
Yaşayan çocuk sayısı		
0	188	35,9
1	89	17,0
2	132	25,2
3	65	12,4
4	23	4,4
5 ve üstü	25	4,9

Eğitim durumu ile kullanılan yöntem tercihini karşılaştırdığımızda; lise ve altı öğrenim düzeyine sahip olanlar geri çekme, kondom ve RİA'yı benzer oranda tercih ederken, üniversite ve üzeri öğrenim düzeyindekiler daha çok kondom kullanmayı tercih etmekteydi. Eğitim durumu ile kullanılan yöntem tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0.003$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Eğitim durumunun şu an kullanılan korunma yöntemine göre dağılımı

Kullanılan Doğum Kontrol Yöntemi	Eğitim Durumu		Yanıt	
	Lise mezunu ve altı	Üniversite mezunu ve üstü	Sayı (n)	Yüzde (%)
Korunmuyor	145	52	197	37,7
Cinsellik yok	69	45	114	21,8
Geri çekme	27	11	38	7,3
Kondom	28	30	58	11,1
Tüp ligasyonu	28	5	33	6,3
RİA-Spiral	16	8	24	4,6
OKS	8	14	22	4,2
Aylık iğneler	4	0	4	0,8
Takvim yöntemi	0	3	3	0,6
Spermisit	1	0	1	0,2
Postkoital yöntem	1	0	1	0,2
Birden fazla yöntem	6	11	17	3,3

Çalışmaya katılanların %62,1'i son adet tarihini biliyordu, %53,2'si adetlerinin düzenli olduğunu beyan etti. Katılımcıların %22,2'sinin jinekolojik, %33,8'inin ürolojik yakınması vardı. Jinekolojik yakınmalardan en sık görüleni %15,7 ile vajinal akıntı iken, ürolojik yakınmalardan en sık görüleni %21,6 ile pollaküri idi (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların ürolojik ve jinekolojik durumu ile ilgili verileri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Son adet tarihi		
Biliyor	325	62,1
Bilmiyor	50	9,6
Menopozda	148	28,3
Adet dönemi		
Düzenli	278	53,2
Düzensiz	97	18,5
Menopozda	148	28,3
Jinekolojik yakınmalar		
Yok	406	77,6
Var	116	22,2
Kanama	30	5,7
Akıntı	82	15,7
Disparoni	31	5,9
Ürolojik yakınmalar		
Yok	336	64,2
Var	177	33,8
Dizüri	91	17,4
Hematüri	18	3,4
Urgency	62	11,9
Pollaküri	113	21,6

Şikayetlere göre ve tarama – takip muayeneleri için uygun polikliniklere yönlendirilme durumuna bakıldığında yakınması olan 114 hastadan 61'inin acil hekimi tarafından yönlendirildiği görüldü. Karşılaştırmalı tabloda istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p:0.01) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Acil hekimi tarafından yapılan hasta yönlendirilmesi

Yakınma		Yönlendirme durumu			Toplam	P
		Yapılmamış	Kadın doğum polikliniği	Aile hekimliği/ KETEM polikliniği		
	Yok	247	118	33	398	0.01
	Var	53	46	15	114	
Toplam		300	164	48	512	

Araştırma kapsamında acil servise başvuran kadınların sağlık hizmetlerini kullanma durumları değerlendirildiğinde, katılımcıların %33,7'si HPV testi yaptırdığını, %20,8'i sağlık kuruluşunda meme muayenesi olduğunu ve %15,7'si mamografi çektiğini belirtti. Ayrıca kadınların %42,4'ü evde kendi kendine meme muayenesi yaptığını ifade etti (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. KETEM hizmetlerinden yararlanma durumu

	Sayı (n)	Yüzde (%)
HPV test		
Yaptırmış	176	33,7
Yaptırmamış	149	28,5
Yaş aralığı dışında	187	35,8
Kendi kendine meme muayenesi		
Yapıyor	222	42,4
Yapmıyor	265	50,7
Yaş aralığı dışında	25	4,8
Sağlık kuruluşunda muayene		
Yaptırmış	109	20,8
Yaptırmamış	378	72,3
Yaş aralığı dışında	25	4,8
Mamografi çekimi		
Yaptırmış	82	15,7
Yaptırmamış	123	23,5
Yaş aralığı dışında	307	58,7

Çalışmaya katılan kadınların %42,4'ü KETEM'in sunduğu hizmetleri bilmediğini belirtti (Tablo 4.8). Öğrenim durumuna göre karşılaştırmalarda üniversite mezunlarında KETEM bilinirlik, kendi kendine ve sağlık kuruluşunda meme muayenesi, HPV testi yaptırma, mamografi çekirme oranının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p=0.000$).

Tablo 4.8. KETEM hizmetlerini bilme durumu

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Biliyor	290	55,4
Bilmiyor	222	42,4

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda acil servise başvuran kadın hastalara kadın ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendiren bir anket uygulanmıştır. Anket sonucunda başvuran hasta popülasyonunun çoğunlukla doğurganlık çağındaki olan, yarısından fazlasının lise ve üniversite düzeyinde eğitim almış kadınlardan oluştuğu gözlemlenmiştir. Öğrenim durumuna göre karşılaştırmalarda üniversite mezunlarında, gebelik sayısının daha az olduğu, gebelik kontrolü için aktif bir korunma yönteminin daha fazla kullanıldığı, KETEM bilinirlik, kendi kendine ve sağlık kuruluşunda meme muayenesi, HPV testi yaptırmaya, mamografi çekirtme oranının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Katılımcılar öğrenim durumu açısından değerlendirildiğinde, ilk sırayı üniversite mezunları (%35,0) alırken, ikinci ve üçüncü sırayı lise mezunları (%25,0) ve ilköğretim mezunları (%22,2) almaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 yılı verilerine göre kentlerde yaşayan 15-49 yaş arası kadınların %29'u ilköğretim mezunu iken, %41'i lise ve üzeri okullardan mezundur (125). Bu çalışmada yer alan kadınların yaş ortalaması 15-49 yaş grubunun üzerinde olmasına rağmen, eğitim düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde sağlık hizmetlerine başvuran kadınların daha eğitilmiş bir grup olduklarını düşündürmektedir. Literatürde yer alan pek çok çalışma da eğitim düzeyi ile koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı arasındaki ilişkiyi desteklemektedir.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 verilerine göre; Türkiye'de kadınların tamamının, en az bir etkili doğum kontrol yöntemi ve bu yöntemi nasıl temin edeceklerini bilmelerine karşın, her üç kadından biri halen bir yöntem kullanmamaktadır (125).

TNSA 2018 verilerine göre herhangi bir yöntem kullanan kadınların oranı %63, modern yöntem kullananların oranı %54,7 ve geleneksel yöntem kullananların oranı %41,7'dir. TNSA 2018'e göre modern yöntemler içinde en sık kondom (%34,8) tercih edilirken, bunu sırasıyla %24,5 oranla RİA ve hap (%21,9) takip etmektedir (125). Bizim çalışmamızda aktif cinsel yaşamı olan hastalarda herhangi bir yöntem kullanma oranı %38,4 oranında bulunmuştur. Hiçbir korunma

yöntemi kullanmayanlar da benzer oranda saptanmıştır (%37,7). Çalışmadaki hasta popülasyonu daha çok genç doğurganlık çağındaki kadınlardan oluştuğu için korunma oranının genel toplumsal çalışmalardan daha düşük saptanmış olması muhtemeldir.

Ayrıca farklı coğrafyalarda kontraseptif yöntem seçimi de farklı olmaktadır. Örneğin; ülkemizde hormonal kontrasepsiyon yöntemleri batı toplumları ile karşılaştırıldığında oldukça düşük oranda kullanılmaktadır. Bu durumun, toplumdaki bilgi eksikliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca maliyet, yönlendirme yapılmaması ve eğitim durumu da etkili olabilir.

Eğitim durumu ile kullanılan yöntem tercihini karşılaştırdığımızda; ilkokul, ortaokul ve lise mezunları geri çekme, kondom ve RİA'yı benzer oranda tercih ederken, üniversite mezunlarının daha çok kondom (prezervatif) kullanmayı tercih ettiği saptanmıştır.

Çakmak ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, okuryazar olmamanın yöntem kullanmamayı 7,7 kat artırdığı saptanmıştır (126). TNSA-2018 verilerine göre halen aile planlaması kullanım düzeyi okula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında %60,9 iken, daha üst düzey eğitim gruplarında da %70 düzeyindedir. Eğitim düzeyi düştükçe gebelik sayısı artmaktadır. Benzer şekilde çalışmamızda, çalışan kadınlarda gebelik ve çocuk sayısı ortalaması çalışmayan kadınlardan daha az bulunmuştur. Kadının çalışmasının ekonomiye katkı sağlamanın yanı sıra, planlı gebelikler ve bakabileceği kadar çocuk sahibi olma konularında da söz sahibi olmasını sağladığı çıkarımında bulunulabilir.

KETEM'lerde meme kanserine yönelik taramalar 40 yaşında başlamakta ve 69 yaşında sonlanmaktadır (6). Serviks kanseri taramaları 30 yaşından itibaren başlamakta ve 65 yaşında sonlanmaktadır. Serviks kanseri erken teşhis edildiği takdirde mortalitesi oldukça azalan, tarama programı olarak etkinliği kanıtlanmış bir malignitedir. Ülkemizde Serviks Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları çerçevesinde aile hekimlerine kayıtlı 30-65 yaş aralığındaki kadınlara beş yılda bir Pap-smear veya HPV testi yapılması önerilmektedir (127). Çalışmamızda katılımcıların %33,7'si Pap-smear yaptırmıştır ve daha önce hiç Pap-smear yaptırmamış katılımcı oranı %28,5'tir. Malatya'da bir ilçe devlet hastanesi aile hekimliği polikliniğinde 2009 yılında yapılan çalışmaya katılan 18-49 yaş

kadınların %19,4'ü Pap-smear yaptırmıştır (128). Gücük ve arkadaşlarının Van'da Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Polikliniklerinde (AÇSAP) yaptıkları araştırmada 15-49 yaş kadınların %14,4'ü Pap-smear yaptırmıştır (129). Çalışmamızdaki oran bu örneklerin üzerinde gibi gözükse de, servikal kanser taramasının hedef popülasyondaki tüm bireylere uygulanması son derece önemlidir.

Dubikaytis ve arkadaşlarının (2010) çalışmaları, üniversite mezunlarının serviks ve meme kanseri taramalarına daha fazla katıldığını göstermektedir (130).

Yapılan tetkikler arasında ilk sırayı serviks kanseri, ikinci sırayı meme kanserine yönelik tetkikler almaktadır. Bizim çalışmamıza göre (%33,7) serviks kanserinin, (%15,7) ise meme kanserinin erken tanısına yönelik tetkik yapılmıştır. Türkiye Sağlık Araştırması (2008) verilerine göre Türkiye'de 35-44, 45-54 ve 55-64 yaş grubu kadınların dörtte üçünden fazlası (sırasıyla %78,3, %75,7 ve %79,4) hayatı boyunca hiç smear testi yaptırmazken, 55-64 yaş grubu kadınların %71,1'i ve 65-74 yaş grubu kadınların %80,4'ü hayatı boyunca hiç mamografi çekirtmemiştir (131). Bu çalışmanın bulguları, meme ve serviks kanserlerine yönelik tarama programlarının henüz istenen düzeyde olmadığına işaret etmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %42,4'ü, acil servise başvurduğu sırada KETEM'in sunduğu hizmetleri bilmediğini belirtmiştir.

Günümüze kadar yapılan çalışmalara göre toplum tabanlı taramalar; özellikle meme, serviks ve kolorektal kanserlerde yaşamı uzatmaktadır (96). KETEM'lerde de Ulusal Kanser Tarama Standartları (6) çerçevesinde bu kanserlerin taraması yapılmaktadır. Sözü edilen bu kanserler dışındaki kanserlerde, toplum tabanlı taramaların mortaliteyi azalttığına dair henüz yeterli kanıt bulunmamaktadır.

Çalışmamızda ankete katılan kadınlara acil servise başvurma nedeninden bağımsız olarak hâlihazırda devam eden ürolojik ve jinekolojik yakınmaları olup olmadığı da sorulmuştur. Acil servise herhangi bir yakınma ile başvuran kadınların %33,8'inde ürolojik, %22,2'sinde ise jinekolojik bir yakınmanın da var olduğu saptanmıştır. Katılımcılara bu yakınmalarının tedavisi ve diğer takiplerini yaptırmaları için yönlendirme yapılıp yapılmadığı sorulduğunda, özellikle

yakınmaları olan grupta istatistiksel anlamlı olarak acil servis hekimi tarafından uygun poliklinik yönlendirmesi yapıldığı saptanmıştır.

Hastaların kronik takip gerektiren hastalıklarının uygun şekilde izlenmesi ya da akut müdahale gerektirmese de süregelen rahatsızlıklarının gerekli takip ve tedavilerinin yapılması, akut beklenmeyen sorunlarla karşılaşma olasılığını azaltacağından, dolaylı olarak acil servis kalabalıklaşmasının ve gereksiz acil servis başvurularının önüne geçecektir. Bu nedenle uygun hasta yönlendirmesi acil servis pratiğinin önemli bir bileşenidir. Çalışmamızda özellikle yakınması olan hastalarda daha fazla yönlendirmenin yapılmış olması acil servislerin kadın sağlığı konusunda farkındalığın artırılması için etkin olabilecek merkezler arasında yer aldığının bir göstergesidir. Sadece yakınması olan değil tüm kadın hastalar için uygun bilgilendirme ve yönlendirme yapılması konusunda eğitimlerin artırılması ve acil tıp asistanlarının bu konudaki farkındalıklarının geliştirilmesi de uygun olacaktır.

Sonuç olarak; aile planlaması danışmanlık ve uygulama hizmetleri, reproduktif çağdaki tüm kadınları kapsayacak şekilde yaygınlaştırılmalı ve sürekli olması sağlanmalıdır.

Kontrasepsiyon yöntemlerinin, en çok öğrenildiği kaynaklar dikkate alınarak, var olan aile planlaması hizmetlerini duyurmak, toplumu bilinçlendirmek ve uygun sağlık merkezlerine yönlendirmek için bilgilendirme, eğitim ve iletişim çalışmalarına ağırlık verilmelidir.

Acil servislerin günlük hasta bakım pratiğinde akut durumların saptanıp yönetiminin yapılmasının yanı sıra, o anda akut girişim ya da tedavi gerektirmeyen hastalar için de doğru yönlendirmenin yapıldığı merkezler olma özelliği bulunmaktadır.

5.1. Araştırmanın Güçlü Yanları

Araştırmanın bulguları üreme sağlığı açısından müdahale alanları için fikir vermektedir. Dünyada ve ülkemizde üreme sağlığı konusunda yapılmış çalışmaların sayısı oldukça fazladır. Ancak ülkemizde üreme çağındaki yetişkin kadınlarda üreme hakları konusunda bilgi düzeyini ölçen çalışma yoktur. Çalışmanın bulguları bu nedenle dikkat çekicidir.

5.2. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın kısıtlılıklarından birisi tanımlayıcı tipte olmasıdır ve araştırmanın temsiliyeti yoktur. Tanımlayıcı tipte çalışma olması sebebiyle neden sonuç ilişkisi tespit edilememiştir. Çalışmanın COVID pandemisi döneminde gerçekleştirilmesi sebebiyle ulaşılan kadın sayısı azdır.



6. SONUÇLAR

Bu çalışma, Ocak-Şubat-Mart 2021 tarihlerinde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi acil servisine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri 523 kadın ile yürütülmüştür.

Katılımcıların korunma yöntemleri, üro-jinekolojik yakınma ile kanserden korunmaya ilişkin bazı sağlık bilgileri ve davranışları arasındaki ilişkilerin değerlendirildiği çalışmanın başlıca sonuçları aşağıda sıralanmaktadır:

1. Çalışmaya toplam 523 kadın başvurmuştur. Kadınların ortalama yaşı 38.8'dir.
2. Kullanılan kontraseptif yöntemlerin yüzde dağılımı RİA, OKS, kondom için sırasıyla %4,6, %4,2, %11,1'dir.
3. Öğrenim durumu yükseldikçe ve çalışma oranı arttıkça gebelik ve çocuk sayısı azalmaktadır.
4. Öğrenim durumuna göre karşılaştırmalarda üniversite mezunlarında KETEM bilinirlik, kendi kendine ve sağlık kuruluşunda meme muayenesi, HPV testi yaptırma, mamografi çekirme oranının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.
5. Acil servise başvuran kadınların KETEM'lerin sunduğu hizmetler ile ilgili farkındalık düzeyi düşüktür.

7. ÖZET

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Kadın Hasta Popülasyonunda Kadın ve Üreme Sağlığı Farkındalığının Belirlenmesi

Amaç: Bu çalışmada 18 yaş ve üzeri kadın hastalarda acil servise başvuru yakınmasından bağımsız olarak kadın ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri ve olası hastalık semptomları sorgulanmıştır. Çalışma ile toplumdaki kadın ve üreme sağlığı farkındalık düzeyinin belirlenmesi ve acil servislerin bu hastaların doğru yönlendirilmelerine katkı sağlanmasındaki rolünün saptanması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, Ocak – Şubat – Mart 2021 tarihlerinde Antalya Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine herhangi bir yakınma ile başvuran 18 yaş ve üzeri kadınlara yüz yüze görüşme tekniğiyle, 18 soru ve çoktan seçmeli şıklardan oluşan yapılandırılmış anket formu uygulandı. Hazırlanan anket formunda, katılımcıların sosyodemografik özellikleri, kişisel alışkanlıkları, doğurganlık ve menstrüasyon özellikleri, jinekolojik ve ürolojik yakınmaları, kullandıkları doğum kontrol yöntemleri ile ilgili sorular yer aldı. Katılımcılara ayrıca serviks ve meme kanseri taramaları ile ilgili bilgi düzeylerini ölçen sorular da yöneltildi. Acil servisten taburcu olurken acil servisteki değerlendirmeyi yapan hekimin hasta şikayetlerine göre ve tarama – takip muayeneleri için yönlendirme yapıp yapmadığı da soruldu.

Bulgular: Çalışmaya toplam 523 kadın dâhil edildi. Katılımcıların ortalama yaşı 38.89 ± 14.32 (median: 36, min. 18 – max. 85) idi. Kadınların %91,6'sı kent merkezinde yaşıyordu. Öğrenim durumlarına bakıldığında %35'i üniversite, %25'i lise, %22,2'si ilkokul mezunuydu. Katılımcıların %63,3'ü evli, %31'i bekârdı. Katılımcıların %37,7'si herhangi bir korunma yöntemi kullanmaz iken %38,4'ü bir yöntem kullanıyordu, en çok kullanılan yöntem %11,1 ile kondom idi. Kadınların %42,4'ü KETEM'in sunduğu hizmetleri bilmediğini belirtti. Öğrenim durumuna göre karşılaştırmalarda üniversite mezunlarında KETEM bilinirlik, kendi kendine ve sağlık kuruluşunda meme muayenesi, HPV testi yaptırma, mamografi çekirme oranının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü.

Özellikle yakınmaları olan grupta istatistiksel anlamlı olarak acil servis hekimi tarafından uygun poliklinik yönlendirmesi yapıldığı saptandı.

Sonuç: Üreme sağlığı ve kontrasepsiyon yöntemleri konusunda bilgi düzeyi ve KETEM hizmetlerinden yararlanma durumu hala istenilen seviyede değildir. Günümüzde çok çeşitli etkin ve modern yöntemler mevcut olmasına rağmen korunma yöntemi kullanılmaması yaygındır. Üreme sağlığı eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin artırılması, yaygınlaştırılması ve sürekliliğin sağlanması ile bu konudaki bilgi eksikliği büyük oranda giderilecek ve yanlış uygulamaların önüne geçilebilecektir. Böylece; kadın sağlığı, üreme sağlığı ve toplum sağlığı daha ileri seviyelere taşınabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Üreme Sağlığı, Doğum Kontrol Yöntemleri, Kontrasepsiyon, Kanser Tarama, Acil Servis

8. ABSTRACT

Determination of Women's and Reproductive Health Awareness in the Female Patient Population Applying to the Emergency Service of Akdeniz University Hospital

Objective: In this study, the level of knowledge about women's and reproductive health and possible disease symptoms were questioned in female patients aged 18 years and older, independent of the complaint of admission to the emergency department. The aim of the study is to determine the awareness level of women and reproductive health in the society and to determine the role of emergency services in contributing to the correct orientation of these patients.

Materials and Methods: In this study, a structured questionnaire consisting of 18 questions and multiple-choice options was applied to women aged 18 and over who applied to the Emergency Department of Antalya Akdeniz University Hospital between January - February - March 2021 with a face-to-face interview technique. In the prepared questionnaire, questions about the participants' sociodemographic characteristics, personal habits, fertility and menstruation characteristics, gynecological and urological complaints, and birth control methods they used were included. Participants were also asked questions measuring their level of knowledge about cervical and breast cancer screenings. While being discharged from the emergency room, it was also asked whether the physician who made the evaluation in the emergency room made any referrals according to the patient's complaints and for screening-follow-up examinations.

Results: A total of 523 women were included in the study. The mean age of the participants was 38.89 ± 14.32 (median: 36, min. 18 – max. 85). 91.6% of women lived in the city center. Looking at their educational status, 35% were university graduates, 25% were high school graduates, and 22.2% were primary school graduates. 63.3% of the participants were married and 31% were single. While 37.7% of the participants did not use any contraception method, 38.4% used one, the most used method was condom with 11.1%. 42.4% of the women stated that they did not know about the services KETEM provides. In comparisons according

to educational status, it was seen that the rate of KETEM awareness, breast examination, HPV test, and mammography were higher and statistically significant in university graduates. It was determined that appropriate outpatient referral was made by the emergency physician, especially in the group with complaints, which was statistically significant.

Conclusion: The level of knowledge about reproductive health and contraception methods and the use of KETEM services are still not at the desired level. Although there are a wide variety of effective and modern methods available today, it is common not to use contraception methods. Increasing, disseminating and maintaining reproductive health education and counseling services will largely eliminate the lack of information on this subject and prevent misapplications. Like this; women's health, reproductive health and public health will be able to be carried to a higher level.

Keywords: Reproductive Health, Birth Control Methods, Contraception, Cancer Screening, Emergency Service

9. KAYNAKLAR

1. Dirican R, Bilgel N. Toplum Hekimliği. Bursa, Uludağ Üniversitesi Yayınları 1993; 246-50.
2. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İstanbul, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı 1997; 1-15.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Cilt I Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı. Ankara 2000.
4. IARC (International Agency for Research on Cancer). World Cancer Report 1980-2013. https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/07/wcr_2008.pdf adresinden 12.02.2021 tarihinde erişilmiştir.
5. WHO (World Health Organization). Cancer facts. Geneva: World Health Organization 2021. Erişim: 12.07.2021, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
6. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı. Ulusal Kansere Kontrol Programı 2009-2015 (Yayın no.760). M Tuncer (Ed.). T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara 2009.
7. World Health Organization. Cancer Country Profiles, 2014; Turkey. https://www.who.int/cancer/country-profiles/tur_en.pdf adresinden 12.07.2021 tarihinde erişilmiştir.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/440> adresinden 12.07.2021 tarihinde erişilmiştir.
9. TÜİK. Sağlık Araştırması 2012. http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=223 adresinden 12.07.2021 tarihinde erişilmiştir.

10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=0&KITAP_ID=1 adresinden 12.07.2021 tarihinde erişilmiştir.
11. World Health Organization. Developing sexual health programmes (A frames for action). s.3 [Internet]. [cited 2017 Oct 25.]. available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf;jsessionid=33C1879E8909FD44CDBF72AF83A06BAE?sequence=1
12. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Ankara, Damla Matbaası 1997.
13. Akın A. Üremeye İlişkin Haklar ve Üreme Sağlığı, Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet). Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 1994; 15-9.
14. Akın A. Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu 2012; 306-62.
15. World Health Organization: Reproductive health. [Online]. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>. Erişim tarihi: 12.07.2021.
16. Sert G. Üreme Haklarının Yasal Temelleri ve Etik Değerlendirme. 1. Basım, Yukarı Deniz Yayınları, İstanbul 2013; 18-20,
17. United Nations Population Fund. Cairo to 2015- The Road to Success. New York, 2007; 1-2. [Internet]. [cited 2017 Oct 30.]. available from https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cairo_eng.pdf
18. Özaydın N. Adolesanların Cinsel ve Üreme Sağlığı. In: Apaydın Kaya Ç, editor. Adolesan Sağlığı “Koruyucu Hekimlik ve Erken Tanı”. 1. Baskı. İstanbul, Medikal Akademi Yayınları 2015; 327-9.
19. World Health Organization. 10 facts on maternal health. [Online]. https://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/en/ Erişim tarihi: 12.07.2021.

20. Population Institute. Maternal and Child Health. [Online]. <https://www.populationinstitute.org/resources/fact-sheets/> Erişim tarihi: 12.07.2021.
21. World Health Organization. Maternal mortality. Update 2014. [Online]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Erişim tarihi: 12.07.2021.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>. Erişim Tarihi: 13.07.2021.
23. T.C. İçişleri Bakanlığı, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, Doğum İstatistikleri 2020. TÜİK Kurumsal Sayfası. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2020-37229>. Erişim Tarihi: 13.07.2021.
24. WHO. Women's health. https://www.who.int/gender/documents/10facts_womens_health_en.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 13.07.2021.
25. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Kitabı. Ankara 2010; 2-14.
26. Özvarış ŞB, Ertan A. Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşımı. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. HÜKSAM Hacettepe Yayınları 2003; 113-25.
27. Agency for Health Care and Quality. Primary Care Management of Abnormal Uterine Bleeding. [Online]. www.effectivehealthcare.ahrq.gov. Erişim tarihi: 08.08.2021.
28. Rowe T. Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women. J Obstet Gynaecol Can 2013; 35(supl 5): 473-9. <https://cdn.mednet.co.il/2015/04/Abnormal20.pdf>
29. Hauk L. ACOG Releases Guidelines on Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated with Ovulatory Dysfunction. Am Fam Physician 2014; 89(12): 987-8. PMID: 25162169
30. Farrell E. Dysfunctional uterine bleeding. Aust Fam Physician 2004; 33(11): 906-9. PMID: 15584330

31. Behera MA, Lucidi RS. Abnormal (Dysfunctional) Uterine Bleeding. [Online]. <http://emedicine.medscape.com/article/257007-overview#aw2aab6b2b5> Erişim tarihi: 20.08.2021.
32. Sweet MG, Schmidt-Dalton TA, Weiss PM, Madsen K. Evaluation and Management of Abnormal Uterine Bleeding in Premenopausal Women. *Am Fam Physician* 2012; 85(1): 35-43.
33. Calis KA. Dysmenorrhea. [Online]. <http://emedicine.medscape.com/article/253812-overview#showall>. Erişim tarihi: 20.08.2021
34. Huston WH, Harvie M, Mittal A, Timms P, Beagley KW. Vaccination to Protect Against Infection of the Female Reproductive Tract. *Expert Rev Clin Immunol* 2012; 8(1): 81-94. doi: 10.1586/eci.11.80
35. Mitchel H. ABC of sexually transmitted infections. Vaginal discharge - causes, diagnosis, and treatment. *BMJ* 2004; 328: 1306-9. Doi: 10.1136/bmj.328.7451.1306
36. Spence D, Melville C. Vaginal discharge. *BMJ* 2007; 335(7630): 1147-51. doi: 10.1136/bmj.39378.633287.80
37. Sherrard J, Donders G, White D. 2011 European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge. [Online]. https://journals.sagepub.com/doi/10.1258/ijsa.2011.011012?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&
38. Royal Collage of Obstetricians & Gynaecologists; British Association for Sexual Health and HIV. The management of women of reproductive age attending non-genitourinary medicine settings complaining of vaginal discharge. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2006; 32(1): 33-42, quiz 42. doi: 10.1783/147118906775275172.
39. Workowski KA, Berman SM, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010; 59(RR-12): 1-110. PMID: 21160459

40. Reed BD. Vajinit. In: Aile Hekimliğinin İlkeleri. ed. Sloane PD et al. Çev. Ed. Yaman H. İstanbul Sigma Yayıncılık 2008; 527-41.
41. Akın A. Ulusal aile planlaması hizmet rehberi, Cilt 2, Kontraseptif yöntemler. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara 2005.
42. Planned Parenthood Federation of America, A history of Birth Control Methods. [Online] www.plannedparenthood.org. Erişim tarihi: 14.07.2021.
43. Quarini CA. History of contraception. Women's Health Medicine 2005; 2(5): 28-30. Doi: 10.1383/wohm.2005.2.5.28
44. Li RHW, Lo SST. Evolutionary Voyage of Modern Birth Control Methods. HKJGOM 2005; 5(1): 40-5. <https://www.hkjgom.org/sites/default/files/pdf/V05N1-p40-GYN4.pdf>
45. Evans ML. A desire to control: contraception throughout the ages. Historia Medicine 2008; 1(1): 1-4. ISSN: 1946-3316
46. Valdiserri RO. Cum hastis sic clypeatis: The turbulent history of the condom. Bull NY Acad Med 1988; 64(3): 237-45. PMID: 3069159
47. Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Çağatay P. Türkiye'nin Demografik Dönüşümü. Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler 1968-2008. Ankara, Hacettepe Ü Nüfus Etütleri Enst 2010.
48. Family Planning Association. Contraception: Past, present and future. [Online]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>. Erişim tarihi: 27.07.2021.
49. TC Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye'de Aile Yapısı Araştırması 2011, Ankara, 2014.
50. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Bölüm 11–18, 3. Basım, Cilt II. Ankara: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şirketi 2000; 311-561.

51. Thompson KMJ. A Brief History of Birth Control in the US. [Online]. <https://www.ourbodiesourselves.org/book-excerpts/health-article/a-brief-history-of-birth-control/>. Erişim tarihi: 28.07.2021.
52. Johnson BA. Insertion and Removal of Intrauterine Devices. Am Fam Physician 2005; 71(1): 95-102. PMID: 15663031
53. Nikolchev A. A brief history of the birth control pill. [Online] <http://www.pbs.org/wnet/need-to-know/health/a-brief-history-of-the-birth-control-pill/480/>. Erişim tarihi: 30.07.2021
54. Potts M, Campbell M. History of Contraception. The Global Library of Women's Medicine, ISSN: 1756-2228, 2009; doi: 10.3843/GLOWM.10376.
55. Kogan P, Wald M. Male contraception, history and development. Urol Clin North Am 2014; 41(1): 145-61. doi: 10.1016/j.ucl.2013.08.012
56. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması. TNSA 2018. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf. Erişim tarihi: 31.07.2021.
57. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs and World Health Organization, Family Planning: A Global Handbook for Providers, 2011. [Online]. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>
58. Lesnewski R, Prine L. Initiating Hormonal Contraception. Am Fam Physician 2006; 74(1): 105-12. PMID: 16848383
59. Roederer MW, Blackwell JC. FPIN's Clinical inquiries. Risks and benefits of combination contraception. Am Fam Physician 2006; 74(11): 1915-6. PMID: 17168349
60. Armstrong C. ACOG Guidelines on Noncontraceptive Uses of Hormonal Contraceptives. Am Fam Physician 2010; 82(3): 288-95.
61. Baar NG. Managing Adverse Effects of Hormonal Contraceptives. Am Fam Physician 2010; 82(12): 1499-506. PMID: 21166370

62. Fehr AD, Mounsey A, Yates JE, Flake D. Cardiovascular Risks of Combined Oral Contraceptive Use. *Am Fam Physician* 2012; 86(12): 1-2.
63. Stegeman BH, de Bastos M, Rosendaal FR, van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, Dekkers OM. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2013; 347: f5298. doi: 10.1136/bmj.f5298
64. WHO, Department of Reproductive Health. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed, Geneva: World Health Organization 2010.
65. Bonnema RA, McNamara MC, Spencer AL. Contraception Choices in Women with Underlying Medical Conditions. *Am Fam Physician* 2010; 82(6): 621-8. PMID: 20842989
66. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Progestogen-only Injectable Contraception. [Online] <https://srh.bmj.com/content/45/3/183.abstract>. Erişim tarihi:02.08.2021
67. Kaunitz AM. Injectable Long-Acting Contraceptives. *Clin Obstet Gynecol* 2001; 44(1): 73-91. doi: 10.1097/00003081-200103000-00011
68. Bhatena RK. The long-acting progestogen-only contraceptive injections: an update. *BJOG* 2001; 108(1): 3-8. doi: 10.1111/j.1471-0528.2001.00023.x
69. Randel A. CDC Updates Recommendations for Contraceptive Use in the Postpartum Period. *Am Fam Physician* 2011; 84(12): 1421-4.
70. World Health Organization Facts about once-a-month injectable contraceptives: Memorandum from a WHO meeting. *Bulletin of the World Health Organization*. 1993; 71(6): 677-89.
71. Hall PH. New once-a-month injectable contraceptives, with particular reference to Cyclofem/Cyclo-Provera. *Int J Gynecol Obstet* 1998; 62(1): 43-56. doi: 10.1016/s0020-7292(98)00090-3
72. United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children 2012. Contraceptive Commodities for Women's Health. [Online] <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub->

pdf/Final%20UN%20Commission%20 Report_14sept2012.pdf. Erişim tarihi:02.08.2021

73. DHMH/FHA/CMCH Maryland Family Planning & Reproductive Health Program Clinical Guidelines. Transdermal Contraceptive Patch – Revised 4/15/2012
74. McNamee K, Harvey C, Bateson D. A practical guide to contraception. Part 1: Contraceptive pills and vaginal rings. *Medicine Today* 2013; 14(7): 18-32.
75. Vranic E, Delic T. Intrauterine devices – past, present and future perspectives. *Farm Vestn* 2006; 57(1): 14-24.
76. World Health Organization, UNFPA, UNAIDS and FHI, 2011 The TCu380A Intrauterine Contraceptive Device (IUD): Specification, Prequalification and Guidelines for Procurement, 2010. [Online].
77. Kulier R, O'Brien P, Helmerhorst FM, Usher-Patel M, d'Arcangues C. Copper containing, framed intrauterine devices for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No. CD005347.
78. Use of the Mirena, LNG-IUS and Paragard, CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Society of Family Planning / Contraception*. 2010
79. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Van Vliet HAAM, Stanwood NL. Immediate postpartum partum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010;5.Art. No.: CD003036.
80. Mohllajee AP, Curtis KM, Peterson HB. Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. *Contraception* 2006; 73(2): 145–53. doi: 10.1016/j.contraception.2005.08.007
81. Caliskan E, Öztürk, Dilbaz BÖ, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003; 8(3): 150–5. PMID: 14667326
82. Planned Parenthood Federation of America, Inc. Fact Sheet. The Truth About Condoms. [Online].

http://www.plannedparenthood.org/files/9313/9611/6384/truth_about_condoms.pdf. Erişim tarihi: 04.08.2021.

83. Allen RE. Diaphragm Fitting. *Am Fam Physician* 2004; 69(1): 97-100.
84. Silveira GH, De Oliveira APD, Crispi CP, Lamblet M. Hysteroscopic Permanent Female Sterilization. *Bras J Video-Sur* 2010; 3(4): 200-8.
85. Baill IC, Cullins VE, Pati S. Counseling Issues in Tubal Sterilization. *Am Fam Physician* 2003; 67(6): 1287-94. PMID: 12674457
86. Dassow P, Bennett JM. Vasectomi: An Update. *Am Fam Physician* 2006;74(12): 2069-74. PMID: 17186713
87. Family Planning Association. your guide to natural family planning. [Online].
88. Smoley BA, Robinson CM. Natural Family Planning. *Am Fam Physician* 2012; 86(10): 924-8. PMID: 23157145
89. Pallone SR, Bergus GR. Fertility Awareness-Based Methods: Another Option for Family Planning. *J Am Board Fam Med* 2009; 22(2): 147–57. doi: 10.3122/jabfm.2009.02.080038
90. Weismiller DG. Emergency Contraception. *Am Fam Physician* 2004; 70(4): 707-14. PMID: 15338783
91. Association of Reproductive Health Professionals. Update on Emergency Contraception. [Online]. <http://www.arhp.org/uploadDocs/CPECUpdate.pdf>. Erişim tarihi: 08.08.2021.
92. International Consortium for Emergency Contraception (ICEC), International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO). Statement on Mechanism of Action (2008). How do levonorgestrel-only emergency contraceptive pills (LNG ECPs) prevent pregnancy? [Online]
93. Armstrong C. ACOG Recommendations on Emergency Contraception. *Am Fam Physician* 2010; 82(10): 1278. PMID: 21121541
94. World Health Organization and International Agency for Research on Cancer. World cancer report 2020 Edited by Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW. International Agency for Research on Cancer, 2020.

95. Fass L. Imaging and cancer: A review. *Mol Oncol* 2008; 2(2): 115-52. doi: 10.1016/j.molonc.2008.04.001
96. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.
97. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World population prospects: the 2006 revision. New York: United Nations, 2007.
98. TÜİK. Ölüm ve Ölüm nedenleri İstatistikleri, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
99. TC Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Gen Müd. Türkiye Kanseri İstatistikleri 2016. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2016.pdf
100. TÜİK Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>. Erişim tarihi:12.08.2021.
101. Mousavi SM, Sundquist J, Hemminki K. Nasopharyngeal and hypopharyngeal carcinoma risk among immigrants in Sweden. *Int J Cancer* 2010; 127(12): 2888-92. doi: 10.1002/ijc.25287.
102. Spallek J, Arnold M, Hentschel S, Razum, O. Cancer incidence rate ratios of Turkish immigrants in Hamburg, Germany: A registry based study. *Cancer Epidemiol* 2009; 33(6): 413-8. doi: 10.1016/j.canep.2009.10.006
103. Ott JJ, Paltiel AM, Winkler V, Becher H. The impact of duration of residence on cause-specific mortality: a cohort study of migrants from the Former Soviet Union residing in Israel and Germany. *Health Place* 2010; 16(1): 79-84. doi: 10.1016/j.healthplace.2009.08.006
104. Trosko JE, Chang CC. Environmental carcinogenesis: an integrative model. *Q Rev Biol* 1978; 53(2): 115-41. doi: 10.1086/410451
105. Montesano R, Hall J. Environmental causes of human cancers. *Eur J Cancer* 2001; 37(Suppl 8): 67-87. doi: 10.1016/s0959-8049(01)00266-0

106. Wogan GN, Hecht SS, Felton JS, Conney AH, Loeb LA. Environmental and chemical carcinogenesis. *Semin Cancer Biol* 2004; 14(6): 473-86. doi: 10.1016/j.semcancer.2004.06.010
107. Irigaray P, Newby JA, Clapp R, Hardell L, Howard V, Montagnier L, et al. Lifestyle-related factors and environmental agents causing cancer: an overview. *Biomedicine&Pharmacotherapy* 2007; 61(10): 640-58. doi: 10.1016/j.biopha.2007.10.006
108. Belpomme D, Irigaray P, Sasco AJ, Newby JA, Howard V, Clapp R, et al. The growing incidence of cancer: role of lifestyle and screening detection. *Int J Oncol* 2007; 30(5): 1037-49. doi: 10.3892/ijo.30.5.1037
109. Boffetta P, McLaughlin JK, la Vecchia C, Autier P, Boyle P. Environment' in cancer causation and etiological fraction: limitations and ambiguities. *Carcinogenesis* 2007; 28(5): 913-5. doi: 10.1093/carcin/bgm034
110. Martin-Moreno JM, Harris M, Garcia-Lopez E, Gorgojo L. Fighting Against Cancer Today: A Policy Summary. T.Albreht ve R.Pribaković Brinovec. (Ed.). European Observatory on Health Systems and Policies. Ljubljana: Institute of Public Health, 2009.
111. WHO. National cancer control programmes, policies, and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002.
112. DSÖ. Dünya Sağlık Raporu 1998. (1998). B.Metin, A.Akın, İ.Güngör (Çev. Ed.). Ankara: Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
113. Nieminen P, Kallio M, Hakama M. The effect of mass screening on incidence and mortality of squamous and adenocarcinoma of cervix uteri. *Obstet Gynecol* 1995; 85(6): 1017–21. doi: 10.1016/0029-7844(95)00063-W
114. Towler B, Irwig L, Glasziou P, Kewenter J, Weller D, Silagy C. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *BMJ* 1998; 317(7158): 559–65. doi: 10.1136/bmj.317.7158.559

115. Yip CH, Smith RA, Anderson BO, Miller AB, Thomas DB, Ang ES, et al. Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries: early detection resource allocation. *Cancer* 2008; 113(8 Suppl): 2244-56. doi: 10.1002/cncr.23842
116. Hill D, White V, Jolley D, Mapperson K. Self examination of the breast: is it beneficial? Meta-analysis of studies investigating breast self examination and extent of disease in patients with breast cancer. *BMJ* 1998; 297(6643): 271-5. doi: 10.1136/bmj.297.6643.271
117. Harvey BJ, Miller AB, Baines CJ, Corey PN. Effect of breast self-examination techniques on the risk of death from breast cancer. *Can Med Assoc J* 1997; 157(9): 1205-12. PMID: **9361639**
118. Gastrin G, Miller AB, To T, Aronson KJ, Wall C, Hakama M, et al. Incidence and mortality from breast cancer in the Mama Program for Breast Screening in Finland, 1973-1986. *Cancer* 1994; 73(8): 2168-74. doi: 10.1002/1097-0142(19940415)73:8<2168::aid-cncr2820730822>3.0.co;2-v
119. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Nat Cancer Inst* 2002; 94(19): 1445-57. doi: 10.1093/jnci/94.19.1445
120. Weiss NS. Breast cancer mortality in relation to clinical breast examination and breast self-examination. *Breast J* 2003; 9(suppl 2): 86-9. doi: 10.1046/j.1524-4741.9.s2.9.x
121. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 2003(2): CD003373. doi: 10.1002/14651858.CD003373
122. Thornton H, Pillarisetti RR. 'Breast awareness' and 'breast selfexamination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? *Eur J Cancer* 2008; 44(15): 15: 2118-21. doi: 10.1016/j.ejca.2008.08.015
123. Gwarzo UM, Sabitu K, Idris SH. Knowledge and practice of breast-self examination among female undergraduate students of Ahmadu Bello

- University Zaria, northwestern Nigeria. *Annals of African Medicine* 2009; 8(1): 55-8. doi: 10.4103/1596-3519.55766.
124. Anderson BO, Cazap E. Breast health global initiative (BHGI) outline for program development in Latin America. *Salud Pública de México* 2009; 51(Suppl 2): 309-15. doi: 10.1590/s0036-36342009000800022
125. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara 2018 (TNSA 2018).
126. Çakmak A, Ertem M. Aile planlaması eğitimi için önemli bir fırsat: Bir çocuk hastanesine yatan hastaların anneleri, Diyarbakır-2004. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. *Dicle Tıp Dergisi* 2005; 3: 190-5.
127. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. [Internet]. [cited 2017 Dec 12.]. available from: <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-taramalari/886-serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1.html>
128. Ak M, Canbal M, Turan S, Gürbüz N. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Papsmear Testinin Farkındalığının Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2010; 2(2): 1-4.
129. Gücük S, Alkan S, Arıca S, Ateş A. Van Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Konusundaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Bulletin* 2011; 10(5): 527-32.
130. Dubikaytis T, Larivaara M, Kuznetsova O, Hemminki E. Inequalities in health and health service utilisation among reproductive age women in St. Petersburg, Russia: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 307. doi: 10.1186/1472-6963-10-307
131. TÜİK. (2010). Sağlık Araştırması 2008. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.

10. EKLER

Ek 2. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Kadın Hasta Popülasyonunda Kadın ve Üreme Sağlığı Farkındalığının Belirlenmesi Anket Formu

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Kadın Hasta Popülasyonunda Kadın ve Üreme Sağlığı Farkındalığının Belirlenmesi

Değerli katılımcı;

Kadın ve üreme sağlığının yakınmadan bağımsız olarak genel bir iyilik halinde olması için düzenli takip ve kontroller gereklidir. Bu konuda daha çok aile hekimleri ve kadın doğum hekimleri takip ve değerlendirme basamaklarında yer almaktadır. Ancak toplumun genel hastaneye başvurma eğilimlerine bakıldığında yıllık acil servis başvurularının tüm ayaktan hasta başvuruları arasında ciddi bir oran oluşturduğu bilinmektedir. Her yaşta ve her cinsiyetten hasta çok çeşitli yakınmaları için acil servislere başvurmaktadır. Bu nedenle acil servisler aslında toplum sağlığının da yönlendirilebileceği alanlara dönüşmektedir. Hastaların farkındalığının artırılması, düzenli yapılması gereken sağlık takiplerinin ihmal edilmemesi konusunda bilgilendirilmesi ve uygun yerlere kontrol ve muayeneler için yönlendirilmesi acil servislerin günlük rutin hasta bakım ritüelinin önemli bir parçasıdır. Bu çalışmada 18 yaş ve üzeri kadın hastalarda acil servise başvuru yakınmasından bağımsız olarak kadın ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri ve olası hastalık semptomları sorgulanacaktır. Çalışma ile toplumdaki kadın ve üreme sağlığı farkındalık düzeyinin belirlenmesi ve acil servislerin bu hastaların doğru yönlendirilmelerine katkı sağlanmasındaki rolünün saptanması amaçlanmaktadır.

Çalışmaya katılmayı onaylıyorum.

Katılımcının imzası:

YAŞ (LÜTFEN YAZINIZ):

ÖĞRENİM DURUMU:

Okur-yazar değil (....) Okur-yazar (....) İlkokul (....) Ortaokul (....) Lise (....) Üniversite (....)

MEDENİ DURUM:

Evli (....) Bekar (....) Ayrılmış (....)

YAŞADIĞI YER:

Kentsel yerleşim (....) Kırsal yerleşim (....)

MESLEK (LÜTFEN YAZINIZ):

ALİŞKANLIKLAR:

Sigara (....) Alkol (....) Madde (....) Yok (....)

SON ADET TARİHİ:

Biliyor (....) Bilmiyor (....) Menopozda (....)

ADET DÖNEMİ:

Düzenli (....) Düzensiz (....) Menopozda (....)

GEBELİK DURUMU:

Evet gebeyim (....) Hayır değilim (....) Bilmiyorum (....)

EMZİRME DURUMU:

Evet emziriyorum (....) Hayır emzirmiyorum (....)

GEBELİK SAYISI: (....) DOĞUM SAYISI: (....) DÜŞÜK SAYISI: (....) YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI: (....)

KADIN HASTALIĞI YAKINMALARI:

Kanama (....) Akıntı (....) Ağrılı ilişki (....) Yok (....)

İDRAR YAKINMALARI:

İdrarda yanma (....) Kanlı idrar (....) Sürekli idrara sıkışma (....) Sık idrara çıkma (....) Yok (....)

KULLANILAN KORUNMA YÖNTEMİ:

Doğum kontrol hapları (....)

Takvim yöntemi (....)

RİA (spiral) (....)

Spermisit (köpük) (....)

Kondom (prezervatif) (....)

İlişki sonrası hapi (....)

Aylık iğneler (....)

Tüp ligasyonu (bağlatma) (....)

Geri çekme (....)

Kullanmıyor (....)

KETEM (KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA VE EĞİTİM MERKEZİ) NEDİR BİLİYOR MUSUNUZ?

Evet (....) Hayır (....)

Kadınlarda rahim ağzı kanseri tarama programı kapsamında:

- 30-65 yaş aralığındaki kadınlardan 5 yılda bir smear ve HPV -DNA testi yapılmaktadır.

Evet yaptırdım (....) Hayır yaptırmadım (....) Yaş aralığı dışındayım (....)

Kadınlarda meme kanseri tarama programı kapsamında aşağıdaki taramalar yapılmaktadır;

- >20 yaş

Ayda bir kendi kendine meme muayenesi Evet (....) Hayır (....)

2 yılda bir sağlık kuruluşunda meme muayenesi Evet (....) Hayır (....)

- 40-69 yaş arası

Ayda bir kendi kendine meme muayenesi Evet (....) Hayır (....)

Yılda bir sağlık kuruluşunda meme muayenesi Evet (....) Hayır (....)

2 yılda bir mamografi çekimi Evet (....) Hayır (....)

Yaş aralığı dışındayım (....)

ACİL HEKİMİNİZ SİZİ KONTROL İÇİN YÖNLENDİRDİ Mİ?

Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine yönlendirdi (....)

Aile Hekimliği Polikliniğine yönlendirdi (....)

Böyle bir yönlendirme yapmadı (....)