



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ÜREME SAĞLIĞI/AİLE PLANLAMASI
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Aybegüm YÖRÜMEZ DURSUN

Antalya, 2014



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ÜREME SAĞLIĞI/AİLE PLANLAMASI
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Aybegüm YÖRÜMEZ DURSUN

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2014

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım tüm değerli hocalarıma,

Tezimin tüm aşamalarında ve asistanlık eğitimim süresince hiçbir konuda benden desteğini esirgemeyen diğer tüm asistan arkadaşlarımla beraber hepimize birer manevi anne olan değerli hocam Doç.Dr. Melahat AKDENİZ'e,

Değerli hocamız ve anabilim dalı başkanımız Prof.Dr. Hakan YAMAN'a,

Aile Hekimliği ihtisası sırasında rotasyon yaptığım, bilgi ve deneyimlerinden faydalanma olanağı bulduğum bölümlerdeki tüm hocalarıma,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Son olarak desteklerini her zaman yanımda hissettiğim aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Kısaltmalar Dizini	iii
Çizelgeler Dizini	v
Şekiller Dizini	vi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Üreme Sağlığı	6
2.1.1. Üreme sağlığının tanımı ve önemi	6
2.1.2. Üreme sağlığı kapsamında sunulan hizmetler	8
2.2. Doğurganlık	9
2.2.1. Doğurganlığı etkileyen etmenler	9
2.2.2. Aşırı doğurganlığın sağlık üzerine etkileri	11
2.3. Türkiye’de Nüfus Politikaları	13
2.4. Aile Planlaması	15
2.4.1. Tanım	15
2.4.2. Aile planlaması hizmetlerinin sunumu	15
2.5. Kontrasepsiyon	18
2.5.1. Kontrasepsiyonun tarihçesi	18
2.5.2. Kontraseptif yöntemler	26
2.6. Ülkemizde Kontraseptif Yöntem Kullanımı	52
2.7. Birinci Basamakta Sık Görülen Üreme Sağlığı Sorunları	53
2.7.1. Anormal uterin kanamalar	53
2.7.2. Dismenore	57
2.7.3. Polikistik Over Sendromu (PKOS)	58
2.7.4. Genital yol enfeksiyonları	59
2.7.5. Serviks kanseri için tarama	68
2.7.6. Menopoz	69
3. GEREÇ ve YÖNTEM	74
3.1. Çalışmanın Gerekçesi	74
3.2. Materyal ve Yöntem	74
4. BULGULAR	75
5. TARTIŞMA	83
6. SONUÇLAR	91
7. ÖZET	92
8. ABSTRACT	93
9. KAYNAKLAR	95

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACS	Amerikan Kanser Derneği
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı, Aile Planlaması
AIDS	Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu
AKs	Acil kontrasepsiyon
BV	Bakteriyel vajinozis
Ca	Kanser
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIN	Servikal İntraepitelyal Neoplazi
DAP	Doğal Aile Planlaması
DES	Dietilstilbesterol
DM	Diyabet Mellitus
DMPA	Depo Medroksi Progesteron Asetat
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FDA	Amerikan Besin Ve İlaç Derneği
FSH	Folikül Stimülant Hormon
Hb	Hemoglobin
HIV	Human İmmün Yetmezlik Virüsü
HPV	Human Papilloma Virüs
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
HSV	Herpes Simpleks Virüs
HT	Hipertansiyon
GYİ	Genital yol infeksiyonları
ICPD	Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
KMD	Kemik Mineral Dansitometrisi
KOK	Kombine Oral Kontraseptif
LH	Luteinizan Hormon
LNG-RİA	Levonorgestrel içeren Rahim İçi Araç

MÖ	Milattan Önce
MR	Manyetik rezonans
NAMS	Kuzey Amerikan Menopoz Derneği
NSAİİ	Steroid olmayan antiinflamatuvar ilaç
OKs	Oral Kontraseptif
PIH	Pelvik İnflamatuvar Hastalık
PKOS	Polikistik Over Sendromu
RIA	Rahim İçi Araç
SLE	Sistemik Lupus Eritematozus
SMY	Servikal Mukus Yöntemi
SPY	Servikal Palpasyon Yöntemi
SSRI	Serotonin Selektif Geri Alım İnhibitörü
STY	Semptotermal Yöntem
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TVUSG	Transvajinal ultrasonografi
UNFPA	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
USPSTF	Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Görev Gücü
VVA	Vulvovajinal atrofi
VVK	Vulvovajinal kandidiyazis

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. AP’de danışmalık tipleri ve özellikleri	17
2.2. KOK kullanan kişiler için uyarı işaretleri	29
2.3. Acil kontrasepsiyonda kullanılan yöntemler	51
2.4. Anormal uterin kanamalarda tedavi seçenekleri	56
2.5. Vajinal akıntının niteliğine göre olası tanılar	61
2.6. NAMS’ın menopozal terimler için tanımları	69
2.7. AAFP’nin menopozal semptomların HRT dışı tedavileri için kanıta dayalı önerileri	72
4.1. ÜS/AP polikliniğine başvuran kadınların yaş gruplarına göre dağılımı	75
4.2. Aile planlaması yöntemi talebi ile başvuran kadınların yaş gruplarına göre dağılımı	76
4.3. ÜS/AP polikliniğine başvuran kadınların başvuru nedenlerine göre dağılımı	76
4.4. ÜS/AP polikliniğine kontraseptif yöntem almak için başvuran kadınların yaş gruplarına ve aldıkları kontraseptif yöntemlere göre dağılımı	77
4.5. ÜS/AP polikliniğine kontraseptif yöntem almak için başvuran kadınların öğrenim durumlarına göre dağılımı	78
4.6. ÜS/AP polikliniğine başvuran kadınların öğrenim durumlarına göre aldıkları kontraseptif yöntemlerin yüzde dağılımı	79
4.7. ÜS/AP polikliniğine kontraseptif yöntem talebi dışı nedenlerle başvuran kadınların aldığı tanılar	80
4.8. 50 yaş ve üzerindeki hastaların başvuru nedenlerine göre dağılımı	81

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Mentrüel siklus ve servikal mukus yöntemi	45
2.2. SMY çizelgesi	47
2.3. Bazal vücut ısısı yönteminin çizelgesi	47
4.1. ÜS/AP polikliniğine başvuran kadınların yaş gruplarına göre dağılımı	75
4.2. Aile planlaması yöntemi talebi ile başvuran kadınların yaş gruplarına göre dağılımı	76
4.3. ÜS/AP polikliniğine başvuran kadınların başvuru nedenlerine göre dağılımı	77
4.4. ÜS/AP polikliniğine kontraseptif yöntem almak için başvuran kadınların yaş gruplarına ve aldıkları kontraseptif yöntemlere göre dağılımı	78
4.5. ÜS/AP polikliniğine kontraseptif yöntem almak için başvuran kadınların öğrenim durumlarına göre dağılımı	79
4.6. ÜS/AP polikliniğine başvuran kadınların öğrenim durumlarına göre aldıkları kontraseptif yöntemlerin yüzde dağılımı	80
4.7. ÜS/AP polikliniğine kontraseptif yöntem talebi dışı nedenlerle başvuran kadınların aldığı tanılar	81
4.8. 50 yaş ve üzerindeki hastaların başvuru nedenlerine göre dağılımı	82

1. GİRİŞ

Bir ülkenin sağlık açısından gelişmişlik düzeyini en iyi yansıtan parametre bebek ve anne sağlığı hizmetlerinin kalitesi, bebek ve anne ölüm oranlarının düşüklüğüdür (1). Bu nedenle tüm ülkeler anne ve çocuk sağlığını geliştirme çabası içinde olmuşlardır. Cumhuriyetin ilk yıllarındaki nüfusu artırma politikaları doğurganlık oranını artırmayı hedeflemiştir (1,2). Çok sayıda doğum anne ve bebek ölümlerinin artmasına yol açmıştır. 1950’li yıllardan sonra nüfus politikaları değişmeye başlamıştır. Anne ve çocuk sağlığını iyileştirme çabaları başlamış ve bu hizmetlerin yürütülmesi için ana-çocuk sağlığı merkezleri kurulmuştur. Üreme sağlığı ile ilişkili sağlık sorunları ana-çocuk sağlığı kapsamında ele alınmış ve bu hizmetin sunulması için ana-çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerinin birlikte yürütüldüğü Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri (AÇSAP) kurulmuştur. Aile Hekimliği Uzmanlığını alan ilk hekimlerin çoğunun görev yeri olan bu merkezlerin hedefi çocuk sağlığını ve anne sağlığını korumak ve yükseltmektir (2).

Üreme sağlığı kavramı ilk kez 1994’te Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda (ICPD) dile getirilmiştir. Bu konferansta devletlerin, kadın erkek eşitliğini temel alarak, aile planlaması ve cinsel sağlığı da içeren üreme sağlığı hizmetleri dahil tüm sağlık hizmetlerine evrensel ulaşılabilirliğin sağlanması için gereken bütün önlemleri alması gerektiği ilkesi kabul edilmiştir (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üreme sağlığını “*sadece üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, üremenin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali içinde tamamlanması*” olarak tanımlar (4-6). Üreme sağlığı kavramı aynı zamanda kişilerin sorumlu, güvenli ve tatmin edici bir seks yaşamları olmasını, üreme yeteneğine ve bu yeteneği ne zaman ve ne sıklıkta kullanacaklarına özgürce karar verebilmelerini de içerir. Erkek ve kadınlar güvenli, etkin, kabul edilebilir ve ödenebilir doğurganlığı düzenleme yöntemleri konusunda bilgilenme hakları bağlamında uygun sağlık bakım hizmetlerine ulaşabilmelidirler.

Üreme sağlığının önemi anne ve çocuk sağlığı ile ilgili istatistiklere bakıldığında ortaya çıkmaktadır. DSÖ verilerine göre her gün 800 kadın gebelik ve doğuma ilişkin nedenlere bağlı olarak ölmektedir. 2013 yılında 299 bin kadın gebelik sırasında, doğumda ya da doğumdan sonra ölmüştür (7). Yaklaşık 6.6 milyon çocuk 5 yaşına

gelmeden ölmektedir (8). Uygun tıbbi hizmetler sağlandığında anne ölümlerinin %74'ü, çocuk ölümlerinin de %63'ünün önlenabilir olduğu ileri sürülmektedir (7, 8).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun (UNFPA) Türkiye verilerine göre Türkiye'de her gün 1 anne ve 120 bebek önlenabilir nedenlerden hayatını kaybetmektedir. Türkiye'de ortalama dört doğumdan biri hiç bir gebelik öncesi sağlık bakım hizmeti almadan yapılmaktadır. Bu oran bazı bölgelerde üçte bire yükselmektedir (9).

Cinsel ve üreme sistemi hastalıkları, üreme çağındaki (15-49 yaş arası) kadınların toplam hastalık yükünün üçte birini, tüm hastalık yükünün ise beşte birini oluşturmaktadır (10). Kontraseptif yöntemlere erişimin tüm dünyada artmış olmasına rağmen gelişmekte olan ülkelerde çocuk doğurmayı durdurmak ya da geciktirmek isteyen tahminen 137 milyon kadın bunu başaramamaktadır. Her yıl gelişmekte olan ülkelerde, kontraseptif yöntem kullanmayan kadınlarda 51 milyon istenmeyen gebelik ortaya çıkmaktadır. Yirmibeş milyon istenmeyen gebelik de kontraseptif yöntemin hatalı ya da tutarsız kullanılması ya da yöntem başarısızlığı nedeniyle oluşmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesindeki başarısızlık bazı kadınları gebeliğin sonlandırılması yoluna itmektedir. Her yıl 250 milyon gebeliğin beşte birinin düşükle sonuçlandığı tahmin edilmektedir. Yılda 42 milyon istemli düşüğün yarısı güvensiz ortamlarda yapılmaktadır. Kürtajın kısıtlandığı ya da yasa dışı olduğu yerlerde güvensiz ortamlarda yapılan kürtajlar anne ölümlerine neden olmaktadır. Tüm dünyada anne ölümlerinin %13'ü güvensiz ortamlarda yapılan düşüklere bağlıdır ve bu sayı bazı ülkelerde %25'e çıkmaktadır (11-13).

Anne ve çocuk ölümlerinin bir diğer nedeni sık aralıklarla yapılan doğumlardır. 15 aydan daha kısa aralıklı gebeliklerde anne ölüm riski ikiye katlanmaktadır (14,15).

Günümüzde önemli bir üreme sağlığı sorunu da ergen gebelikleridir. Ergen gebelikleri yüksek oranda obstetrik komplikasyon riskine sahiptir. Gebeliği planlamamışlarsa ya da istemiyorlarsa, kadınlar istemli düşük yapmanın yollarını aramaktadırlar. Her yıl 20 milyon güvensiz ortamlarda düşük yapan kadınların dörtte biri 15-19 yaş arası kadınlardır (14). Ergen gebelikleri çocuk sağlığını da etkilemektedir. Yirmi yaşından küçük annelerde daha fazla olduğu saptanmıştır (15).

Tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu oluşturan, sağlık harcamalarını önemli oranda artıran ve kişilerin yaşamlarını tehlikeye atabilen cinsel yolla bulaşan hastalıklardan kişilerin korunması ve hastaların tedavi edilmesi de üreme sağlığının önemli ilgi alanlarından biridir (6,12).

Ülkemizde sağlık sektörünün doğrudan sorumlu olduğu aile planlaması dahil üreme sağlığı hizmetlerinin sunulmasında, Sağlık Bakanlığı dışında üniversitelerin, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun, 1580 sayılı yasa ile yerel yönetimlerin, özel hekimlerin, çeşitli yasal düzenlemelerle de diğer kamu kurum ve kuruluşları ile gönüllü kuruluşların doğrudan ya da dolaylı olarak sorumlulukları vardır. Bu kurum ve kuruluşlar toplumun üreme sağlığı ve kontraseptiflerle ilgili bilgilendirilmesi ve klinik hizmet verilmesinde rol alırlar (16,17).

Dünya Sağlık Asemblası 2004 yılında ilk “Üreme Sağlığı Stratejisini” kabul etmiş ve ülkelere üreme sağlığını ve cinsel sağlığı ulusal planlama ve bütçelerinin bütünleşmiş bir parçası yapmalarını önermiştir. Cinsel ve Üreme Sağlığı Bilimsel ve Teknikel Öneri Grubunun 25. ve 26. toplantısında, cinsel ve üreme sağlığında, sağlık çalışanları için çekirdek yeterliklerin (klinik, yönetim, danışmanlık) tanımlanmasına dair çalışmaların sürdürülmesi istenmiştir. Bu nedenle DSÖ Üreme Sağlığı Araştırmaları Departmanı cinsel ve üreme sağlığının birinci basamağa entegre edilmesini ve birinci basamakta çalışanlar için çekirdek yeterliklerin tanımlanmasını önermiştir (18-20). Bu amaçla cinsel ve üreme sağlığı konseptini yayınlamıştır. Bu konsepte göre cinsel ve üreme sağlığının 6 komponenti vardır (18):

1. Antenatal, perinatal, postpartum ve neonatal bakımı iyileştirmek
2. İnfertilite hizmetleri dahil aile planlaması için yüksek kalitede hizmet vermek
3. Güvensiz düşükleri azaltmak
4. Human İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV), ürogenital yol infeksiyonlarını içeren cinsel yolla bulaşan infeksiyonlar (CYBI), serviks kanseri ve diğer cinsel ve üreme sağlığı morbiditeleri ile savaşmak
5. Cinsel sağlığı artırmak
6. Araştırma ve program geliştirmeyi güçlendirmek için kapasiteyi artırmak.

Bu komponentlerin başarılabilmesi için cinsel ve üreme sağlığının birinci basamak sağlık merkezi içine entegre edilmesi gerektiği belirtilmektedir (18-20).

Cinsel ve üreme sağlığı ve birinci basamak sağlık merkezinin tarihi ve cinsel ve üreme sağlığı ve birinci basamak sağlık merkezi konseptlerinin benzerliği entegrasyon için uygun olmalarını sağlamaktadır. Birinci basamak sağlık merkezlerinin yenilenmesi, sağlık sistemi kapasitesinin güçlendirilmesi ve evrensel kapsam ve erişim için hedefleri cinsel ve üreme sağlığı ve birinci basamak sağlık merkezinin her ikisi için de ortaktır. Ayrıca her ikisinin de sağlık sistemlerini kişi merkezli yapma, karşılanmamış

gereksinimleri karşılama, hizmet sunumunda gerekli diğer kuruluşlarla iş birliği içinde çalışma ilkeleri arasında paralellik vardır (18-20).

Birinci basamak, kadınların büyük bir kısmı için kolay erişebildikleri ilk başvuru noktasıdır (19,21). ABD’de birinci basamak sağlık merkezleri 2011’de 20 milyon hastaya sağlık hizmeti vermiştir. Bu kişilerin %60’ı kadındır ve %25’i de doğurganlık çağındaki kadınlardır (21). ABD’de yapılan bir diğer çalışmada 2007 yılında tüm hekim ziyaretlerinin %25’ini ofis ziyaretlerinin oluşturduğu; ofis ziyaretlerinin %58’inin aile hekimlerine yapıldığı bulunmuştur. Bu ziyaretlerin %19.4’ü koruyucu bakım için yapılmıştır. Kadınların koruyucu bakım ziyaretlerinin %5’i Pap Smear için yapılmıştır (22).

Birinci basamağın ve aile hekimliğinin öncelikli misyonlarından birisi bireye yönelik koruyucu hekimliktir (24). Bu bağlamda Aile hekimleri, yaşam döngüsü yaklaşımıyla, doğurganlık çağındaki kadınlara; diğer sağlık sorunlarıyla ilgilenmeleri yanında, aile planlaması ve doğum kontrolü, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruma dahil koruyucu sağlık hizmetlerini de sunarlar (23,24).

Aile hekimleri kendilerine bağlı nüfus içinde kadınların güvenli, etkili ve uygun kontraseptif bakımı almalarını sağlamada en uygun konumdadırlar. Ancak tıp fakültesinden mezun hekimlerin aile planlaması konusunda yeterli bilgi ve becerileri olmayabilmektedir (8,13). Amerika’da tıp fakültelerinde yapılan bir yüzey araştırmasında, asistan ve hekimlerin kontraseptif yöntem verme (rahim içi araç ve implant) ve danışmanlık yapma konusunda yeterli eğitim almadıkları bulunmuştur (23). Kontraseptif yöntemler konusunda eğitim alan aile hekimliği asistanlarının kontraseptif danışmanlığı yapma ve bunu belgeleme oranlarının arttığı görülmüştür (25).

ABD Ulusal Akademiler Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine of The National Academies) aile hekimlerinin yapması gereken 7 koruyucu hizmet önerisinden birinin istenmeyen gebelikleri önlemek için kontraseptif eğitimi, danışmanlığı, kontraseptif yöntem sunumu ve hizmetleri olarak belirlemiştir (25). ABD Ulusal Akademiler Tıp Enstitüsü’ne göre birinci basamakta çalışan hekimler kendilerine bağlı nüfus içinde kadınların güvenli, etkili ve uygun kontraseptif bakımı almalarını sağlamalıdır.

PRIME I çalışması sonuç raporunda gelişmekte olan ülkelerde istenmeyen gebelikleri önlemek için birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin eğitimi, güçlendirilmesi ve teşvik edilmesi gerektiği, üreme sağlığı hizmetlerinin birinci basamak bakıma entegre edilmesinin hizmet sunumunu artıracağı belirtilmiştir. PRIME

II çalışması bu öneriyi benimseyen farklı ülkelerde yapılan çalışmaları değerlendirmiş ve olumlu gelişmeler olduğunu saptamıştır (26).

Aile Planlaması hizmetlerinin etkili bir biçimde sunulması kadın, çocuk ve toplum sağlığını koruduğu için birinci basamak sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır (27). Asistanların ve öğrencilerin kurumda çalışırken bu hizmetleri yerinde izlemesi ve uygulamanın bir parçası olarak algılamasının aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerinin kendi günlük rutin pratiklerinde yer almasını sağladığı belirtilmektedir (28).

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı bu gerçeğin farkında olarak, Aile Hekimliği polikliniği yanında bir Aile Planlaması polikliniğini 2004 yılı ortalarında hizmete açmış ve Sağlık Bakanlığı'ndan "Aile Planlaması Danışmanlığı ve Rahim İçi Araç (RİA) Uygulaması" konusunda eğitim merkezi sertifikası almıştır. Kontraseptif yöntemler İl Sağlık Müdürlüğü'nden sağlanmış ve ücretsiz dağıtılmıştır.

Bu çalışmada; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Üreme Sağlığı/Aile Planlaması polikliniğine başvuran hastaların nitelikleri ve aldıkları hizmet türü retrospektif olarak araştırılmıştır. Bu araştırma sonucunda hizmet alan grubun tanımlanması ile hizmetin niteliğini artırmak ve hizmet talep eden kişi sayısını artırmak için yapılması gerekenlerin planlanması umulmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üreme Sağlığı

2.1.1. Üreme sağlığının tanımı ve önemi

Üreme sağlığı kavramı ilk kez 1994'te Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (ICPD) dile getirilmiştir. Bu konferansta, son 20 yılda dünyanın pek çok gelişmiş bölgesinde demografik, sosyal, ekonomik, çevresel ve politik değişiklikler olduğu, pek çok ülkede üreme sağlığı bakımına erişimde önemli ilerlemeler olduğu ve bu gelişmeler sonrasında doğum ve ölüm oranlarının azaldığı vurgulanmıştır. Gelişmekte olan bölgelerde sürdürülebilir bir gelişme için devletlerin, kadın erkek eşitliğini temel alarak, aile planlaması ve cinsel sağlığı da içeren üreme sağlığı hizmetleri dahil, tüm sağlık hizmetlerine evrensel ulaşabilirliğin sağlanması için gereken bütün önlemleri alması ve üreme sağlığı bakım programlarının herhangi bir kısıtlama olmaksızın tüm sağlık hizmetlerini kapsamaya gerektiği ilkesi kabul edilmiştir (29).

Üreme sağlığının pek çok tanımı yapılmıştır. Bazı kurumlar baskın olarak fizyolojik ve fertilité yönlerine vurgu yaparken diğerleri daha holistik bir görüş açısıyla tanım yapmışlardır. DSÖ'nün tanımı holistik görüş açısıyla yapılan bir tanımdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üreme sağlığını *“sadece üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, üremenin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali içinde tamamlanması”* olarak tanımlar (3,30). Üreme sağlığı kavramı aynı zamanda kişilerin sorumlu, güvenli ve tatmin edici bir seks yaşamları olmasını, üreme yeteneğine 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 bilgilenme hakları bağlamında uygun sağlık bakım hizmetlerine ulaşabilmelidir (2-5).

Üreme sağlığının önemi DSÖ'nün bu konudaki istatistiklerine bakıldığında ortaya çıkmaktadır. DSÖ istatistiklerine göre her gün yaklaşık 800, yılda 287 bin kadın, gebelik ve doğumla ilişkili, önlenemez nedenlerden ölmektedir (7,8). Tüm dünyada her gün 910 bin gebelik oluşmaktadır. Bu gebeliklerin yarısı planlanmamış gebeliklerdir ve dörtte biri (yaklaşık 225 bin) istenmeyen gebeliklerdir (2). Her gün istenmeyen bu gebeliklerden 150 bini isteyerek düşükle sonlanmaktadır. Bu düşüklerin üçte biri sağlıklı olmayan koşullarda yapılmakta ve 500 kadın düşüğe bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir (2,31,32). Doğurmaya karar veren kadınların 1370'i gebelik ve

doğum sırasında yaşamını kaybetmektedir. Pek çok kadında önemli ruhsal ve bedensel sakatlık ortaya çıkmaktadır. Anne sağlığı ve bebek sağlığı yakından ilişkilidir. Her yıl ortalama 3 milyon yenidoğan bebek önlenemez nedenlerden ölmekte, 2.6 milyon bebek ölü doğmaktadır (32).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer istatistikler vardır. 2003 yılında yapılan çalışmada yılda 1.780.556 gebelik oluşmakta, bunların 402.404'ü düşük ve ölü doğumla sonuçlanmaktadır. Düşüklerin 201 bini istemli düşüklere (33). Ülkemizde anne ölüm hızı giderek azalmakla birlikte hala yüksektir ve 2006'da yüzbinde 28.5 olarak hesaplanmıştır (33).

1980 yılında yapılan Dünya Doğurganlık Araştırmasına göre kısa doğum aralığı bebeklerin yaşam şansını %60-70; çocukların beş yaşına kadar yaşayabilme şansını %50 azaltmaktadır (34).

Günümüzde önemli bir üreme sağlığı sorunu da ergen gebelikleridir. Çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, her yıl yaklaşık 16 milyon 15-19 yaş arası ergen, doğum yapmaktadır. Doğum yapan 2 milyon ergen 15 yaşın altındadır. Erken çocuk doğurma hem annenin hem de bebeğin sağlık riskini artırmaktadır. DSÖ verilerine göre düşük ve orta gelirli ülkelerde, gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar 15-19 yaş arası kızlar arasında önemli ölüm nedenidir. Ergen annelerin bebekleri arasında ölü doğum ve yenidoğan ölümleri 20-25 yaş arası annelerden doğan bebeklerden %50 daha fazladır (35,36).

Gebe ergenler erişkinlerden daha fazla oranda sağlıksız koşullarda düşük yapmaktadırlar. Tüm dünyada her yıl 3 milyondan fazla güvensiz ortamlarda düşük, 15-19 yaş arası kızlar tarafından yapılmaktadır. Güvensiz ortamlarda yapılan bu düşüklere önemli oranda sağlık sorunlarına ve ölüme yol açabilmektedir. DSÖ verilerine göre düşük ve orta gelirli ülkelerde, gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar 15-19 yaş arası kızlar arasında önemli ölüm nedenidir. Ergen annelerin bebekleri arasında ölü doğum ve yenidoğan ölümleri 20-25 yaş arası annelerden doğan bebeklerden %50 daha fazladır (36).

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 ilgi alanlarından biridir (2,31). Her gün 1 milyondan fazla kişi CYBH'a yakalanmaktadır. Her yıl 500 milyon kişi 4 CYBH'den biri ile (Klamidya, gonore,

sifiliz, trikomonyazis) ile infekte olmaktadır (37). Gelişmekte olan ülkelerde 15-44 yaş arası kadınlar için HIV/AIDS (Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu) başta gelen ölüm nedenlerinden biridir. 2011 yılında 15-24 yaş arası 820 bin kadın ve erkek HIV ile infekte olmuştur. Bunların %60'dan 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 kontraseptif yöntemlerle 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 sağlığı kapsamında sunulan hizmetler

Üreme sağlığı kapsamında sunulan hizmetler kadınların ya da çiftlerin güvenli, sağlıklı ve etkili bir şekilde cinsel yaşamlarını ve üreme yetkinliklerini sürdürmelerini, başarılı anneliği ve sağlıklı bebekleri hedefler (2,41). Bu hizmetler:

- Kişilerin ya da çiftlerin üreme, cinsel davranış ve ebeveynlik konusunda sorumlu davranışları için bilgilendirilmesi, eğitimi ve desteklenmesi
- İstenmeyen gebelikleri önlemek için kişilerin aile planlaması hizmetleri ve doğum kontrol yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi, eğitimi, kullanımlarının desteklenmesi
- Etkili ana-çocuk sağlığı hizmetleri, doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım ve emzirmeyi içeren güvenli annelik hizmetleri
- Cinsel yolla bulaşan infeksiyonların (CYBİ) önlenmesi, tedavisi, kontrolü
- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi
- Güvenli olmayan düşüklerin ve bu düşüklere bağlı sağlık sorunlarının önlenmesi
- Üreme organlarında görülen malign hastalıkların önlenmesi ve tedavisi
- Beslenme, aşılama, gelişimin izlenmesi gibi bebek ve çocuk sağlığı konuları

- Ergen sağlığı: Ergen gebeliklerinin ve CYBI'nın önlenmesi, güvenli cinsellik eğitimi
- Üreme sağlığını etkileyebilecek çevresel, sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesi.

2.2. Doğurganlık

2.2.1. Doğurganlığı etkileyen etmenler

Doğurganlığı etkileyen pek çok etmen vardır:

- a. Menarş ve menopoz yaşı arasındaki süre:** Süre ne kadar uzunsa çocuk doğurma olasılığı o kadar fazladır. Erken menopoz çocuk sayısını azaltabilmektedir (42,43).
- b. Evlilik ve ilk evlenme yaşı:** Evlenme yaşı ne kadar erkense oluşabilecek gebeliklerde sorun yaşama olasılığı o kadar fazladır (36). Ülkemizde TNSA 2008 verilerine göre kadınlarda ilk evlenme yaşı ortanca değeri 20'dir (17). Evlenme yaşının erken olması fertil dönemin uzun olmasına neden olmakta ve doğurganlığı etkilemektedir. Erken yaşta çocuk sahibi olan kadınlar genellikle toplum ortalamasından daha fazla çocuk sahibi olmaktadır (2,17,36,42).
- c. Kadının eğitim durumu ve iş yaşamında yerini alması:** Eğitim düzeyi yüksek, iş yaşamında yerini almış kadınlar daha az çocuk sahibi olmaktadır (17,41,42).
- d. Doğum aralığı:** Doğumlar arasındaki süre doğurganlık durumunda belirleyici olmaktadır. Sürenin fazla olması daha az çocuk sahibi olmakla bağlantılıdır (2).
- e. Kontraseptif kullanımı:** Kontraseptif kullanımının yaygınlığı, yöntem çeşitliliği, yöntemle erişilebilirlik, yöntemlerin etkinlik düzeyleri ve yan etkileri doğurganlığı etkilemektedir (2,17,42,43).
- f. İstenen çocuk sayısı:** Kadının ve erkeğin eğitim düzeyi istenen çocuk sayısını etkilemektedir. TNSA 2008 verilerine göre istenen ortalama çocuk sayısı eğitimi olmayan kadınlarda 3.1, ilkokul mezunu kadınlarda 2.5, lise ve üzeri mezun kadınlarda 2.2'dir (17,44).
- g. Cinsiyet tercihi:** Erkek çocuk tercihi gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde doğurganlığı etkileyen bir faktördür (17,44,45).

- h. İstenmeyen gebelikler ve isteyerek yapılan düşükler:** İstenmeyen gebelikler kadın sağlığını tehdit eden önemli üreme sağlığı sorunudur. Pek çok çift daha fazla çocuk sahibi olmak istemedikleri halde üreme sağlığı hizmetlerine erişemedikleri için ya da toplumsal nedenlerle gebe kalmaktadır (13,43,46). İstenmeyen gebeliklerin yarısı istemli düşükle sonuçlanmakta ve üreme sağlığı hizmetlerinin yeterli sunulmadığı ülkelerde bu düşükler sağlıksız koşullarda yapılmakta ve kadınlar sakatlanmakta ya da ölebilmektedirler (31).
- i. Kadının toplumdaki statüsü:** Toplamların kadına verdiği değeri, kadının eğitim düzeyi ve iş yaşamında yerini alabilmesi doğurganlığı etkilemektedir (17,41). Kadınları sadece çocuk doğuran, eşine ve çocuklarına bakım vermek ve ev işlerini yapmakla sorumlu gören toplumlarda kadınlar daha fazla çocuk sahibi olmaktadır. Buna karşılık kadınların eğitime önem veren, iş yaşamında eşit olanaklar sunan toplumlarda ise doğurganlık azalmaktadır (41-44). TNSA 2008'e göre okuryazar olmayan ya da ilkokulu bitirmeyen kadınlarda toplam doğurganlık hızı 2,64 iken, lise ve üzeri okul mezunlarında bu oran 1,53'e düşmektedir (17).
- j. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar:** Kronik genital yol enfeksiyonları yapışıklıklara neden olarak kadın ve erkeklerde infertiliteye neden olabilmektedir (38).
- k. Kültürel etmenler:**
- ✓ Aile yapısı: Kadının aile içindeki konumu, toplumda çocuğun maliyeti, çocuğun ekonomik yararı ve çocuklarda cinsiyet tercihi ailenin sahip olacağı çocuk sayısını belirlemektedir (2,17,41-44,).
 - ✓ Hane halkı refah düzeyi: Hane halkının refah düzeyi arttıkça doğurganlık oranı azalmaktadır (44)
 - ✓ Toplumun yapısı: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) 2013 verilerine göre ülkemiz nüfusunun 91.4'ü kent ve kasabalarda, %8.6'sı köy ve beldelerde yaşamaktadır (47). Kırdan kente olan hızlı göç doğurganlık davranışını değıştirse de, özellikle gecekondularda yaşayanlar kırsal yapının etkisi altında kalmaya devam etmektedir. TNSA 2008 verilerine göre kırsal bölgelerde ortalama doğurganlık oranı 2.68, kentsel bölgelerde 2.0'dır (17).
 - ✓ Toplumun kontraseptif yöntemle bakış açısı da kontraseptif yöntem kullanımını etkileyerek doğurganlığı etkilemektedir (41,44).

2.2.2. Aşırı doğurganlığın sağlık üzerine etkileri

Aşırı doğurganlık üzerine yapılan çalışmalar anne ve bebeğin ölüm riskinin 4 etmeden etkilendiğini göstermektedir (2,48-55).

1. Erken yaşta (18 yaş altında) gebelik
2. Çok sayıda (4'ten fazla) gebelik
3. Çok geç yaşta (35 yaş üstünde) gebelik
4. Kısa aralıklarla (2 yıldan az) gebelik

Bu gebelikler yüksek riskli gebelik olarak tanımlanır. Bunların her biri tek başına risk olmakla birlikte bir arada bulunduğu risk katlanarak artmaktadır. Bu gebeliklerin önlenmesinin anne ve bebek ölümlerini yarı yarıya azaltacağı çalışmalarla gösterilmiştir (48-52).

Aşırı doğurganlık 4 ya da üzerinde gebelik ve gebelikler arası sürenin 2 yıldan az olması ile karakterizedir (2,42). Aşırı doğurganlığın sağlık üzerine etkileri genellikle iki kategoride değerlendirilir.

1. Aşırı doğurganlığın kadın sağlığına etkileri

Aşırı doğurganlık öncelikle gebelik, doğum ve doğum sonrası sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (2,42,44,48-55).

Anne ölümleri: Anne ölümlerinin en önemli nedenleri gebelik ve doğum sırasında ortaya çıkan sorunlar ve istenmeyen gebeliklerin sağlıksız koşullarda sonlandırılmasıdır. Kontraseptif kullanımı ile kadın sağlığını tehdit eden yüksek riskli gebelikler önlenebilir. Böylelikle anne ölümleri azaltılabilir (37,44,46,56).

Gebelik ve doğum komplikasyonları: Anne ölümlerinin en önemli nedenidir. Gebelik ve doğuma bağlı 4 temel ölüm nedeni şiddetli kanama, infeksiyonlar, güvensiz ortamlarda düşük yapma, eklampsi ve preeklampsi gibi hipertansif hastalıklardır. Bu ölümlerin çoğu önlenebilir (31,37,46,58).

Anemi ve malnütrisyon: Gebelik ve emzirme evrelerinde kadınların protein ve kalori gereksinimleri artmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenemeyen annelerde beslenme yetersizliği ve anemi gelişme olasılığı yüksektir. Anemisi olan kadınlarda doğum sonrası infeksiyon gelişme riski daha yüksektir. Normal bir doğumda çok önemli olmayan kanama, derin anemisi olan bir kadında ölüme neden olabilmektedir (2,49).

Annenin tükenme sendromu: Kısa aralıklı gebelikler, yetersiz beslenme, ağır çalışma koşulları kadınların sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Kadınlar bir önceki gebelikte kaybettiklerini yerine koyamadan yeniden gebe kalırlar ve beslenme yetersizliği derinleşir. Bu fetusun sağlığını da etkileyerek spontan düşük, ölü doğum ya da düşük doğum ağırlıklı bebek doğmasına neden olabilir (2,44-50).

2. Aşırı doğurganlığın çocuk sağlığına etkileri

Çok erken, çok geç, çok sayıda ve yakın aralıklı gebeliklerde çocuk sağlığı da tehlikeye girebilmektedir (50-55). Aile planlaması hizmetlerinin uygun ve erişilebilir olduğu ve etkin yöntem kullanımının arttığı ülkelerde bebek ölüm oranları düşmektedir (2,11,41,56-58). Ülkemizde 1960 yılında canlı doğan her bin bebekten 2008'i ölürken 2013 yılında oran binde 10.8'e düşmüştür (41,59). Bu düşüşte sağlık hizmetlerinin gelişmesi, erişilebilirliğin artışı kadar aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaşması da etkili olmuştur (44).

Gelişmekte olan ülkelerden elde edilen veriler gebelik aralığının kısılmasının bebeklerin ölüm olasılığını artırdığını göstermektedir. Bu hem yenidoğan bebek hem de diğer çocuklar için geçerlidir. İki yıldan daha kısa aralıklarla doğan bebeklerin ölme riski iki yıldan uzun aralıklarla doğan bebeklere göre 1.48 kat daha fazladır (8,51-54).

Annenin yaşının yüksekliği ve doğum sayısının fazlalığı ile bebek ölümleri arasında pozitif ilişki vardır. Dört ya da daha fazla sayıda doğum yapmış kadınlardan doğan bebeklerde ölüm riski dördüncü bebekten itibaren artmaktadır (8,51,60,61).

Ailenin kaynaklarının paylaşılması nedeni ile doğum sayısı arttıkça, özellikle düşük gelirli ailelerde, bebeklerde yetersiz beslenme oranı artmaktadır. Kalabalık çocuklu ailelerde kardeşler arası rekabet nedeniyle beslenme bozulabilmekte, bebeğin büyüme ve gelişmesi geri kalmaktadır. Kalabalık ailelerde çocuklarda mortalite ve morbiditenin önemli nedenleri olan infeksiyonlar ve kazalar daha sık görülmektedir (2,44).

2.3. Türkiye’de Nüfus Politikaları

Birinci Dünya Savaşı ve Bağımsızlık Savaşı sürecinde ağır insan kayıpları yaşayan Türkiye’de birinci TBMM döneminden itibaren 1965 yılına kadar nüfusun artması yönünde pronatalist nüfus politikaları izlenmiştir (62-66). 1923-1950 yılları arasında ülkemizin katılmadığı ikinci dünya savaşı dışında savaş olmaması, yaşamın normale dönmesi sonucu doğurganlık artmış, sağlık hizmetlerindeki iyileştirmelerin de katkısıyla ölüm oranları hızla düşmüştür. Nüfus 13 milyondan 24 milyona çıkmıştır. 1950 yıllarından itibaren doğurganlık hızında azalma başlamış ancak ölüm oranlarındaki azalma nedeniyle nüfus artmaya devam etmiş ve 1985 yılında 51 milyona ulaşmıştır (62-66).

1950 yılından önce çok düşük olan kentleşme oranı da artmaya başlamıştır. Kentleşme doğurganlığı azaltan bir etmendir. Kentte yaşayan genç erişkinler daha az çocuk sahibi olma eğilimindedirler. Kırsal kesimde egemen olan ve çocukların bakım sorunlarının kolaylıkla çözümlendiği geniş aileler kentte yerini çekirdek ailelere bırakmaya başlamıştır. Kentsel yaşam eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte aile yapısının değişmesinin ve kadının iş dünyasına katılmasının yolunu açmıştır. Çok çocuktan ziyade, sağlıklı ve eğitilmiş çocuk istemi nedeniyle aileler doğurganlıklarını sınırlamanın yollarını aramaya başlamışlardır (2,44,66,67).

Ülke politikası da değişmeye başlamıştır. Sanayi ve teknolojinin gelişmesi ile kaba iş gücüne olan gereksinim azalmaya başlamış; yerini nitelikli, eğitilmiş kişilere olan gereksinime bırakmıştır. Nüfus artış hızının çok yüksek olmasının ülkenin gelişmesini yavaşlattığının; aşırı doğurganlığın kadın, çocuk ve aile sağlığı üzerine olumsuz etkilerinin fark edilmesi ile pronatalist politikalardan uzaklaşmaya başlanmıştır. 1955’lerde istemli düşüğe bağlı anne ölümlerindeki ürküten artış dikkat çekmiş ve pronatalist nüfus politikalarının değiştirilmesi çalışmaları başlatılmıştır (62-66).

1960 yılından sonra ülkemizde planlı kalkınma dönemi başlatılmıştır. Beş yıllık hazırlanan bu planlarda nüfus politikalarına da yer verilmiştir. 1963-1967 yıllarında uygulamaya konulan **I. Beş Yıllık Kalkınma Planında** Türkiye’de nüfusun büyük bir hızla artmakta olduğu ve bu artışın nedeninin, ölümlerin azalması ve doğurganlığın artması olduğu belirtilmiştir. Nüfusun hızla artmasının ekonomik gelişmenin önünde bir engel olduğu belirtilmiş, ayrıca düşükle ilgili yasaklar nedeniyle yılda 10.000’in üzerinde kadının hayatını kaybettiğine dikkat çekilmiştir. Plan’da hızla artan nüfusun uzun dönemde istihdam açısından da sorun yaratacağı belirtilerek nüfus artış hızını

azaltıcı önlemlerin alınması gerektiği ifade edilmiştir. Bu nedenle yeni bir nüfus politikası oluşmaya başlamıştır. Bu yeni politika, ekonomik kalkınmanın olumsuz olarak etkilenmesini önlemeye yönelik bir amaç taşımaktadır (62-66). Nüfus planlaması politikası benimsenmiştir.

Nüfus planlaması ailelerin istedikleri sayıda ve istedikleri zamanda çocuk sahibi olmalarını kolaylaştıran demokratik bir yöntem olarak tanımlanmış ve gebeliği önleyici araçların ithalini ve satılmasını önleyen kanunların değiştirilmesi, isteyenlere bilgi verilmesi ve başlatılacak programları uygulayacak kişilerin eğitilmesi kabul edilmiştir (63).

Nüfus planlaması alanındaki hizmetleri yürütmek için 1965 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Profesör Dr. Nusret Fişek ve Dr. Z. Tahir Burak'ın öncülüğünde hazırlanan ve 10 Nisan 1965'te yürürlüğe giren 557 sayılı **Nüfus Planlaması Yasası** ilk antinatalist nüfus yasasıdır. Kişilere istediği zaman, istediği sayıda çocuk sahibi olma özgürlüğünün tanındığı bu yasayla cerrahi sterilizasyon dışındaki kontraseptif yöntemler serbest bırakılmıştır. İsteyerek düşük ve cerrahi sterilizasyona sadece zorunlu tıbbi nedenlerle izin verilmiştir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından Aile Planlaması klinikleri açılmaya ve hizmeti sunacak ebe, hemşire ve hekimler için eğitimler yapılmaya başlanmıştır (62-66).

1968'de uygulamasına geçilen **II. Beş Yıllık Kalkınma Planı**'nda "nüfus planlaması" yerine "aile planlaması" terimi kullanılmaya başlanmış, aile planlaması ve ana - çocuk sağlığı hizmetlerinin birlikte yürütülmesi planlanmıştır. **III. Beş Yıllık Kalkınma Planı**nda nüfusun nitelik ve nicelik değişimleriyle sosyal ve ekonomik kalkınma arasında karşılıklı etkileşime değinilmiştir (62-66).

IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, **III. Beş Yıllık Kalkınma Planı**'nda olduğu gibi anne çocuk sağlığı üzerinde durulmuştur. 1985-1989 yılları arasında uygulanan **V. Beş Yıllık Kalkınma Planı**'nda nüfusun sağlık, eğitim, beslenme ve barınma imkanları, bebek ölüm hızının azaltılması konuları üzerinde durulmuştur (62-66).

Aile planlaması ile ilgili ikinci yasa 27 Mayıs 1983'te yayınlanmıştır. 2827 sayılı nüfus planlaması hakkında kanunla getirilen yenilikler (66,68):

- Kontraseptif yöntemlerin daha yaygın kullanılmasını sağlamak için ebe ve hemşirelere yetki verilmesi.
- 10. hafta dahil isteyerek düşüğe izin verilmesi

- İsteyerek düşük yaptırmada pratisyen hekimlere yetki verilmesi (gebelik süresi 10 haftanın altında olan kadınlarda)
- Vazektomi ve tüp ligasyonu gibi cerrahi sterilizasyonun serbest bırakılmasıdır.

Nüfus artış hızını azaltacak bu politikalar sonrası 1985-90 yılları arasında nüfus artış hızı %2.2'ye düşmüştür (66). TÜİK 2013 yılı istatistiklerine göre nüfus artış hızımız %1.307'dir (47). Bu düşüşte doğurganlığın azalması kadar, aile planlaması hizmetlerinin ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin bir sonucu olarak anne ve bebek ölümlerinin azalması da etkindir (44).

2.4. Aile Planlaması

2.4.1. Tanım

Aile planlaması (AP) çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda, istedikleri aralıkta bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmalarını sağlamak için yapılan çalışmalar olarak tanımlanır (68). İnfertil çiftlerin çocuk sahibi olabilmelerine yardımcı olmak da aile planlaması hizmetlerinden biridir. Aile planlaması çalışmalarının amacı, riskli gebelikler olarak kabul edilen çok sık, çok fazla, çok erken ve çok geç gebelikleri önlemek, bu tür doğumların anne ve çocuk sağlığına olan olumsuz etkilerini gidermek, istenmeyen gebeliklerde sağlıklı koşullarda yapılan düşükleri önlemek, çocuğu olmayan ailelere çocuk sahibi olmalarında yardımcı olmak, ailelere gebelikten korunmanın modern ve etkili yöntemlerini öğretmek, ana ve çocuk sağlığı düzeyini yükseltmektir. Sonuç olarak AP üremenin iyilik halinde gerçekleşmesini sağlar. Anne sağlığını, çocuk sağlığını ve aile sağlığını korur (2,68). Bu nedenle aile hekimliği hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır.

2.4.2. Aile planlaması hizmetlerinin sunumu

Aile planlaması kliniklerinde AP hizmetlerinin sunumunda ilk aşama AP danışmanlığıdır. Kliniğe ilk kez gelen ve belirli bir yöntem seçimi olmayan kişilere genel danışmanlık, yöntem seçimi yapmış kişilere yönetime özel danışmanlık ve bir yöntem kullanan ve kontrole gelen kişilere izlem danışmanlığı yapılır. Daha sonra hastanın muayenesi ve aydınlanmış ve bilinçli olarak seçtiği AP yöntemi uygulanır ya da verilir. Yöntemi nasıl kullanacağı tekrar anlatıldıktan ve kişinin anladığından emin olduktan sonra izlem programı yapılır (68).

Aile planlaması hizmetleri sunumunda en önemli basamak danışmanlıktır (2,65). Danışmanlık, herhangi bir tedavi ya da girişim öncesinde, bireyin kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturmaya yardımcı olmak için, ilgili konuda uzmanlaşmış kişilerce aydınlatılmasıdır. AP danışmanlığında amaç kişiyi belli bir yöntemi kullanması için ikna etmek değil, kişiye yöntemlerle ilgili seçenekler sunarak kendisine en uygun olan yöntemi seçmesinde yardımcı olmaktır. Danışmanlık; bilinçli yöntem seçimini, doğru, düzenli ve uzun süreli kontraseptif kullanımını sağladığı ve böylece yöntemi bırakmak amacıyla yapılan klinik ziyaretlerini de azalttığı için önemlidir (2,68). Aile planlaması danışmanlığının amacı bireylere ya da çiftlere kontraseptif yöntem gereksinim olup olmadığına karar vermelerinde, kontraseptif yöntemi bilinçli olarak kabul etmelerinde, seçtikleri yöntemi öğrenmelerinde, seçtikleri yöntemi doğru kullanmalarında ve yöntemle ilgili kaygıları olduğunda ya da bir sorunla karşılaştıklarında uygun karar vermelerinde yardımcı olmaktır.

Aile planlaması danışmanlığının 3 tipi vardır:

1. Genel danışmanlık
2. Yönteme özel danışmanlık
3. İzlem danışmanlığı

Çizelge 2.1 bu danışmanlık tiplerini ve özelliklerini özetlemektedir.

İlk izlem ziyaretinin zamanı, kullanılan kontraseptif yöntem göre belirlenir. Bu süre oral kontraseptifler için 2-4 hafta sonra; RİA'lar için 1 ay sonra, enjekte edilen kontraseptifler için 1 veya 3 ay (tipine bağlı) sonra ve implantlar için 1 hafta sonradır. Daha sonraki izlemler, kısmen kontraseptif yöntem ve verilen malzeme miktarına (örneğin kaç kutu hap veya kondom verildiğine) bağlıdır. Her kadına yılda en az bir kez genel muayene ve yılda en az bir kez pelvik muayene yapılması önerilir. RİA kullananlara ise her izlemde mutlaka pelvik muayene yapılmalıdır (2, 68).

Çizelge 2.1. AP’de danışmanlık tipleri ve özellikleri.

Danışmanlık tipi	Özellikleri
Genel Danışmanlık	AP yöntem kullanmak için başvuran kişiye yöntem seçmeden önce sunulan hizmettir. Genel danışmanlıkta yapılanlar: • Kadın ve erkek üreme sisteminin anatomisi, fizyolojisi hakkında kısaca bilgi verilir. • Tüm kontraseptif yöntemler hakkında tek tek bilgi verilir (görsel malzemeler kullanılarak), yöntemlerin olumlu ve olumsuz yönleri, yan etkileri anlatılır. • Genel danışmanlık sonunda birey ve danışman, kişiye uygun bir yöntem seçerler.
Yönteme Özel Danışmanlık	Başvuran kişinin kullanmaya karar verdiği yöntemle ilgili olarak yapılan danışmanlıktır. Belli bir kontraseptif yöntemin uygulanmasından hemen önce ve hemen sonra yapılır. Bu aşamada başvurana ilgi duyduğu korunma yöntemleri konusunda sorular sorulur. Önceki deneyimleri tartışılır. • İlgi duyduğu ve klinikte bulunan korunma yöntemleri konusunda daha ayrıntılı bilgi verilir. • Uygun bir yöntem seçimi için yardım edilir. • Yöntemin güvenli, etkili ve tatminkâr biçimde kullanılması konusunda ayrıntılı bilgi almak için fırsat verir. Bu aşamada, danışman kişiye, hangi yöntemle ilgilendiğini ve bu konuda ne bildiğini sorar. Bu da, hizmet verene, yanlış bilgileri ve söylentileri düzeltme, doğru bilgileri aktarma olanağı verir. • Seçilen yöntemin etki mekanizmasını, etkisini olumlu ve olumsuz yanlarını kişiye anlatır, varsa sorularını yanıtlar. • Kişinin ilgilendiği yöntemin uygunluğu konusunda, onun gereksinimleri ve öyküsünü göz önüne alarak tavsiyede bulunur. Bu süreç, kontraseptif yöntemin ön seçimiyle sonuçlanır. • Hizmet alanın daha ayrıntılı değerlendirilmesi gerekip gerekmediği konusunda karar verir. Bu konuda hizmet sunan gerekli fizik muayeneyi ve laboratuvar incelemelerini yaparak seçilen kontraseptif yöntemin uygunluğunu saptar. • Kişinin bir kontraseptif yöntemi seçmesinden ve değerlendirmesinden sonra yöntem konusunda daha ayrıntılı bilgi verilir. Bu aşamada, hizmeti veren kişi; • Yöntemin tanımını, etki mekanizmasını, etkililiğini, olumlu olumsuz yönlerini, kullanım kurallarını ve olası yan etkilerini yalın ve anlaşılır bir dille anlatır. • Kişinin anladığından emin olmak için, kullanım kurallarını ve uyarıları tekrarlamasını ister. • Kullanıcıya izlem gününü bildirir. Gerekli malzemeler ve bulunacağı yerler, yan etkiler konusunda uyarılar, sorunların erken tanımlanması, yöntem değiştirme, RIA’ların ve implantların çıkarılması hizmetleri gibi konular üzerinde durulabilir.
İzlem Danışmanlığı	İzlem ziyaretlerinin genel amaçları: • Kullanıcının aile planlama kararlarını güçlendirmek • Kullanıcının yöntemden memnun olup olmadığını, yöntemi kullanmaya devam edip etmediğini öğrenmek, • Kullanıcının yöntemi doğru uygulayıp uygulamadığını kontrol etmek ve kullanım kurallarını yinelemek • Kullanıcının sorularını yanıtlamak • Yöntem konusunda güven vermek ve olası küçük yan etkileri tedavi etmek, • Kullanıcının genel sağlık durumunda ve yaşam koşullarında, yöntemi değiştirmesini veya uygulamayı bırakmasını gerektiren bir değişiklik olup olmadığını saptamak.

Kaynak: Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Bölüm 11–18, 3. Basım, Cilt II. Ankara, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şirketi, 2000 311- 561.

2.5. Kontrasepsiyon

2.5.1. Kontrasepsiyonun tarihçesi

Kontrasepsiyonun tarihi ilk çağlara kadar uzanır. Taş çağı insanların bebeğin nereden geldiğine dair fikirleri yoktu. Bazıları çocukların ruhunun bazı meyvelerde yaşadığına ve bu meyvelerin yenilmesiyle gebe kalındığına inanıyorlardı. Bazıları da güneş, yağmur, rüzgar ya da yıldızların gebeliğe neden olduğuna inanıyorlardı. Gebelik büyüsel bir olaydı ve bu nedenle gebelikten korunma gibi bir düşünce yoktu (69). İnsanlar gebeliğin cinsel ilişki sonrası oluştuğunu anladıktan sonra, istenmeyen gebelikleri çeşitli usullerle önleme çabalarına girmişlerdir (69,70). Milattan önce (MÖ) 1850 yılına tarihlenen Kahun papirüsünde kontrasepsiyon için spermleri öldürme amaçlı olarak timsah pisliği ve fermente hamurdan yapılan peserlerden bahsedilmektedir (69-72). MÖ. 1550’de bir Mısır papirüsünde (Ebers Papirüsü) bal ve akasya zamkı karışımının, bir yün üzerine yayılarak gebeliği önlemek için peser gibi kullanıldığını yazmaktadır (69,71). MÖ 1350-1200’e ait olduğu hesaplanan bir tablette penisi örten kılıf resimleri vardır. Burada amaç kontrasepsiyondan çok hastalık ve böceklerden korunmadır (69,73).

Menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemleri konusunda ilk bilgilere Hipokrat’ın yazılarında rastlanmaktadır. Antik Yunan’da başarı derecesi değişen pek çok yöntem kullanıldığı bilinmektedir. Limon suyu, maun kabuğundan elde edilen esans, akasya ağacı ve bal, sedir yağı ve kurşun merhemi, günnük ve zeytinyağı, tuz, lahana ya da söğüt yaprakları, soğan suyu, nane ruhu ve yumuşak yün bariyer yöntemler olarak kullanılıyordu (69-72).

Orta Çağ’da Sırp kadınları bebeğin ilk banyo suyuna parmaklarını batırıyorlardı. Batırılan parmak sayısı istenilen infertil yıl sayısına eşti. Baltık adalarında gelinler parmaklarıyla istedikleri çocuk sayısı kadar servikse dokunuyorlardı (74).

Kullanılan diğer yöntemler, ejakülasyon sırasında nefesi tutma, hapşıрма, kilo alımı, muska kullanımı, kadının geriye yedi kez atlaması, kadının bir kurbağa ağzına üç kez tükürmesi, kadının arı yemesi ve ilişki sırasında kadının pasif kalmasıydı. Pek çok hap ve iksirler de kullanılıyordu. Hintli kadınlar tohum, yapraklar ve köklerin bir kombinasyonunu kullanıyorlardı. Antik literatürde “dördüncü günde soğuk suyla alınan palmye yaprağı tozu ve kırmızı tebeşir birleşiminin bir kadını “kesinlikle steril yapacağı” gibi varsayımlar bulunmaktadır (69,70,74,75).

Geri çekme, günümüzde de kullanılan en eski doğum kontrol yöntemlerinden biridir. Ondokuzuncu yüzyılda, dünyada en popüler doğum kontrol yöntemlerinden biri olan geri çekme halen en çok kullanılan geleneksel doğum kontrol yöntemidir (66,76). Bu yöntemde penis koitus sonunda dışarı çekilerek semen dışarı boşaltılır. Antik Çin ve Hindistan'da kullanılan koitus rezervatusda ise erkekler ejakülasyon olmadan cinsel ilişkiye girmektedir. Bunun nedeni ejakülasyonun erkekliğin esasını oluşturan büyük yang kaybına yol açtığı; ejakülasyonu önleyen erkeğin partnerinin yininin bir kısmını aldığı inancıydı (69,70).

Yüzyıllarca yapraklar, limon ve sünger gibi pek çok yöntem vajinal bariyer yöntemler olarak kullanılmıştır (76). Prezervatif CYBH'den korunmak için çok erken yıllardan beri kullanılmıştır (70). Rönesans boyunca kondomlar sosis derilerinden daha sonra da ketenden yapılmıştır. Onsekizinci yüzyıla kadar kondomlar pek çok yerde kullanılmıştır. Fallop tüplerini keşfeden İtalyan Gabriello Fallopius, 1564'de, CYBH'a (özellikle sifilize) karşı uzun yıllar popüler olan nemlendirilmiş keten bir prezervatif geliştirmiştir (69,73). Onsekizinci yüzyıldan itibaren kondomlar hayvan barsaklarından yapılmıştır. 1839'da Charles Goodyear kauçuğu vulkanize ederek kauçuk kondom, RİA, duş şırıngaları ve uterus örtüleri üretiminde kullanmak için yatırım yapmış ve 1843'de kauçuk kondomları geliştirmiştir (69,73). 1924'e kadar kondom en sık önerilen doğum kontrol yöntemidir. Altmışların cinsel devrimi kondom kullanımını hemen hemen sonlandırmıştır. AIDS'e neden olan virüs tanımlandığında kondom ve diğer güvenli seks yöntemi yeniden gündeme girmiştir (69, 73).

İlk kadın kondomu 1900'lerin ilk yıllarında İngiltere'de kullanılmaya başlanmıştır. Bu ilk kadın kondomları kauçuktan yapılmaktaydı. Bindokuzyüz seksenlere kadar popüler olmayan kadın kondomları 1980'lerde HIV dahil CYBI'lerin farkındalığının artmasıyla enfeksiyonlardan korunma amaçlı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Kadın kondomlarının popüler olması 1992'de poliüretandan yapılmış kondomlarla başlamıştır (69, 71,72).

Süngerler semeni emerek uterus içine girmesini engellemeye çalışan bir bariyer kontraseptif yöntemdir. Süngerlerin kullanımına dair en eski referans Talmud'dandır. Onyedinci yüzyılda Fransızlar, spermli zayıflatmak için brendi ile ıslatılmış süngerleri kullanmışlardır. Yirminci yüzyılın başlarında İngiltere'de zeytinyağı ile nemlendirilmiş süngerler kullanılmıştır. Spermli immobilize etmek için spermisit içeren ilk

kontraseptif süngerlerin (Today Sponge) piyasaya çıkışı 1983'de Amerika'da olmuştur. 2005'de FDA Today Sponge'u onaylamıştır (69,70).

1838'de Alman Jinekolog Friedrich Wilde birey hastalar için ısmarlama kauçuk peserleri yaratmıştır. Bu peserler günümüzün servikal başlıklarına benzemektedirler. 1882'de Dr. C. Hasse diyaframın imal edilmesi için yatırım yapmıştır. 1883'de Hollandalı doktor Aletta Jacobs, vulkanize kauçuk servikal başlıkları tanımlamıştır (67, 68, 71). FDA 1988'de Prentif Cavity-Rim Cervical Cap adlı servikal başlığın kontraseptif amaçlı kullanılmasını onaylamıştır. Servikal başlıkların Amerika'da satışa sunulması 2002 yılında başlamıştır (73).

Servikal kanal girişini kapatarak spermilerin uterusu girmesini engelleyen diyaframı ilk kez Çinliler kullanmışlardır (78). Avrupa'da 1882'de Wilhelm Mensinga tarafından tasarlanan diyafram daha etkili kontraseptif yöntemler devreye girene dek uzun süre popüler olmuştur. Viktorya dönemi İngiltere'sinde diyaframın kadınların ilk kez kendi doğurganlıklarını kontrol etmesini sağlayarak kadınların özgürleşmesine katkıda bulunduğu ileri sürülmektedir (69,71,76). Günümüzde çok az kullanılmaktadır.

Binlerce yıldır, kadınlar gebeliği önlemek için vajina içine meyve asitleri, jöleler, pastalar ve çeşitli karışımlar koymuşlardır. Bu ilkel spermisitlerle vajinada sperm için öldürücü keskin asidik veya alkali ortamlar oluşturulmuştur (76). Kakao yağı ve kinin sülfat içeren ilk ticari spermisit ovül 1885'de İngiliz Farmakolog Walter Rendell tarafından geliştirilmiştir. Daha sonra daha potent bir spermisit olan hidrokinin spermisit üretiminde kullanılmaya başlanmıştır. Friedrich Merz, 1906'da, Patentex olarak adlandırılan ilk ticari spermisit jeli geliştirmiştir. 1930'larda pek çok kimyasal spermisit etkinlik açısından araştırılmıştır. 1950'lerde, nonoxinol-9 gibi daha etkili kimyasallar geliştirilmiştir (69,70,76).

Doğal aile planlaması yöntemlerinden olan periyodik yoksunluk (takvim yöntemi) cinsel ilişkinin gebeliğe yol açtığı keşfedildiğinden beri bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmıştır (76). Sperm 1678'de, ovum 1827'de tanımlanmıştır (69). 1840'larda iki farklı bilim adamı, Alman Bischoff ve Fransız Pouchet, kadının ayda bir kez yumurta ürettiğini bulmuşlardır (69). 1930'larda Japonya'da Ogino ve Avusturya'da Knaus çalışmalarında ovulasyonun ve buna bağlı fertilizasyonun ne zaman olduğunu göstermişlerdir (76). Bu bilgi kadınların menstruel siklus boyunca fertil ve infertil dönemlerinin belirlenmesini sağlamıştır. Takvim yöntemi olarak bilinen Ogino-Knaus

kuramı 1934'te tanımlanmıştır. Tüm yardımcı doğum kontrol yöntemlerini kınayan Katolik kilisesi tarafından teşvik edilen bir yöntemdir (76).

1930'lar ve 1940'larda ovulasyona bağlı ısı değişikliklerinin anlaşılması ile ısı yöntemi tanımlanmıştır. 1964'de servikal mukusdaki sıklık değişiklikleri üzerinde yapılan araştırma servikal mukus yöntemi olarak adlandırılan **Billings yönteminin** keşfedilmesini sağlamıştır. 1990'larda sempto-termal yöntem adıyla tüm fertilité indikatörleri birleştirilmiştir ve kontrasepsiyon etkinliğinin artması sağlanmıştır (69,76).

Rahim içi araçların (RİA) temel ilkelerine dair bilgi yıllar öncesine dayanır. Antik Yunan'da benzer bir aletin kullanıldığı bilinmektedir. Arapların develerin gebe kalmamaları için rahimlerine taş koydukları bilinmektedir (69). 1868'de vajina boyunca uzanan bir alet üretilmişse de ilk gerçek RİA (ipek misina bir halka) 1909'da Dr. R. Richter tarafından üretilmiştir (69,76). 1920'lerde Ernst Grafenberg altın, çelik ve gümüş kaplı yüzükler denemiştir. 1934'de Japonya'da Oto bu yüzüklerin ortasına destekleyici bir yapı yerleştirilerek daha küçük ve daha etkili RİA'lar yapılmasına yarayan "Ota halkasını" bulmuştur (71,76). Amerika'da üretilen kalkan şeklinde bir RİA olan Dalkon Shield şiddetli pelvik infeksiyonlara neden olması ve başarısızlığı ile ünlüdür (69). Çok sayıda kadında intrauterin eksitus ortaya çıkmış ve yetersiz ve hatalı tanı nedeniyle ölümler olmuştur (70,76). 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 piyasadan kalkmıştır (69, 71).

1962'de Nüfus Konseyi RİA'lar ile ilgili ilk konferansı toplamıştır. Bu konferans RİA'nın tıbben güvenli ve etkili bir kontraseptif yöntem olarak kabul edilmesini sağlamıştır (76). Amerikalı jinekolog Jack Lippes 1960'larda Lippes Loop'u geliştirmiştir. Lippes Loop özel bir plastikten yapılmış S şeklinde RİA idi ve bakırlı RİA'ların geliştirilmesine dek uzun yıllar kullanılmıştır (69). 1960'da bakırlı RİA'lar gündeme girmişlerdir. 1996'da hormon salgılayan RİA'lar üretilmeye başlanmıştır. 1997'de ilk bakır çerçevesiz RİA satışa sunulmuştur (69-77,76). Piyasada bulunan en yeni RİA FDA'den 2000 yılında onay alan progesteronlu RİA olan Mirena'dır (69). Günümüzde RİA'lar hem DSÖ hem de Amerikan Tıp Birliği tarafından en güvenilir en ucuz geri dönüşlü doğum kontrol yöntemi olarak kabul edilmektedir (69,77,79).

Oral kontraseptiflerin tarihi 2000 yıl öncesine kadar gitmektedir (76,77). İlk preperatlar söğüt yaprakları ve arı yemekten erkek geyik boynuzlarının iç kazıntılarını

yemeye kadar geniş bir yelpazede değişmekteydi. Milattan önce yedinci yüzyılda, tüm antik dünyada güvenilir bir doğum kontrol yöntemi olarak sadece Kuzey Afrika'da yetişen Silphium adlı çiçekli bir bitkinin ticareti yapılıyordu. Milattan sonra birinci yüzyıla kadar bitki çok kıttır. Dördüncü yüzyılda soyu tükenir (69). Dünyanın her yerinde kadınlar kontrasepsiyon için bitkileri kullanmışlardır. Koitus öncesi ve sonrası kontrasepsiyon için en kapsamlı kitap bir Papaz tarafından yazılmıştır. 1276 yılında papa seçilip 21. John adını alan Papanın reçeteleri günümüz çağdaş araştırmacıları tarafından şaşırtıcı olarak etkili bulunmuştur (69).

Afrika, Asya ve Amerika'da çeşitli bitki ve meyveler kontrasepsiyon için kullanılmışlardır. Tropikal Hindistan ve Sri Lanka'da kadınlar gebeliği önlemek istediklerinde papaya yemektedirler. Günümüzde papaya içinde bulunan papain adlı bir enzimin progesteronla etkileşerek gebeliği önlediği bilinmektedir (69,70,71).

Kontraseptif bilgi 13. yüzyıldan sonra Avrupa'da kaybolmaya başlamıştır. Bunun nedeni engizisyonun gebeliğin önlenmesine izin vermemesi ve diğer kadınlara kontrasepsiyon için yardım eden kadınların büyücülük ya da sapkınlıkla suçlanıp ölümle cezalandırılmalarıydı (69).

Sömürge Amerika'sında yerli kadınlar zenci kölelere doğum kontrolünü öğretiler. Zenci köleler gebe kaldıklarında sahipleri tarafından yeterli çalışmadıkları için satılıyorlardı. Bu nedenle kontrasepsiyon kullanma konusunda son derece usta oldular. Onların bazı formülleri Güney Amerika'nın kırsal kesimlerinde hala kullanılmaktadır (69).

Modern hormonal kontraseptiflerin geliştirilme çalışmaları üreme endokrinolojisinin anlaşılmasından sonra başlamıştır. Haberlandt, Otfried Otto Fellner, ayrı ayrı 1920'de hayvanlara steroid özütler verilerek doğurganlığın baskılandığını belirtmişlerdir. Haberlandt, 1931 yılında, hormon replasmanı ile doğurganlığın baskılanabileceğinden bahsetmiş ve Infecundin isimli bir ilaç bu amaçla hazırlanmıştır. Ancak 1932'de Haberlandt'ın erken ölümü bu ilacın kullanıma girmesini engellemiştir (69,71).

1945'te Syntex SA diosgeninden steroid üretmeyi tasarlamış ve oral olarak alınabilecek bileşikler araştırılmıştır. 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 (69,76).

Amerika’da geleneksel tıpta oral kontrasepsiyon düşüncesinin yeniden canlanması yüzyılın ikinci yarısında olmuştur. Bu fikri yeniden canlandıran Margaret Sanger’dır. Margaret Sanger, 1940 ve 1950’lerde doğum kontrolü üzerine yapılan araştırmaları yakından izliyor ve finanse ediyordu. Onun finansal desteği ile Kathrine Dexter McCormick sentetik progesterona dayalı bir oral kontraseptif geliştirme üzerine çalışıyordu. Geliştirilen hapın ilk klinik çalışması 1956’da başarı ile sonuçlandı ve 4 yıl sonra 1960’da FDA bir kontraseptif olarak Norethynodrel-Enovid’i onaylamıştır (69,70,71).

Russel Marker Meksikalı kadınların pek çok jenerasyondan beri doğum kontrolü için vahşi yam, barboska kökleri yediklerini keşfedince hap için temel araştırma mümkün olmuştur. Yam özütlerinden elde edilen progesteron Gregory Pincus tarafından östrojenle kombine edilerek ilk kombine oral kontraseptif üretilmiştir (69,76). Bu ilk haplar mükemmel değildir. Yan etkiler çok fazladır. Ancak ilk kez cinsel ilişki ile ilgili olmayan bir doğum kontrol yöntemi olması nedeniyle önemlidir. İlk haplarda yan etkilerin yüksek olması nedeni ile daha güvenli haplar için pek çok araştırma yapılmıştır. 1969’da, İngiltere’de ilk kez sadece progestrojen (sentetik progesteron) içeren mini haplar üretilmiştir (69). 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 geliştirilmiştir. Estradiol valerate ve dionegegest içeren ilk kuadrifazik KOK Qlaira 2009’da piyasaya girmiştir. ABD’de 2003’de FDA tarafından onaylanan Seasonale 3 ay (84 gün) sürekli alınan ilk oral kontraseptiftir (76,80). Sadece progesteron içeren haplar (mini hap) 1960’da geliştirilmiştir (69,76).

Enjekte edilen kontraseptifler ilk kez 1950’lerde üretilmeye başlanmıştır. Dr. K. Junkman 1953’de progesteron ve alkolü kombine ederek 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 çalışmaları 1963’de başlamıştır. Depo-Provera 1974’de İngiltere’de kısa süreli kontraseptif kullanım için lisans almıştır. Depo-Provera’ya diğer yöntemlerin uygun olmadığı durumlarda uzun süreli kullanım için lisans 1984’te verilmiştir. Bu kısıtlama, 1994

yılında kaldırılmıştır. Noristerat sadece kısa süreli kullanım için lisanslanmıştır (69-72,76). İngiltere’de ilk mini pill lisans almıştır (76).

Amerika’da cilt altına implante edilebilen kontraseptif hormon içeren silastik kapsüller 1967’de geliştirilmiştir. Altı adet progesteron salgılayan çubuktan oluşan Norplant 1984’te DSÖ tarafından onaylanmış ve İngiltere’de kullanılmaya başlamıştır (69). Altı yıl sonra FDA Norplant’ın ABD’de kullanılmasını onaylamıştır (69,76). Norplant etkinliğinin yüksek olması yanında yan etkiler ve takılma ve çıkarılmasındaki zorluklar nedeniyle yaygın olarak kullanılamamıştır. Yan etkileri nedeni ile ABD’de pek çok kadının aleyhine dava açması üretici firmanın 2002’de Norplant’ı piyasadan çekmesine neden olmuştur (69,75). 1999’da Etonorgestrel içeren tek çubuktan oluşan implanon piyasaya girmiştir (69,76). 2010’da Nexplanon geliştirilmiştir (76). Nexplanonun implanondan farkı radyopak olması ve uygulama prosedürünün farklılığıdır.

Kontraseptif hormon salgılayan vajinal ringler üzerinde çalışma 1970’lerde başlamış, NuvaRing 2009’da piyasaya sürülmüştür. Sadece progesteron içeren vajinal ringler halen araştırılmaktadır (76).

Etinil estradiol ve norelgestromin içeren kontraseptif yama Ortho Evra 2003’de geliştirilmiştir. Bir yama bir hafta süreli hormon salgılamakta ve 3 hafta kullanılıp 1 hafta ara verilmektedir (76). Cilt üzerine uygulanan hormon salgılayan jellerle çalışmalar devam etmektedir.

Erkekler için hormonal kontraseptif hap geliştirme düşüncesi 1930’larda, çalışmalar 1970’lerde başlamıştır (76,81). Sadece androjen ya da androjen ve progesteron içeren, hap, enjektör ve implant formları için çalışmalar devam etmektedir (76).

Cinsel ilişkiden sonra gebelikten korunma antik çağlardan beri kadınların önemli sorunu olmuş ve bunun için en sık kullanılan yöntem vajinal yıkama olmuştur. Bu amaçla pek çok madde kullanılmıştır. Papa 12. John koitus sonrası gebeliği önlemek için menstruasyonun başlatılması gerektiğini yazmıştır. Bu amaçla pek çok bitki kullanılmıştır (69). Beş gün yüksek doz östrojen 1960’larda acil kontrasepsiyon için kullanılan ilk hormonal yöntemdir (76). ABD’de 1970’lerde Dr. Albert Yuzpe doğum kontrol haplarını acil kontrasepsiyon için reçete etmiştir (69). 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 onaylanmıştır (69). İlk lisanslı AK ürünü (Schering PC4) 1984'de İngiltere'de piyasaya verilmiştir. Yine İngiltere'de 2000'de acil kontrasepsiyon için özel olarak lisanslı ilk sadece progesteron içeren AK (**Levonelle-2**) kullanıma girmiştir (69,76). RİA'ların postkoital 5 gün içinde uygulanmasının çok etkili olduğu 1976'da bulunmuştur (69,76). Seçici progesteron reseptör modülatörü ulipristal asetat içeren Oral AK ellaOne İngiltere'de 2009'da lisans almıştır. Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 120 saatte kullanılabilir (76). Fransa'da geliştirilen ve menstrüasyonu başlatan mifepriston ABD'de halen araştırılmaktadır (76).

Sterilizasyonun geçmişi MÖ 63 yılına kadar inmektedir ancak yaygın kullanılan bir yöntem değildir. Kadınlarda sterilizasyon overlerin çıkarılması ile yapılmaktaydı (76). Vazektomi ilk kez dokuzuncu yüzyılda İngiltere'de tanımlanmıştır (81). Klinik uygulamaya girmesi ondokuzuncu yüzyılı bulmuştur. İlk kez Oschner vazektomiyi kontraseptif bir yöntem olarak önermiştir (81). Sir Astley Cooper 1830'da çeşitli vazektomi tekniklerini denemeye başlamıştır. Yirminci yüzyılın ilk yarısında, ABD ve Avrupa'da vazektomi öjenik amaçlı kullanılmıştır. Yirminci yüzyılın ikinci yarısında öjenik vazektomi yasaklanmıştır. Elektif vazektomi kontrasepsiyon için kullanılmaya başlanmıştır (81). Ulusal Sağlık Servisi (Aile Planlaması) Değişiklik Yasası 1972'de yerel sağlık yetkililerinin diğer kontraseptif hizmetler gibi aynı zamanda vazektomi hizmeti vermelerine izin vermiştir (76).

Kadın sterilizasyonu ilk kez Hipokrat tarafından dile getirilmiştir. ABD'de ilk tubal bağlama, 1880'de gelecekte yüksek riskli gebelik adayı olan kadında sezeryan sırasında yapılmıştır (76). Von Blundell 1834'te ilk kez tüm prosedürü tanımlamıştır. 19. yüzyılın sonları ve yirminci yüzyılın başlarında sterilizasyon operasyonu abdominal cerrahinin tüm olası zararlarını ve haftalarca hastaneye yatışı içeren majör bir operasyondur (69,76). Laparoskopik sterilizasyon ilk kez 1961'de Uchida ve arkadaşları tarafından postpartum sterilizasyon için tanımlanmıştır (76). Mini laparotomi 1975'te yapılmaya başlanmıştır (69). Bu operasyonlarda tubaları bağlamak için çeşitli ringler ve klipsler kullanılmıştır. Tubaları bloke eden tıkaçlar, küçük aletler ya da kimyasallar araştırılmıştır. Histeroskopik sterilizasyon ilk kez 2002 yılında ABD'de yapılmıştır (76).

2.5.2. Kontraseptif yöntemler

Kontrasepsiyon sperm ve ovumun birleşmesini önlemek ya da oluşan zigotun uterusu yerleşmesini önlemekle sağlanmaktadır. Günümüzde bu amaçla kullanılan kontraseptif yöntemler 5 ana grupta sınıflandırılır. Bu gruplar arasında bazı ortak yöntemler vardır (2,82-84). 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 defa 1960’larda kullanıma giren kombine oral kontraseptifler yüksek etkinlikte, kullanımı kolay, yan etkisi az, kontrasepsiyon dışında bazı jinekolojik sorunların giderilmesinde tedavi edici olduğu için tüm dünyada yaygın olarak kullanılan doğum kontrol yöntemidir. DSÖ verilerine göre günümüzde, gelişmiş ülkelerde, yaklaşık 24 milyon evli kadın (doğurgan yaştaki evli kadınların %14’ü); gelişmekte olan ülkelerde de yaklaşık 38 milyon evli kadın (doğurgan yaştaki kadınların yaklaşık %6’sı) doğum kontrol hapi kullanmaktadır (2,82,83).

TNSA-2008 sonuçlarına göre, ülkemizde, kadınların %94,4’ü oral kontraseptifleri bilmekte, %76.sı ise yöntemi elde edeceği kaynağı bilmektedir. Ancak halen evli kadınlar arasında oral kontraseptif kullananların oranı %5,3’dür. Oral kontraseptif kullanan kadınların %36,8’i yöntemi kamu kuruluşlarından (hastane %1,2, AÇS/AP merkezi %1,1, sağlık ocağı %33,5), %62,6’sı ise özel sektörden (eczaneler %61,5, özel doktorlar %0,7) temin etmektedir. 2008 TNSA sonuçlarına göre 1 yıllık sürede oral kontraseptif bırakma hızı %50,2’dir. Yöntemi bırakma nedenleri arasında, diğer bir yönteme geçiş %26,2 ile ilk sıradadır. Yöntem başarısızlığı nedeniyle bırakma oranı %6,6, gebe kalma isteği ile bırakma oranı %9,5’dir (17).

KOK’lar sentetik östrojen ve progesteron içeren oral kontraseptiflerdir. Östrojen olarak ethynyl estradiol veya mestranol (etinil estradiolün ön ilacı), progesteron olarak norethindrone, norethindrone acetate, norgesterel, levonorgesterel, desogesterel,

norgestimet'den birini içerir. KOK'larda en sık kullanılan östrojen etinil estradioldür. Drospirenon son eklenen progesterondur (82). İlk OKS'ler 50 mcg östrojen, 150 mcg progesteron içeriyorlardı. Yan etkilerin çokluğu, tromboembolik hastalık riskinin yüksekliği nedeni ile daha düşük dozda aynı etkinliği sağlayan KOK'lar araştırılmış ve östrojen içeriği önce 35 mcg'a, daha sonra 30 mcg'a indirilmiştir (81). Günümüzde 20 mikrogram östrojen içeren çok düşük östrojenli OKS'ler güvenle kullanılabilir (84).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz dağıtılan KOK'lar monofazik tipte ve 35 mcg östrojen ve 150 mcg progesteron içeren tiplerdir. KOK'lerin bifazik, trifazik ve kuadrifazik tipleri menstrüel siklusun hormon düzeylerine benzer olarak geliştirilmiştir (84).

Kombine oral kontraseptifler üç mekanizma ile gebeliği önlerler. Temel etki yöntemi ovulasyonun inhibisyonudur. Ayrıca, endometrial glandlarda atrofi yaparak zigotun implantasyonunu ve servikal mukusu kalınlaştırarak spermin ovuma ulaşımını engellerler (82-84).

Etkinlikleri kullanıcıya bağlıdır. Doğru kullanımda %99.9'dur. Teorik olarak başarısızlık oranı 0'a yakındır. Ancak mükemmel kullanımda başarısızlık oranı %0.1 iken tipik kullanımda başarısızlık oranı %5'e yükselir. Başarısızlığı etkileyen faktörlerin başında kullanıcıların motivasyonu ve hapların unutulmadan alınması gelir (82-84).

İlk kez kullanıma başlanırken menstrüasyonun birinci gününde başlanırsa koruyuculuk hemen başlar (85). Menstrüasyonun ilk 7 günü içinde başlanırsa kullanıcının ilk 7 gün ek bir yöntemle korunması gerekir. Her gün bir ilaç alınır. Yirmibir tabletlik kutularda 21 tabletin bitiminde 7 gün ara verilir ve 8. gün akşamı yeni kutuya başlanır. Yirmisekiz tabletlik kutularda her gün bir normal tablet alınır. Plasebo ya da demir içerikli son 7 tablet alınırken menstrüasyon başlar. 28. Tablet bittiğinde ikinci kutuya başlanır. Bir hap unutulduysa; hatırlandığı an alınır ek korunmaya gerek yoktur. Ardışık iki gün hap almak unutulduysa; iki gün üst üste ikişer hap alınır, ek bir korunmaya gerek olmamasına rağmen, genel konsensus takip eden 7 gün boyunca ek bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmaktır. Siklusun ikinci yarısında iki hap unutulduysa ya da siklusun herhangi bir döneminde üç hap unutulduysa; paket atılıp hemen yenisine başlanır ve hemen ek bir yöntemle korunmaya başlanır (82-84).

KOK'lar kullanımı kolay, çok etkili, ucuz, koitustan bağımsız kontraseptiflerdir. Siklusları düzensiz ve metroraji olan kadınlarda sikluslar daha düzenli olurken menorajili kadınlarda kan kaybını %50 azaltırlar. Bu iki özellik menometrorajiye bağlı demir eksikliği anemisi riskini azaltır. KOK'ların kadınların %80'inde dismenoreyi iyileştirdikleri, menstürasyon öncesi gerginlik ve endometriozis semptomlarını azalttıkları saptanmıştır (87,88).

Ovulasyonun önlenmesi, folliküler aktivitenin baskılanması nedeniyle benign over kisti oluşumunu azaltırlar. Uzun süre kullanımda uterin leiomyomlarda %31, fonksiyonel over kistlerinde %49 azalma olduğu saptanmıştır (82).

Endometrium ve over kanseri riskini azaltırlar. Çalışmalar KOK'lerin malign ve sınırdaki over epitelyal kanserlerini yaklaşık %40; endometriyal adenokanser riskini %50 oranında azalttığını ve bu koruyucu etkinin en az 15 yıl sürdüğünü göstermiştir (82,88). Bu olumlu etkisi nedeniyle BRCA mutasyonlu kadınlarda over kanserine karşı kemoprovensiyon amacıyla kullanılması önerilmiştir. KOK'ların kolorektal kanser oluşumunu da %18 azalttığı saptanmıştır (88).

Kemik mineral dansitesi üzerine etkileri yaşa bağımlıdır. Erken yaşlarda etki olumsuzken daha yaşlı kadınlarda uzun süreli kullanımda kemik mineral dansitometrisi (KMD) üzerine olumlu etkileri olduğu görülmüştür (88).

KOK'ların diğer kontraseptif olmayan yararları menstrüel migreni önlemeleri, hirsutizmi ve akneleri tedavi etmeleridir (88). Mukusu kalınlaştırarak bir bariyer oluşturması nedeniyle pelvik inflamatuvar hastalık riskini azaltır (84).

KOK kullanan kadınlarda bulantı, baş ağrısı, memelerde hassasiyet sık görülen yan etkilerdir ve uzun süreli kullanımda azalmaktadır (82,89). Baş ağrısı genellikle yeni kullananlarda ve 40 yaş üzeri kadınlarda ortaya çıkmaktadır. Yönteme özel danışmanlıkta KOK kullanımı için başvuran kişilere olası yan etkiler ve bunlarla nasıl başa çıkacağı ve hangi durumlarda hekime başvurması gerektiği anlatılmalıdır (84). Çizelge 2.2. KOK kullanan kişilerde uyarı işaretlerini içermektedir.

KOK'ların genelde ateroskleroz üzerine etkileri yoktur. Ancak sedanter yaşam biçimi, aşırı kilo, ağır sigara içiciliği gibi olumsuz sağlık alışkanlıkları, hipertansiyon, hiperkolesterolemi ve diyabet gibi kardiyovasküler risk etmenleri olan hastalarda KOK ilk seçenek olmamalıdır (82,90). Hipertansiyonu olan hastalarda KOK kullanımı periferik arter hastalığı riskini artırabilmektedir (87,90). Auralı migreni olan kadınlarda inme riskini artırdıkları için migreni olan kadınlarda KOK kullanılmamalıdır (88).

Çizelge 2.2. 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

Kaynak: Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, cilt 2

KOK'ların göreceli risk ve yararlarının değerlendirildiği Roederer ve arkadaşlarının yaptığı derlemede, KOK'lerin migren öyküsü olan kadınlarda iskemik kalp hastalığı riskini 2- 6 kat artırdığı belirtilmektedir (Kanıt derecesi B) (87).

KOK'ların kan basıncı üzerine etkileri dozla ve kullananın yaşıyla ilişkilidir. Yüksek dozlu KOK'lar kullanan kadınların %5'inde kan basıncını 140/90 mmHg'nın üzerine çıkarabilmektedir (82).

Stegeman ve arkadaşlarının KOK'lar ve venöz tromboemboli riski konusunda yaptığı metaanalizde venöz tromboemboli riskinin tüm KOK tiplerinde 4 kat arttığı bulunmuştur. Venöz tromboemboli riski 50 mcg östrojen içeren KOK kullananlarda en yüksektir. 35 ve 30 mcg östrojen içeren KOK'de risk benzer, 20 östrojen içeren KOK'larda en düşük bulunmuştur (91).

KOK kullanan kadınlar sıklıkla kilo alımından yakınmaktadırlar. Yapılan çalışmalarda KOK'ların kilo alımı üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur (87,88). KOK kullanımı benign karaciğer tümörleri ile ilişkilidir. Düşük doz KOK'larda karaciğer tümörü riski daha azdır (82).

KOK kullanımı ile meme kanseri ilişkisi genç kadınlarda tartışmalıdır. Meme Kanseri Hormonal Etmenler Üzerine İşbirliği Grubu 1999'da meme kanseri ve KOK kullanımı konusunda kapsamlı bir analiz yapmıştır. Sonuçlar son 1-4 yıl içinde KOK kullanan kadınlarda meme kanseri riskinin çok az arttığı yönündedir. Roederer ve arkadaşlarının derlemesinde KOK'ların meme kanseri ile ilişkisi saptanamamıştır (Kanıt derecesi B) (87).

DSÖ ve ACOG KOK'lar için kontrendike olan durumları belirlemişlerdir. Onların önerilerine 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, vasküler komplikasyonlar gelişmiş diyabet, östrojene bağlı malignensiler (meme kanseri, endometriyal kanser), auralı migren, vasküler hastalık, nefrit ya da antifosfolipit antikorları olan sistemik lupus eritomatozis (SLE), akut karaciğer hastalığıdır (87,88,92,93). Mineralokortikoid özellikleri nedeniyle drospirenon içeren KOK'ların hepatik, renal ve adrenal yetersizlikte kullanılmamaları önerilmektedir (84).

Diğer seçenekler kullanılamadığında KOK kullanımına izin verilebilen durumları olan kişilerde yakın izlem gerekir. Kesin kontrendikasyon olmamakla birlikte emzirenler, 35 yaş üstü günde 15'ten fazla sigara içenler, migren ya da epilepsi hastaları, depresyonu olan kadınlar, gebeliği sırasında veya daha önce KOK kullanırken sarılık geçirenler, 40 yaş üstü diyabet, kardiyovasküler ya da serebrovasküler hastalık riski taşıyanlar, kontrol altında hipertansiyonu olanlar (KB <140/90 mmHg), büyük operasyon geçirenler ve 4 hafta içinde geçirecek olanlar, uterus miyomu olanlar, orak hücre hastalığı olanlar ve safra kesesi hastalığı olanlarda KOK'ların birinci seçenek olarak düşünülmemesi gerekir (82-84,92,93,95).

b. Mini haplar

Yalnız progestin içerirler ve tam etkinlik için ara vermeden her gün aynı saatte alınmaları gerekir. Minipil olarak da adlandırılan bu kontraseptif haplar çok tercih edilmemektedir. Mini haplar östrojenin yan etkileri ya da kontrendikasyonu nedeniyle OKS kullanamayan kadınlarda bir seçenek olabilmektedir. Mini hapların 75 mcg norgestrel ve 350 mcg noretindron içeren iki tipi vardır (82).

Servikal mukusu kalınlaştırma, %40-60 oranında ovulasyonu engelleme, servikal mukusun viskozitesini artırma, tubal motiliteyi etkileme ve endometriumu incelterek implantasyonu engelleme yöntemleri ile gebeliği önler (82-84). Etkinliği emzirenlerde %98,5, emzirmeyenlerde %96'dır. Başarısızlık oranı kullanıma bağlı olarak ilk yıl %1,1-9,6 arasında değişmektedir. Başarısızlık genç kadınlarda %3,1 iken, 40 yaş üstü %0,3'tür (82,84).

Menstrüasyonun 1. günü başlanıp her gün aynı saatte devamlı alınır, ilk 7 gün ek bir korunma yöntemi kullanılır. Kadına son 7 gün menstrüel kanama görebileceği hatırlatılmalıdır. Bununla birlikte menstrüel kanama olsun olmasın, 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 kullanmalıdır. 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 uygulanmalıdır (82-84).

Emziren, ileri yaş (40 yaş üzeri) günde 15'ten fazla sigara içen ve östrojenin kontrendike olduğu durumları olan kadınlarda kullanılması endikedir. 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 kontrendikedir (82-84,91).

Yan etkileri, düzensiz ve ara kanamalar, amenore, fonksiyonel over hastalığı, akne, baş ağrısı ve bulantıdır (82-84).

c. Yalnız progestin içeren enjekte edilen hormonal kontraseptifler

Sentetik progesteron içeren ve intramusküler enjeksiyonla kullanılan hormonal kontraseptiflerdir. Enjekte edilebilen sadece progesteron içeren hormonal yöntemlerin 2 tipi vardır (83,84).

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

DMPA sentetik progesteronun mikrokristallerinin süspansiyonudur. Enjeksiyondan sonraki 24 saat içinde farmakolojik olarak aktif düzeye erişir. 3 ay süreyle 0.1 ng/ml'lik serum konsantrasyonu sağlar (82,95-97).

Etki mekanizması; servikste sperm penetrasyonunu ve implantasyonu kalın bir mukus tabakası oluşturarak engellemektir. Endometriumun progesteron etkisi ile inaktif ve atrofik hale gelmesi implantasyona uygunsuz bir zemin oluşturur. Dolaşımdaki progesteron miktarının yüksek olması, ovulasyon öncesi LH yükselmesini etkin olarak engeller ve ovulasyon engellenir (82-84,95-97). Enjektabl progestinler son derece etkilidirler. Başarısızlık oranı %0,1'den düşüktür (82,83,95-97).

Efektif kontrasepsiyon sağlanması için menstrüel kanamanın ilk 5 günü içinde 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 (83,84, 95-97).

Doğum sonrası kadın emziriyorsa ilk enjeksiyon 6. hafta sonunda yapılmalıdır; emzirmiyorsa ilk enjeksiyon doğumdan 3–4 hafta sonra yapılabilir. Düşükten hemen sonra ya da ilk 7 gün içinde enjeksiyon yapılabilir (84, 94).

Gebelik isteği ile yöntemi bırakan kadınlardaki gebe kalma hızları, yöntem kullanmayan kadınlarla aynı sınırlardadır. Ovulasyonun ve menstruasyonun başlaması 9 aya kadar gecikebilir. Bu süre yöntem kullanma süresi ile ilişkili değildir. Son enjeksiyondan sonra 12 aydan fazla devam eden menstrüasyon gecikmesi normal değildir ve araştırılması gerekir (84,95-97).

İlk enjeksiyonun zamanlaması çok önemlidir. Pardthaisong ve arkadaşları zamanlama hatası nedeni ile gebelik olduğu zaman, intrauterin gelişme geriliğine bağlı olarak yenidoğan ve bebek ölümlerinde artış olduğunu belirtmişlerdir (82, 95).

NET-EN Türkiye'de bulunmadığı ve DMPA en sık kullanılan sadece progesteron içeren enjektabl kontraseptif olduğu için burada DMPA'nın endikasyon ve kontrendikasyonlar tartışılmıştır.

DMPA özellikle östrojenin kontrendike olduğu emziren kadınlarda, sigara içen kadınlarda kullanılabilir. 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, konjenital kalp hastalığı, tromboembolik hastalık geçirmiş kadınlar, safra kesesi hastalıkları, tiroid hastalığı, talasemi ya da orak hücreli anemi, epilepsi gibi tıbbi sorunları olan hastalarda da güvenlidir. Diğer yöntemlere uyum zorluğu olan kadınlar, her gün bir hap almayı unutan kadınlar için uygun seçenektir (83,84, 92-97).

Ağır karaciğer hastalığı ya da tümörü, kontrolsüz hipertansiyonu, komplikasyonlu diyabeti, tromboembolik hastalık öyküsü, nedeni açıklanamayan vajinal kanaması, meme kanseri, kalp hastalıkları için risk etmenlerinin varlığı olan kadınlarda ve 6 haftadan küçük bebeği olan emziren annelerde kontrendikedir (83,84, 92-97).

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 miktarda geçer ve bebeğin gelişimini etkilemez. Menstrüel kanama miktarını azalttığı için anemi insidansını azaltır. Endometrium ve over kanseri riskini azaltır. Ovulasyonu baskıladığı için endometriozis ve ektopik gebelikleri önler. Servikal mukus vizkozitesini artırdığı için de pelvik inflamatuvar hastalık (PIH) riskini azaltır (82-84, 95-97).

Östrojen içermediği için ciddi yan etkileri yoktur (83, 97). Düzensiz kanama, ara kanamaları ve amenore en sık yan etkilerdir (95,96). Düzensiz kanama oranı ilk yıl içinde %30, sonraki yıllarda %10'dur (82). Enjeksiyonların arka arkaya uygulanması ile pek çok kadın tamamen amenoreye girebilir (84). Memelerde hassasiyet, kilo artışı ve depresyon diğer yan etkilerdir (84). İlaç vücuttan son enjeksiyondan ancak 6–8 ay sonra temizlendiğinden önemli ölçüde ağırlık artışı ve depresyon, ancak bu süre sonunda düzelebilir (84).

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 kanı, DMPA'nın uzun süreli kullanımının risk artışı yaratmadığı şeklindedir (82,95).

d. Enjekte edilebilen kombine kontraseptifler

Sadece progesteron içeren enjekte edilen kontraseptiflerin menstruasyon düzensizlikleri ve amenore yan etkisi nedeniyle konjuge progesteron + östrojen içeren uzun etkili kontraseptif geliştirme çalışmaları başlamıştır. Bu çalışmalar sonunda 4 haftada bir kas içine uygulanan 4 preparat geliştirilmiştir (98,99).

1. Chinese Injectable No.1: 17 alfa-hidroksiprogesterone 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 asetofenid (150 mg) + estradiol enentat (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'yı etkili ve güvenli olarak onaylamıştır. Yapılan çalışmalarda bu iki preparat arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmamıştır (98). Türkiye'de **Mesigyna** en çok kullanılan kombine enjektabl preperattır (84).

Konjuge enjektabl kontraseptiflerin etki mekanizması KOK'larla aynıdır. Enjeksiyon yapılan ilk 15 gün içinde plazma östradiol düzeyi düşüşüne bağlı hipoöstrojenemik ortam yaratılması ile ovulasyonu baskılamaktadırlar. Yöntem bırakıldıktan sonra folikül aktivitesi 28 gün içinde geri döner. Tedaviden sonraki ikinci siklusa ovulasyon tamamen normale döner (84,98). Etkinliği yüksektir. Başarısızlık oranı %0.1 – 0.2 arasındadır (82-84).

Enjekte edilebilen kombine kontraseptiflerin olumlu ve olumsuz yönleri KOK ile benzerdir. Farklı olarak ağızdan alınmadığı için KOK'larda sık karşılaşılan bulantı, kusma yakınmaları enderdir. Karaciğer fonksiyonlarını olumsuz etkilemediği için KOK kullanımı esnasında ya da gebelikte sarılık geçirenlerde kullanılabilir (82).

Yöntemi ilk uygulama; menstrüasyonun ilk 7 günü içinde olmalıdır. Doğum sonrası dönemde eğer kadın emziriyorsa, doğum sonrası 6 aydan sonra; emzirmiyorsa doğum sonrası 3-4. haftada uygulanabilir (94). Düşük sonrası hemen ya da ilk 7 gün içinde ilk enjeksiyon yapılmalıdır. Sonraki enjeksiyon, kanamanın durumuna bakılmaksızın ilk enjeksiyondan 30 gün 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 enjeksiyon tarihi mutlaka hatırlatılmalıdır (82-84).

e. Deri altı implantları

İlk deri altı kontraseptif implant 1983'de geliştirilen Norplant'tır. Norplant herbiri 36 mg levonorgestrel içeren 6 çubuktan oluşmaktaydı. Norplantın üretimi, uygulanması daha kolay formların geliştirilmesi ile 2008'de durdurulmuştur (99,100).

Deri altı implantlarının günümüzde 4 tipi vardır (82,99).

1. İmplanon: Bir çubuktan oluşur. Kullanım süresi 5 yıl. DSÖ onayı vardır.
2. Jadelle: İki çubuktan oluşur. Kullanım süresi 5 yıl. DSÖ onayı vardır.
3. Sino-implant: Dört çubuktan oluşur. Kullanım süresi 4 yıldır. Henüz DSÖ onayı yoktur.
4. Nexplanon: İmplanon ile aynı. Az miktarda baryum sülfat içerdiği için radyopakttır. 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 aynıdır (82-84).

Olumsuz yönleri implantın yerleştirilmesi için eğitilmiş personel gerekmesi, deri altında fark edilmesi ve kullanıcılarda 2 yıl boyunca devam edebilecek olan adet düzensizlikleri riskidir (83). Komplikasyonları uygulama alanında infeksiyon ve çıkarmada zorluktur (83).

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 (83,101). En etkili uzun etkili geri dönüşlü kontraseptif yöntemlerden biridir. Etki mekanizması DMPA ve RİA’larla aynıdır. Etkinliği %99’dan yüksektir (82). Yan etkileri, düzensiz ve sık kanamalar, amenore gibi kanama paternlerinde değişiklik, akne, baş ağrısı, bulantı, başdönmesi, memelerde hassasiyet ve ağrı, kilo alma ve duygu durum değişiklikleridir (83,84). Olumlu yönleri menstrüel kanama miktarını azaltması ve demir eksikliği anemisini önlemesi, PİH’dan koruması, menstruel krampları ve endometriosis semptomlarını azaltmasıdır (82,84).

g. Kombine kontraseptif transdermal yama

ABD’de 2001’de kullanıma girmiştir. Her yama bir haftalık östrojen (etinil estradiol) ve progesteron (norelgestromin) içerir. Etki mekanizması, endikasyon ve kontrendikasyonları KOK’larla aynıdır. Etkinliği yüksektir. Başarısızlık oranı bir yılda %1’dir (82,83). Doksan kilonun üzerindeki obez kişilerde başarısızlık oranı artar (82-84,102). Olumlu ve olumsuz yönleri de KOK’larla benzerdir. KOK’lardan farklı olarak ilaç uyumunun yüksekliği, bulantı, kusma olmaması avantajı vardır. Olumsuz yönü ise yamanın ciltte irritasyona neden olabilmesidir (83,102). Haftada bir değiştirilerek 3 hafta kullanıldıktan sonra bir hafta ara verilir. Yamalar üst kola, karına, kalçaya ya da memeler dışında göğüse, temiz ve kuru cilde yapıştırılabilir. Yüzme, duş alma gibi günlük etkinliklerde çıkartılması gerekmez (83,102).

h. Vaginal halkalar

Vajinal halkaların kontraseptif olarak tasarımı 1970’lerde geliştirilmiştir (84). Halkalar vajinaya yerleştirilerek, içerdği hormonun özelliğine ve miktarına bağlı olarak kontraseptif etkinlik 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 (82-84). Vajinal halkalar 2 tiptir.

1. Östrajen ve progestajen içeren kombine kontraseptif halka. Bu halkalar özellikle 3 hafta içinde, 1 hafta dışarıda tutularak menstrüel düzen oluşturulur.
2. Yalnızca progestajen içeren kontraseptif halka. Bu halkalar sürekli kullanılarak ve ovulasyon inhibisyonu yapmayacak şekilde tasarlanmışlardır ve kullananların %50'sinde ovulasyon olur. Antifertilite etkilerini düşük doz progestajen etkisiyle sağlarlar (84,103).

NuvaRing, Organon tarafından geliştirilen kombine kontraseptif halkadır. Dış çapı 54 mm, kalınlığı 4 mm'dir. NuvaRing 11.7 mg etonogestrel ve 2.7 mg etinil estradiol içerir. Her gün 120 mcg etonogestrel ve 15 mcg etinil estradiol salgılar. Menstrüel periyodun ilk 5 günü içerisinde vajinaya yerleştirilir ve 3 hafta içerisinde tutulur. Daha sonra bir hafta ara verilerek yeni halka yerleştirilir. İlk uygulamada koruyuculuk yeterli olmadığı için 7 gün ek yöntemle korunma gerekmektedir. Halka koruyuculuğu azaldığı için vajinada 4 haftadan fazla tutulmamalıdır (82,83). NuvaRing'in temel etki mekanizması ovulasyonu baskılamaktır. Etkinliği yüksektir. Başarısızlık oranı %1-2'dir (83,103).

Rahim İçi Araçlar (RİA)

RİA'lar günümüzde tüm dünyada geniş oranda kullanılan, etkinliği yüksek, geri dönüşlü kontraseptif yöntemlerden biridir (93). DSÖ verilerine göre tüm dünyada 100 milyondan fazla kadın RİA kullanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde evli çiftlerin %13'ü RİA kullanmaktadır (79,103). Üç tip RİA vardır.

1. **İnert (katkısız) RİA'lar:** Günümüzde artık kullanılmamaktadır.
2. **Bakırlı RİA'lar:** Cooper T - 380 A, Cooper T - 380S, Cooper T - 200, Cooper T - 200B, Multiload (ML Cu 250 ve 375) ve Nova T gibi tipleri vardır. Etkinlik açısından büyük farklar yoktur. Kullanım süreleri içerdikleri bakır miktarına göre değişir.
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 kullanılan, Sağlık Bakanlığının ücretsiz olarak karşıladığı RİA türüdür (84). Bütün RİA'lar etkilerini asıl olarak endometrial kavite içerisinde göstermektedir. Temel etki mekanizması uterus içerisinde spermisidal bir ortam oluşturulmasıdır. RİA'ların ektopik gebeliklere karşı da

koruyucu etkisinin olması yumurtalar üzerinde sitotoksik etkisini ya da tubal fonksiyonları bozduğunu düşündürmektedir (82-84).

İnert RİA'larda; uterusun yabancı cisme karşı reaksiyonu sonucu gelişen steril inflamatuvar etkinin yarattığı doku harabiyeti, minör derecede olsa da spermisidaldir. Son derece az sayıda sperm fallop tüplerindeki ovuma ulaşır (82). Bakırlı RİA'larda; bakır salınımı endometriumla sınırlı hasar, yabancı cisim yanıtı yaratarak inflamatuvar reaksiyon ve biyokimyasal değişimlere yol açar. Bakırın 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 fonksiyonlarını etkilemezler (82,83). Progesteronlu RİA'nın kollarında ve gövdesinde 52 mg levonorgestrel vardır günde 20 mcg progesteron salgılar (79,103). Etki mekanizmasında progesteronun endometriumu inceltmesi, tubal motiliteyi azaltması ve servikal mukusu kalınlaştırmasına ek olarak RİA'ca yabancı cisim reaksiyonu eklenir (79,84)

RİA geri dönüşümlü, emniyetli ve kontraseptif etkisi yüksek kontraseptiflerdir. Bakır miktarı yüksek olan yeni modern RİA'larla (TCU 380 ve Multiload 375, Nova T 380) cerrahi sterilizasyona eş istenmeyen gebelik oranları bildirilmiştir (84). Yapılan klinik çalışmalar sonucunda; 300/mm² üzerinde bakır içeren RİA'lar ve progesteronlu RİA yaklaşık olarak eş etkinlikte olduğu, tipik kullanımda başarısızlık oranının %98-99 olduğu bulunmuştur (79,84,104). RİA kullanımı sırasında gebelik testi pozitif çıkanlarda ektopik gebelik ekarte edilmelidir (79).

RİA kullanımı sırasında gebelik olursa ve gebelik istenmiyorsa gebelik sonlandırılır. Gebelik isteniyorsa ve birinci trimesterde ise RİA abortus riskini artırdığı için çıkarılır. İkinci trimesterde kadına teratojenik etkisi olmadığı açıklanır ve RİA çıkarılmaz (2,84).

Bakırlı RİA ile görülen yan etkiler kanama paternlerinde değişiklik, düzensiz kanama ve kramp şeklinde ağrıdır ve genellikle kullanım süresi uzadıkça azalır (83). Progesteronlu RİA'da amenore, akne, depresyon, kilo alma, libidoda azalma ve baş ağrısıdır (82,104,105).

RİA'ların olumlu yönleri kolay uygulanması ve güvenli oluşu, sistemik etkisinin olmaması, geri dönüşümlü olması ve cinsel ilişkiden bağımsız olmasıdır. Çıkarıldığında fertilitate hemen geri döner. RİA kullanan kadınlarda başka bir sorun yaşamadıkça yılda bir kez izlem yeterlidir (84,106).

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 (83,84,103). RİA uygulanan kadınlarda uygulamadan sonraki bir kaç ay veya devamlı olarak menstrüel 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 (82-84).

RİA kullanımı için endikasyonu olan kadınlar, gebeliklerinin arasında uzun süre olmasını isteyenler ve/veya artık gebe kalmak 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 gereksinimi olanlar için de uygun bir seçenektir (82-84).

Genital malignensisi, uterin kavitede şekil bozukluğu, gebelik varlığı ya da şüphesi, PİH, tanı konulmamış vajinal kanama RİA'lar için kesin kontrendikasyonlardır (84,103). Aşırı dismenore ve/veya menoraji, CYBH riski, ektopik gebelik öyküsü, Hb düzeyinin 9 gramın altında olduğu anemi, kalp kapak hastalıkları, bakteriyel endokardit, diyabet, immün sistem bozuklukları, Wilson hastalığı ve bakır alerjisi, pıhtılaşma bozukluğu olan kişilerde ilk seçenek değildir (84). Daha önce hiç doğum yapmamış kişilerde ağrı olasılığının yüksek olması nedeniyle tercih edilmez (82-84).

RİA'lar kadının gebe olmadığından emin olunduğunda menstrüel siklusun herhangi bir döneminde uygulanabilirse de gebelik kuşkusunu ekarte 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 (84,104).

İnfeksiyon belirtisi olmamak kaydıyla RİA ilk trimester spontan düşük ve küretajdan hemen sonra ya da bir hafta sonra uygulanabilir. İkinci trimester düşüklerinden sonra atılma oranı yüksek olduğu için girişim ertelenebilir (84).

Doğum sonrası, RİA için çok tercih edilen bir uygulama zamanı değildir. Ancak izlenemeyecek, yüksek gebelik riski olan kadınlarda, doğum sırasında aşırı kanama ya da infeksiyon riski yoksa plasentanın atılmasından sonraki 10 dakika içinde uygulanabilir. Normal vajinal doğum sonrası uygulama için en güvenli zaman postpartum 6 hafta, sezaryen sonrası ise postpartum 8 haftadır (2,84,107).

RİA uygulamasında görülen komplikasyonlar uterus perforasyonu ve PİH'dır. RİA uygulamasında uterus perforasyonu nadir görülür (%0.1-0.3) ve genelde yetersiz eğitimi olan kişilerin uygulamalarında ortaya çıkar (79). PIH uygulamayı izleyen ilk yılda, özellikle de ilk 4 ayda görülebilen nadir ve önemli bir komplikasyondur. Genellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) için risk altındakilerde gözlenir. Bu nedenle RİA, CYBH riski olan kadınlarda ilk seçenek olarak düşünülmemelidir (2,84,108,109).

Bariyer yöntemler

Spermin üst genital organlara ulaşmasını engelleyen kimyasal ya da mekanik araçlardır. Etkinlikleri çiftlerin istek ve becerileri ile doğrudan ilişkilidir. Başarısızlık oranları uzun süreli kullanımda deneyime bağlı olarak azalır. Bu yöntemlerin sistemik etkileri olmadığı için yan etkileri çok azdır. Bu grupta en sık kullanılan yöntem kondomdur ve sadece gebelikten korunma amaçlı değil, CYBİ'ye karşı korunma amacıyla da kullanılır (82-84). Diyafram ve spermisitler diğer bariyer yöntemlerdir.

a. Kondom

Antik çağlarda penisi korumak amaçlı olarak kullanılan kondomlar, gebeliğin cinsel birleşme ile oluştuğunun anlaşılması ile gebelikten korunma amacıyla da kullanılan en eski doğum kontrol yöntemlerinden biridir (73,110). Günümüzde lateks kauçuktan yapılan erkek kondomları ve polietilenden yapılan kadın kondomları en çok tercih edilen yöntemlerden biridir. Kondom spermlerin vajinaya girmesini engelleyerek etki gösterir. Mikroorganizmaları geçirmediği için CYBH'ye karşı en etkili korumayı sağlar (82,103). Kondomların hormonal yan etkisi yoktur. Ancak bazı kişilerde duyarlılığı azaltabilir. Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirebilir (82-84).

Gebelik ve CYBH'den korunma isteyen kişilerde endikedir. Lateks ya da polietilen alerjisi, gebeliğin tıbbi nedenlerle kesinlikle kontrendike olması, erkeğin kondomu kullanamaması durumlarında kontrendikedir (82-84).

Araştırmalara göre ilk yıl başarısızlık oranı %14'tür. İdeal koşullarda kullanıldığında başarısızlık oranı %3'e düşer. Sürekli kullanımda başarı oranı artar (2,82,110).

Kadın kondomu cinsel eşleri kondom kullanmayan kadınlarca 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 (82-84).

Kadın kondomları ile yapılan etkinlik çalışması azdır. Altı aylık kullanımda gebelik oranı %15'dir (82).

b. Diyafram

Serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan ya da silikondan yapılmış bir araçtır. Koitustan önce kubbe kısmına spermisit konularak uygulanır. Vajinaya doğru olarak yerleştirilen diyafram simfizis pubisin arkası ile vajen arka forniksi arasında durur. Böylece ön vajen duvarı ve serviksi kapatır (78). Kontrasepsiyona üç yolla engel olduklarına inanılmaktadır (82-84).

1. Sperme karşı fiziksel bir bariyer oluştururlar.
2. Servikal mukusun vajinal asiditeyi nötralize etmesini engelleyerek spermelerin vajende barınmasını önlerler.
3. Spermisit kremlerin ve jellerin doğru kullanılabilmesini sağlarlar.

Diyaframın etkinliği kullanıcının yaşına, deneyimine, spermisitle birlikte kullanılıp kullanılmadığına bağlıdır. Tipik kullanımda başarısızlık oranı %20'dir (78,84).

Diyafram dünyanın pek çok ülkesinde yaygın olarak kullanılmakla birlikte Türkiye'de tercih edilen bir yöntem değildir (84). Bunda en büyük etki diyaframın kullanılmasının zorluğu, rahatsız edici etkilerinin varlığı ve daha kolay kullanımı olan kontraseptif yöntemlerin giderek yaygınlaşmasıdır. Kullanıcılar en çok vajendeki kirlilikten, spermisite bağlı kokudan, irritasyondan ve diyaframın doğru yerleştirilmediğinde verdiği rahatsızlık hissinden yakınırırlar (84). Diyafram kullananlarda idrar yolu enfeksiyonları da KOK kullananlara göre iki kat fazladır (83). Tam etkinlik için diyaframların ilişkiden yarım saat önce, spermisitle birlikte uygulanması ve ilişkiden 6 saat sonra çıkarılması gerekir. Vajen içinde gereğinden uzun kalması toksik şok sendromuna neden olabilir (82-84).

c. Servikal başlık (Cap)

Servikal başlık, çok az kullanılan bir yöntemdir. Diyaframa oranla daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçüktür. Serviks üzerine oturtulur, kıvrılabilen kenarları ile vakum oluşturarak serviks ya da üst vajinal duvara tutunur. Bu yüzden vajinal tonusu azalmış kadınlar tarafından da kolayca kullanılabilir. Doğru kullanım için kullanıcıların

eğitimi çok önemlidir. Etkinliği diyaframa yakındır. Bir yılda gebelik oranı %8.4 ile %19.6 arasında değişir (84).

d. Spermisidler

Spermisitler sperm hareketlerini önleyen ve spermilerin 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'dr (2). Koitustan 10-15 dk önce vajinaya uygulanırlar. Vajina yıkanacaksa koitustan 6-8 saat sonra yıkanmalıdır.

Etkinlik, spermisitın kolay veya zor kullanılabilirliğine ve çiftin bunu düzenli olarak her birleşmede kullanma motivasyonuna bağlı olarak değişir. Rutin kullanımda başarısızlık oranı %5-50 arasında değişir. Etkinlik kondom ya da diaframla birlikte kullanıldığında artar.

Spermisitler bakteriyel ve viral organizmalarla infeksiyon riskini de azaltırlar ancak HIV'e karşı koruyucu etkisine dair veriler sınırlıdır (82).

Cerrahi kontrasepsiyon

Halen dünyada kullanılan en etkili ve geri dönüşsüz kontraseptif yöntem cerrahi sterilizasyondur. Kadında tüp ligasyonu, erkekte vazektomiden oluşan cerrahi sterilizasyon artık kesinlikle başka ocuk istemeyen aileler için uygun yöntemdir (2). Günümüzde geriye dönüşümü mümkün, ancak, pahalı, g ve %100 değildir (84). Bu nedenle yöntem tanıtılırken ve önerilirken ayrıntılı bilgi verilmelidir. ocuk isteği, kararsızlığı olan çiftlerde kesinlikle uygulanmamalıdır (83,84).

Etki mekanizması, kadında Fallop tüplerinde, erkeklerde vezikal kanalda yapılan cerrahi kesi ya da halka takılması sonrası oluşan tıkanmanın ovum ve spermin buluşmasını (döllenmeyi) nlemesidir. Etkinliği tüp ligasyonu için %99.9 vazektomi için %99.8'dir (84).

a. Tp ligasyonu

Tp ligasyonu kendisinin ve eşinin başka ocuk istemediğinden emin olan, gebe kalması yaşamını tehlikeye sokan, kalıcı bir yöntem isteyen kadınlar için uygun bir yöntemdir. Fallop tüpleri vajinal, transservikal ya da abdominal yolla ulaşılarak ya cerrahi olarak kesilip bağlanır ya koterize edilir ya da bir ring takılarak tıkanır. En çok kullanılan 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. Girişimden sonraki ilk 3 ayda Fallop tüpleri ve mikroinsertler spermilerin ovuma ulaşımını engelleyen bir bariyer doku oluşturmaktadırlar. Girişimden 3 ay sonra hastalara histerosalpingografi yapılarak bariyer oluşup oluşmadığı kontrol edilmelidir (82,111).

Olumlu yönleri çok etkili ve güvenli olması, etkinliğin hemen başlaması, uygulama zamanının cinsel ilişkiden bağımsız olması, menstrüel siklus, libido ve laktasyonu etkilememesidir (82-84).

Olumsuz yönleri geri dönüşsüz bir yöntem olması, uygulama sırasında ya da hemen sonrasında cerrahi komplikasyon olasılığıdır. En önemli dezavantaj başarısızlık durumunda ektopik gebelik riski olmasıdır (82-84).

Tüp ligasyonu geri dönüşsüz bir yöntem olduğu için bu yöntemi seçen çiftlerin aydınlatılması çok önemlidir. İşlem yapılmadan önce çiftler diğer kontreseptif seçenekler konusunda bilgilendirilmelidir. Tüp ligasyonunun olumlu ve olumsuz yönleri, girişimin olası risklerine dair tam bir bilgilendirilme yapılmalı ve aydınlanmış onam alınmalıdır (84,112).

b. Vazektomi

Erkeklerde, vas deferenslerin kapatılması ile spermilerin epididimden duktus ejakulatoryusa transportunun engellenmesi esasına dayanan yöntemdir. Olumlu yönleri kolay, basit ve kısa sürede uygulanabilmesi, hastanede yatış gerektirmemesi ve cinsel ilişkiye etkisi olmamasıdır (82-84,113). Olumsuz yönleri kalıcı olması, cerrahi komplikasyon olasılığı ve etkinliğin geç başlamasıdır. Tam etki için 20 ejakülat ya da 20 gün beklemek gerekir (82-84). Başarısızlık oranı %0.1'dir (82).

Vazektomi kendisinin ve eşinin başka çocuk istemediğinden emin olan, sağlık nedeniyle eşinin kesinlikle gebe kalmaması gereken, kalıcı bir yöntem isteyen erkekler için uygun bir yöntemdir. Bekar olan, hiç çocuğu olmayan, evlilik sorunları olan, kendisinin ya da eşinin başka çocuk isteyip istemediğinden emin olmayan, ruhsal sorunları olan erkekler için uygun değildir (84,94).

Doğal aile planlaması yöntemleri

Dünya Sağlık Örgütü, doğal aile planlaması yöntemlerini, menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerinde, doğal belirtileri gözleyerek gebeliğin planlanması ya da gebelik istenmiyorsa, fertil dönem boyunca gebeliğin cinsel ilişkiden kaçınma yoluyla önlenmesi yöntemleri olarak tanımlamıştır (2,114).

Doğal aile planlaması yöntemleri servikal mukus ya da ovülasyon (Billings) yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, servikal palpasyon yöntemi, üçünün bileşimi olan semptomtermal 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) saptamada bazı kimyasal ve hormonal testlerden de yararlanılmaktadır (84,115).

Araştırmalar, kültürel ve sosyoekonomik özellikleri ile eğitim düzeyleri farklı olan kadınların, doğal aile planlamasını başarıyla uygulayabildiklerini göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü'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 gözlenmiştir. Bu araştırma ayrıca, farklı eğitim düzeylerinin, kadınların servikal mukus özelliklerini fark edip kaydetme yeteneklerini etkilemediğini göstermiştir (2,116).

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 önce başlar ve ovülasyondan 2 gün sonra sona erer. Bu süre içinde gebe kalma olasılığı giderek artar ve ovülasyon günü ile ondan önceki iki günde en üst düzeydedir. Ovülasyon günündeki oynamalar nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınılması gereken süre uzun tutulur ya da bu sürede bariyer yöntemler uygulanabilir (84,114-116).

Doğal aile planlamasının etkili olması için, çiftlerin, cinsel davranışlarında düzenlemeler yapması gerekir. Kadının fertilité belirtilerini her gün izleyip, standart bir forma kaydetmesi gerekecektir. Eşler birbirlerinin doğurganlık hakkındaki görüşlerini, kadının fertil günlerini bilmeli ve gebelik istenmiyorsa, fertil günlerde cinsel ilişkiden kaçınmalıdır (2,116).

Doğal aile planlamasının etkililiği seçilen yöntem ve kullanıcının özelliklerine

göre değişir. Mükemmel kullanımda etkinlik %95-99'dur (116). Servikal mukus izlemi ve semptotermal yöntem en etkili DAP yöntemleridir (116).

DAP'nın olumlu yönleri, gebeliği önlemek veya oluşturmak için kullanılabilinmesi, tıbbi kontrendikasyonu ya da yan etkisi olmaması, kişinin kendini tanımasına ve üreme fonksiyonları konusunda bilgilenmesine katkısı olması, kontraseptif malzeme gerektirmemesi, erkeğin de aile planlamasında sorumluluğu paylaşmasını, katkısını, işbirliğini sağlaması, eğitimli tıbbi personele gereksinim olmamasıdır (84,114).

Olumsuz yönleri, her iki eşin de benimsemesi ve işbirliğini gerektirmesi, öğrenilmesinin en az 3 ay sürmesi ve iyi eğitici gerektirmesidir. DAP kullanımında başarısızlığın nedenleri, bazı kadınların gebe kalabilecekleri günü belirleyebilmelerinin zor olması, vajinal infeksiyonlar olduğunda, ovulatuvar mukusun ayırt edilmesinin zorluğu, bazal vücut ısısı yönteminde, vücut ısısının herhangi bir hastalık, ilaç, stres, hareket, sıcak içecek içilmesi gibi nedenlerden etkilenmesi sonucu fertil/infertil dönemlerin saptanmasında hatalar olabilmesidir (84,114).

Gebeliği önlemek amacıyla kullanıldığında, çiftin eğitim programı tamamlanmadan ve çiftin yöntemi yeterince öğrendiğinden emin olmadan önce, yöntem kullanımına başlanmamalıdır. Bu sürede çift başka bir yöntemle korunmalıdır. Çift, seçtiği doğal aile planlaması yönteminin kurallarına kesin olarak uymak zorundadır. Kuralların bozulması yöntemin etkisini azaltır (84).

DSÖ uygunluk kriterlerine göre doğal aile planlaması uygulamasının kesin kontrendikasyonu yoktur (92).

a. Servikal mukus yöntemi

Servikal mukusu izleyerek fertil ve infertil günlerin belirlendiği yöntem, 1960'lı yıllarda Billings'ler tarafından geliştirilmiştir (71,115). 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 (115). Servikal mukus yöntemi (SMY)'nin temeli, menstrüel siklus boyunca ortaya çıkan mukus değişikliklerinin farkında olmaktır (82-84,115).

Servikal mukusun niteliği östrojen ve progesteron düzeyine göre değişir. Menstrüasyondan sonraki günlerde östrojen düzeyinin artmasına paralel olarak mukus salınımı artmaya başlar; mukus incelik ve rengi berraklaşır; daha elastik ve kaygan olur.

Ovülasyondan sonra progesteronun artışı mukusun su içeriğini azaltır ve mukus kalınlaşmaya başlar. Mukus ovülasyon öncesi özelliklerini kaybeder; azalır, yapışkan ve pürüklü olur (82-84).

Bu değişikliklerin yansıması 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 fark etmeye 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, inceler ve rengi berraklaşır. Daha elastik ve kaygan olur. Bu evrede kadınlar vajinal bölgelerinde ıslaklık hisseder. Bu nedenle bu günlere **ıslak günler** denir. Bu tür mukus, spermlerin ortalama üç, bazen beş güne kadar yaşamasını ve yumurtaya doğru ilerlemesini 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 mukus içinde birkaç saatten fazla yaşaması ve hareket etmesi zorlaşır (82-84).

Bu yöntemde kadın, menstrüel kanamanın bitmesinden sonra vajinasını hergün 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 (84,115). Kayıt aşağıdaki çizelgeye göre yapılabilir (Şekil 5.1).

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										İkinci infertil dönem Kuru günler										
							Fertil dönem Islak günler																				

Şekil 2.1. Menstrüel siklus ve servikal mukus yöntemi.

1. Kanamalı günler: Yeni bir menstrüel siklusun başladığını gösterir. Bu döneme “kanamalı dönem” denir. Çizelgede bu dönem, kırmızı ile gösterilir (84).

2. İlk infertil dönem: Tipik bir siklusta kanamalı günlerden sonra hiç akıntının görülmediği ve vajinada kuruluk hissedildiği birkaç gün vardır. Bu günlerin sayısı her kadında ve her siklusta farklı olabilir. Bu döneme “ilk infertil dönem” denir ve çizelgede kahverengi ile işaretlenir. Siklus kısa süreceksa bu dönem bazen hiç görülmeyebilir ve kanamalı günlerden hemen sonra mukus fark edilmeye başlar (2-84).

3. Fertil dönem: İlk infertil dönemden sonra mukusun görülmeye başlaması ve/veya vajina girişindeki kuruluk hissinin kaybolmasıyla “fertil dönem” başlar. Çizelgede, üzeri bebekli beyaz pullar yapıştırılarak ya da boş bırakılarak gösterilir. Bu dönemde vajinada nemlilik, ıslaklık, yağlanma ve kayganlık hissedilir ve östrojenin etkisiyle günden güne niteliği değişen mukus görülür. Islaklık, yağlanma, kayganlık hissinin ve/veya şeffaf, uzayan mukusun görüldüğü en son gün Zirve Günü’dür (ZG). Bugün çizelgede işaretlenir. Ovum 24 saat kadar canlı kalabildiği ve bazen zirve gününden sonraki ikinci günde ovülasyon meydana gelebildiği için, fertil dönem zirve gününden sonra 3 gün daha sürer (2-84).

4. İnfertil dönem: Zirve gününden sonraki 4. günün sabahı başlar ve bir sonraki adet başlangıcına kadar devam eder. Bu dönem çizelgede kahverengi ile gösterilir.

Servikal mukus yönteminin etkililiği, kadının servikal mukusu iyi izlemesine, kaydetmesine, doğru yorumlamasına, çiftin yöntemin kurallarına uymasına, danışmanın niteliğine ve yöntem konusundaki bilgisine bağlıdır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan çok merkezli bir çalışmada ovülasyon yöntemini doğru kullananlarda başarısızlık hızı %3 olarak bildirilmiştir. Son yıllarda geliştirilen SMY eğitim ve danışmanlık programları sonucu başarısızlık hızı daha da düşmüştür. Son yayınlarda yöntemin başarısı %99’dan fazla, kullanım başarısı ise %98’den fazla olarak bildirilmektedir (82-84,116).

a. Servikal palpasyon yöntemi

Servikal mukus yöntemi ile aynı mekanizmaya dayanır. İnfertil dönemde serviks serttir, eksternal os kapalıdır ve servikse kolay ulaşılır. Ovulasyona doğru, östrojen hormonu yükseldikçe serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir ve servikal os açılır. Palpasyonla servikse daha zor ulaşılır. Ovulasyonu izleyen günlerde serviks yeniden sertleşir, aşağı iner ve os kapanır. Ovulasyonun olabileceği günlerde ilişki yasaktır (83,84). 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 ısı artışı ortaya çıkması esasına 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 esasını oluşturur. Bu yöntemin uygulanabilmesi için kadınların bazal vücut ısılarını siklus boyunca kaydederek ovulasyon gününü belirlemeleri gerekir. Bazal vücut ısısı, hassas bir termometreyle, menstrüel siklus boyunca her sabah yataktan kalkmadan önce, ortalama aynı saatlerde ve tercihen oral yoldan ölçülür ve tarih belirtilerek bir çizelgeye kaydedilir. Menstrüel siklusun ilk 10 gününde ölçülen normal ısıların en yükseği belirlenir ve en yüksek ısının 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. Cinsel ilişkiye girmeden önce, yüksek ısıнын saptandığı üç günün geçmesi beklenir. Üç günlük ölçüm boyunca, üç ısıdan birinin ısı çizgisine veya bunun altına düşmesi, ovülasyonun daha olmadığının bir göstergesi olabilir. Bu nedenle, cinsel ilişkiye girmeden önce, ısı çizgisinin üstünde 3 ısı kaydedene kadar beklenmelidir. İnfertil dönem başladıktan sonra, kadının ısı ölçmeye devam etmesine gerek yoktur. Bir sonraki menstrüel siklus başlayana kadar ara verebilir (82-84,114). 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 başarılı olabilmesi için bazal vücut ısısı artışından 3 gün sonrasına kadar ilişkiye izin verilmemelidir. 14 -16 gün kadar infertil olan dönemde ise ilişkiye izin verilir. Bazal vücut ısısı, hastalık, stres, düzensiz uyku, antibiyotik kullanımı, ölçüm hatası ve benzeri birçok durumdan etkilenebileceğinden, fertil-infertil dönemleri belirlemede yetersizlik yöntemin etkinliğini azaltır. Bu nedenle doğal aile planlaması yöntemleri genellikle tek başlarına değil birbirleri ile birleştirilerek kullanılır. Birleştirilmiş bu yöntem semptotermal yöntem olarak adlandırılır (82-84).

Semptotermal yöntemde servikal mukus yöntemi + servikal palpasyon yöntemi + bazal vücut ısısı yöntemi bir çizelge üzerinde birleştirilir. Üç yöntemin bir arada değerlendirilmesi ile yöntemin güvenilirliği artmaktadır (115,116).

c. Takvim yöntemi

Tarih boyunca çiftler, doğurganlık ve doğal aile planlaması konusunda arayış içine girmişler ve kendilerince birtakım yöntemler geliştirmişlerdir. Bu konuda ilk bilimsel yaklaşım 1928 yılında olmuş ve menstrüel siklusa ovülasyon gününün bilimsel olarak belirlenmesiyle “takvim yöntemi” yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır. Ancak bu yöntem, çoğu kez plansız gebeliklere neden 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 cinsel ilişkiden kaçınması ve güvenli günlerden yararlanması esasına dayanır (82-84).

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 (82-84,115). Örneğin, düzenli olarak 29 günde bir menstrüasyonu olan kişide fertil günler $29-11= 18$; ve $29-19= 10$. günler arasındır. 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 kabul edilir (116).

Takvim yönteminde sorun, bazı kadınların düzenli siklusları olmaması ve plansız

gebeliklerin meydana gelmesidir. Dolayısıyla takvim yöntemi, tek fertilité indeksi olarak tutarsız, güvensiz ve sıklıkla yetersizdir ve bu nedenle kullanımı sınırlıdır (82-84).

d. Laktasyonel amenore yöntemi

Modern kontraseptif yöntemlerin ortaya çıkmasından önce, iki gebelik arasında geçecek süreyi belirleyen başlıca faktör emzirmeydi. Gebelikten korunma yöntemlerinin yaygın olarak bilinmediği günlerde, doğurganlığın kontrolüne önemli katkı yapan emzirme, günümüzde, gelişmekte olan ülkelerin çoğunda aile planlaması için uygulanan yöntemler arasındadır. Laktasyonel amenore yöntemi, annenin emzirme döneminde emzirmeyle ilgili bazı koşullara uyarak laktasyon amenoresini bir aile planlaması yöntemi olarak kullanmasıdır (84,114).

Laktasyonel Amenore Yöntemi (LAM) özellikle doğumdan sonraki ilk aylarda, emziren kadınların belli koşullarla doğal olarak doğurgan olmadığı düşüncesine dayanır (82). LAM bazı koşullara uyulduğunda emzirmenin bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılmasıdır, emzirmenin her koşulda gebelikten korumadığını vurgular (2).

Anne sütünün ilk altı aylık dönemde bebeğin beslenmesi için yeterli ve birçok bakımdan yararlı olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda bu dönemde belli koşullarla emzirmenin %98 oranında etkili bir kontraseptif yöntem olduğu kabul edilmektedir (84). Laktasyonel amenore yönteminin başarısı tam emzirmeye bağlıdır (84). Tam emzirme koşulları:

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

Bu koşullar sağlandığında başarı oranı %98'dir (82). Sık emzirmenin sağlanamadığı durumlarda, memeden pompa ile sık sık süt boşaltılması, yöntemin etkisinin devamını sağlamak için önerilen bir uygulamadır (84).

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 2008'e göre ülkemizde %26.2'lik oranla kontraseptif yöntemler arasında birinci sırada yer almaktadır (17).

Doğru uygulandığında gebelik oranı %9-15 dolayındadır. Ancak topluma dayalı araştırmalarda bu oranın %25 ya da daha yüksek olduğu bildirilmiştir (2). Bazı çiftler tarafından başarılı bir biçimde uzun yıllar kullanılabilen bu yöntemde başarı, kişisel etmenlere bağlıdır ve erkeğin doğurganlığı planlamadaki sorumluluğunu yansıtır. Başarıyla uygulandığında bile eşlerde bazı psikolojik ve fizyolojik sorunların gelişebileceği söylenmektedir. Ancak yine de bu bilgiyi doğrulayan herhangi bir kaynağa rastlanmamıştır (84).

b. Vaginal yıkama

Pek çok kadın, vajina duvarı ve kanaldaki spermleri yıkayıp atma düşüncesi ile ilişkiden hemen sonra vajinayı suyla yıkamanın gebeliği önlediğine inanır. Etkatif bir korunma yöntemi değildir, ejakulasyondan 15 saniye sonra sperm servikal kanala penetre olur (84).

Acil (Postkoital) kontrasepsiyon

Korunmasız cinsel ilişki, kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİA'nın düşmesi, KOK hap alımının unutulması veya cinsel tecavüz gibi durumlarda gebeliği önlemek amacı ile kullanılan yöntemdir (117-120). Acil kontrasepsiyon son 20-30 yılda giderek farkındalığı artan bir konudur. Herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmalarına rağmen yöntem başarısızlığı nedeniyle oluşan istenmeyen 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. Levonorgestrelli yöntem daha etkilidir. Levonorgestrel için orijinal doz 12 saat arayla alınan 0.75 mg'lık dozdur. Ancak, son yıllarda yapılan çalışmalar tek doz 0.75 mg levonorgestrelin 12 saat arayla alınan 2 doz levonorgestrel kadar etkili olduğunu göstermiştir (118). Yine son yıllarda yapılan çalışmalarda 1.5 mg levonorgestrelle birlikte bir COX-2 inhibitörünün (meloksikam 15 mg) birlikte alınmasının levonorgestrelin etkinliğini artırdığı bulunmuştur (118).

Diğer AKs yöntemleri yüksek doz östrojen, Mifepriston, bakırlı RİA ve 2009 yılında FDA tarafından AKs için onaylanan ikinci jenerasyon antiprogesteron Ulipristal acetate (UPA)'dır. Acil kontrasepsiyonda kullanılan yöntemler Çizelge 2.3'te verilmiştir.

Acil kontraseptif yöntemlerin gebeliği önlemede etki mekanizması yöntemlere göre farklılık göstermektedir. YUZPE yönteminde etki mekanizması ovulasyonun baskılanması ya da geciktirilmesi ve implantasyonun önlenmesidir. Levonorgestrel ovulatuvar süreci ve luteal işlevi bozmaktadır. Bu nedenle ovulasyona çok yakın alındığında etkisiz olmaktadır. Aksine UPA aynı zamanda alındığında ovulasyonu geciktirmektedir. RİA'ların etki yöntemi spermin ovumu döllemesini ve implantasyonu engellemektir (119).

Acil kontraseptif yöntemler cinsel ilişkiden sonra ne kadar erken kullanılırsa etkinliği o kadar fazla olmaktadır. AK'dan sonra klinik muayene ve gebelik testi gerekli değildir (119). Klinik muayene AK kullanan kişide beklenen menstrüasyon bir haftadan fazla gecikirse, alt karın ağrısı varsa ya da düzensiz kanama varsa gereklidir (120). Bazı kadınlarda AK sonrası ilk bir hafta ya da bir ay düzensiz kanama ve lekelenmeler görülebilir, ancak bu durum tedavisiz düzelir (120,121).

Çizelge 2.3. Acil kontrasepsiyonda kullanılan yöntemler (116-119).

Yöntem	İçerik	İlk ve son doz zamanı	Etkinlik
YUZPE	100 mcg etinil estradiol + 0.5 mg. Levonorgestrel İki kez	İlk doz korunmasız koitustan sonraki ilk 72 saatte, ikinci doz 12 saat sonra	Yaklaşık %75
Levonorgestrel	0.75 mg Levonorgestrel İki kez	İlk doz korunmasız koitustan sonraki ilk 72 saatte, ikinci doz 12 saat sonra	%75-85
Yüksek doz östrojen	5 mcg/gün etinil estradiol 5 gün	İlk doz korunmasız koitustan sonraki ilk 72 saatte	Yaklaşık %75
Mifepriston RU-486	Tek doz 10, 50, 600 mg	0-120 saat arasında	%85-100
Ulipristal acetate UPA	30 mg tablet bir kez	0-120 saat arasında	
RİA	Bakırlı RİA	İlk 5 -7 gün içinde	%99

Kaynak: 117,118,119 ve 120 nolu kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

Acil kontrasepsiyon yöntemleri bir doğum kontrolü yöntemi olarak kullanılmamalıdır. AK gebelik oluştuktan sonra etkili değildir. Uzun süreli korunma isteyen kadınlarda bakırlı RİA uygulaması tercih edilebilir (119,121).

2.6. Ülkemizde Kontraseptif Yöntem Kullanımı

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün yaptığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA 2008) göre evli kadınların üçte ikisinden fazlası 30-34 yaş arası erkeklerin %60'ı artık başka çocuk istememektedir. Kadınların %14'ü bir sonraki çocuklarını en az iki yıl sonra doğurmak istediklerini bildirmişlerdir (17). Bu rakamlar ülkemizde aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bu hizmetlere erişimin kolaylaştırılması gerektiğini göstermektedir. Evli kadınların %99.8'i en az bir kontraseptif yöntem bilmekte, %64'ü de en az bir kontraseptif yöntem kullanmaktadır. RİA'lar ve oral kontraseptifler en çok bilinen yöntemdir. Kadın kondomu en az bilinmektedir. TNSA 2008'e göre yaşamlarının bir döneminde gebeliği önlemek için bir yöntem kullandıklarını belirten evli kadınların oranı %90.5, modern yöntem kullandıklarını belirten kadınların oranı %76.9'dur. Bu kadınların %40.8'i RİA, %34.4'ü hap kullandıklarını bildirmişlerdir (17).

TNSA 2008'e göre Türkiye'de halen evli kadınların %73'ü gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Ancak bu kadınların %46'sı modern yöntem kullanmakta, %27'si geri çekme ve vajinal duş gibi geleneksel yöntemlerle korunmaya çalışmaktadır. Modern yöntemler içinde RİA %16.9 ile en çok tercih edilen yöntemdir. Kondom kullanım oranı %14.3, KOK kullanım oranı ise %5.3'dür (17).

Bölgeler arasında kontraseptif yöntem kullanım oranı değişmektedir. Kuzey-Doğu Anadolu'da ve Akdeniz bölgesinde kontraseptif yöntem kullanan kadın oranı %70.4 iken Ege bölgesinde %80'dir. Modern kontraseptif yöntem kullanan kadınların %61'i kontraseptif yöntemleri devlet kuruluşlarından, %35'i özel sektörden aldıklarını bildirmişlerdir.

TNSA 2008'e göre Türkiye nüfusunun eğitim düzeyine bakıldığında erkeklerin %19.8'i, kadınların %33.4'ü ilkokulu bitirmemişlerdir. Kadınların %35.8'i ilkokulu, %12.3'ü ortaokulu, %18.2'si lise ve üzeri bir okulu bitirmişlerdir. Eğitim düzeyi doğurganlık oranını önemli oranda etkilemektedir. Okur-yazar olmayan ve ilkokulu bitirmemiş kadınlarda toplam doğurganlık hızı 2.65 iken bu oran ilkokul mezunlarında 2.25, ortaokul mezunlarında ise 1.30'dur (17).

2.7. Birinci Basamakta Sık Görülen Üreme Sağlığı Sorunları

2.7.1. Anormal uterin kanamalar

Üreme çağındaki kadınlarda ayaktan bakım kurumlarına en sık başvuru nedenleri vajinitler, üriner infeksiyonlar ve anormal kanamalardır (121). Anormal uterin kanama menslerin düzenlilik, sıklık, kanama akış hızı ve kan kaybı miktarındaki değişiklikleri içeren bir terimdir (122).

Normal menstrüel kanama siklus süresi 24-38 gün olan, düzenli (± 2 gün), 4-8 gün süren, kan kaybının 5-80 ml olduğu kanamalardır (121). Bu normların dışında olan kanamalar anormal menstrüel kanamalar olarak kabul edilir ve kanama miktarına ve siklus süresine göre adlandırılırlar.

Oligomenore: Menstrüel siklus aralıkları 35 günden fazladır. Genellikle uzamış folliküler faz nedeniyle görülür.

Polimenore: Menstrüel siklus aralıkları 21 günden azdır. Genellikle luteal faz yetersizliğinden kaynaklanır.

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

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

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

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

Akut acil anormal kanama: Hipovolemi veya şokla sonuçlanan ağır ve büyük miktar kan kaybı ile karakterizedir (121).

Anormal uterin kanama (AUK) menoraji, metroraji ve disfonksiyonel uterin kanamaları içerir (121,122). Anormal uterin kanamalar genel popülasyonda üreme çağındaki kadınların %11-13'ünü etkilemektedir. Prevelans yaşla artar ve 36-40 yaş arası %24'e ulaşır (121). Anormal uterin kanamalar ovulatuar ve anovulatuar olarak 2 grupta değerlendirilir (121-127).

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 (122).

FIGO Menstruel Bozukluklar Çalışma Grubu terminoloji için yeni rehber geliştirmiş ve disfonksiyonel uterin kanamaları ve menoraji ve metrorajiyi anormal uterin kanamalar olarak adlandırmıştır (122). Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Koleji (ACOG) ovulatuvar disfonksiyona bağlı ağır uterin kanamaların tedavisi için yeni bir rehber yayınlamıştır (122,123). Bu rehberde göre üreme çağındaki kadınlarda uterus kanama anormalliklerini tanımlamak için PALM-COEİN geliştirilmiştir. PALM-COEİN uterus kanamasının yapısal (polip, adenomiyozis, miyomlar, malignensi, hiperplazi) ve yapısal olmayan nedenlerini (koagülopati, ovulatuvar disfonksiyon, endometriyal, iatrojenik) içerir.

Kanada Jinekolojist ve Obstetrisyenler Derneği de 2013'de premenopozal kadınlarda anormal uterin kanamaların yönetimi için rehber yayınlamıştır (126). Bu rehberlere göre anormal uterin kanaması olan hastalarda öykü ve fizik muayene anormal kanamanın nedenini araştırmada ve yönetim için seçenekleri tartışmada yardımcıdırlar (121-123).

Disfonksiyonel uterus kanaması (DUK) tanımlanabilir bir pelvik patoloji, tıbbi hastalık ya da gebelik yokluğunda görülen düzensiz kanamalara verilen addır (124). Disfonksiyonel kanamaların %90'ı anovulatuvardır ve bunların çoğu 35-45 yaşları arasında görülürler (124). Kronik anovulasyon endometriyumu uzun süre östrojen maruziyetinde bırakır ve endometriyal kanser riskini artırır (126). Bu nedenle 35 yaş üzerinde tekrarlayan anovulatuvar siklusları olan kadınların endometrial kanser için endometriyal biyopsi ile izlenmesi gerekir (126,127). Ovulatuvar anormal uterin kanamalar genellikle 7 günden fazla süren yoğun kanamalardır. Bu nedenle sıklıkla demir eksikliği anemisine neden olurlar (126).

DUK bir dışlama tanısıdır. Bu nedenle diğer anovulatuvar kanama nedenlerinin ekarte edilmesi gerekir. Öncelikle gebelik olasılığı ekarte edilmelidir. Menarştan itibaren düzensiz siklusları olan hastalarda polikistik over sendromu (PKOS), tiroide büyüme ya da hiper ya da hipotiroidizm semptomları varsa tiroid disfonksiyonu, görme alanı defektleri varsa intrakranyal/hipofizer lezyon, ekimoz, purpura varsa kanama bozuklukları ekarte edilmelidir (124).

Hasta endometrial kanser için risk faktörleri (kronik anovulatuvar sikluslar, obezite, nulliparite, 35 yaş üzeri, diyabet mellitus (DM), tamoksifen tedavisi öyküsü) açısından dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli ve ona göre tanı ve tedavi için yol belirlenmelidir (125).

DUK için tanı koydurucu bir laboratuvar testi yoktur. Laboratuvar tetkikleri uterin kanama yapabilen diğer nedenleri ekarte etmek için yapılır (124). Bu amaçla yapılan testler:

1. Gebelik testi (β -HCG): Gebelik, abortus, ektopik gebeliği ekarte etmek için
2. Tam kan sayımı: Anemi ve trombosit bozukluklarını ekarte etmek için
3. Pap smear: Serviks kanserini ekarte etmek için
4. Endometriyal örnekleme: Endometriyum kanserini ekarte etmek için
5. Tiroid fonksiyon testleri: Hiper/hipotiroidiyi ekarte etmek için
6. Karaciğer fonksiyon testleri: Karaciğer yetersizliği için
7. Koagülasyon faktörleri: Kanama diyatezi için

Hasta yüksek riskli grupta yer alıyor ise; direkt endometrial biyopsi ile değerlendirilmelidir. Diğer durumda hastaya tıbbi yaklaşım denenir. Kanamanın devam etmesi halinde transvajinal ultrason (TVUSG) ile endometrial kavite kalınlık ve herhangi bir kitle/patoloji açısından incelenir (125).

Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Koleji (ACOG) ovulatuvar disfonksiyona bağlı ağır uterin kanamaların tedavisi için yeni bir rehber yayınlamıştır (122,123). Bu rehber göre üreme çağındaki kadınlarda uterus kanama anormalliklerini tanımlamak için PALM-COEİN geliştirilmiştir. PALM-COEİN uterus kanamasının yapısal (polip, adenomiyozis, miyomlar, malignansi, hiperplazi) ve yapısal olmayan nedenlerini (koagülopati, ovulatuvar disfonksiyon, endometriyal, iatrojenik) içerir.

Kanada Jinekolojist ve Obstetrisyenler Derneği de 2013'de premenopozal kadınlarda anormal uterin kanamalar için rehber yayınlamıştır (122). Bu rehber ACOG'un rehberiyle uyumludur (122,123).

Ovulatuvar disfonksiyona bağlı tıbbi tedavide progesteronlu RİA, medroksiprogesteron asetat [Provera], megestrol [Megace], noretindron, and depot medroksiprogesteron asetat [Depo-Provera]) ve KOK'lar kullanılır (127). Çizelge 2.4 Anormal uterin kanamalarda farmakolojik tedaviyi özetlemektedir.

Çizelge 2.4. Anormal uterin kanamalarda tedavi seçenekleri.

İlaç	Doz	Yorum
Anovulatuvar kanama		
KOK	35 mg ve üzerinde etinil estradiol içeren monofazik ya da trifazik haplar	Kontrasepsiyon sağlar. Kontrendikasyonları, 35 yaş üzerinde sigara içen kadınlar, tromboembolik hastalık öyküsü, kardiyovasküler hastalıklar için çoklu risk etmenleri, meme kanseri öyküsü, ağır siroz ya da karaciğer kanseridir.
Medroksiprogesteron asetat	10 mg/gün, ayda 10-14 gün	Kontrasepsiyon sağlamaz. Ağır karaciğer yetersizliklerinde dikkatli kullanılmalıdır.
Atipi olmayan endometriyal hiperplazi		
Medroksiprogesteron asetat	10 mg/gün, ayda 14 gün	Kontrasepsiyon sağlamaz. Ağır karaciğer yetersizliklerinde dikkatli kullanılmalıdır.
Megestrol	40 mg/gün	Kontrasepsiyon sağlamaz. Ağır karaciğer yetersizliklerinde dikkatli kullanılmalıdır.
Progesteronlu RİA	24 saatte 20 mcg progesteron salgılar	Atipi olmayan hiperplazide %96 regresyon sağlar. 5 yıl kontrasepsiyon sağlar. Kontrendikasyonlar meme kanseri, akut pelvik ya da servikal infeksiyon, ağır siroz ya da karaciğer kanseridir.
Ovulatuvar kanamalar		
Progesteronlu RİA	24 saatte 20 mcg progesteron salgılar	FDA 2009'da menoraji tedavisi için onaylamıştır.
Medroksiprogesteron asetat	10 mg/gün, ayda 21 gün	Kontrasepsiyon sağlamaz. Ağır kanamayı azaltmak için kısa süreli tedavi etkilidir. Progesteronlu RİA kadar iyi tolere edilemez. Ağır karaciğer yetersizliklerinde dikkatli kullanılmalıdır.
NSAİİ İbuprofen Naproxen Mefenemik asit	600-1200 mg/gün, ayda 5 gün 550-1100 mg/gün, ayda 5 gün 1500 mg/gün, ayda 5 gün	Kanamanın ilk günü başlanır ve mens kesilene dek 5 gün kullanılır. Dismenoreyi tedavi eder. Gİ riskleri nedeni ile dikkatli kullanılmalıdır.
Traneksamik asit	650 mg, 3x2 tablet/gün, ayda 5 gün.	FDA 2009'da menoraji tedavisi için onaylamıştır. Kanamanın ilk günü başlanır ve mens kesilene dek 5 gün kullanılır. Tromboemboli ya da renal hastalık riski olanlarda dikkatli kullanılmalıdır. Aktif intravasküler kanama ya da subaraknoid kanamada kontrendikedir.

Kaynak: 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

Tıbbi tedavi başarısız olursa, ya da kontrendike ise endometriyal ablasyon ve histerektomiyi içeren cerrahi tedavi yapılır (122). Histerektomi çocuk istemeyen yoğun kanaması olan kadınlarda tercih edilen cerrahi yöntemdir (125,126).

2.7.2. Dismenore

Dismenore menstrüasyon sırasında oluşan ağrılı kramplardır. Tüm jinekolojik sorunlar içinde en sık görülendir. Prevelansı %15.8 ile %88.5 arasında değişmektedir (127). Kadınların %20'sinde günlük yaşamı etkileyecek kadar şiddetli olabilir (128).

Primer dismenore altta yatan bir nedenin ya da pelvik patolojinin olmadığı, genellikle menarşın ilk yıllarında başlayan dismenoredir. Sekonder dismenore altta yatan bir duruma bağlı olarak ortaya çıkan dismenoredir (127). Erken yaşta menarş, uzun menstrüel periyod, ağır menstrüel kan akımı, obezite, sigara kullanma ve aile öyküsü olması daha ağır dismenore ile ilişkili bulunmuştur. Sekonder dismenore için risk etmenleri miyom, PIH, tubaovaryan apse, over torsiyonu ve endometrioizistir (127,129).

Dismenore yaşamı tehdit edici bir hastalık olmamakla birlikte pek çok kadın için düşkünleştirici, yorgun düşürücü olabilir. Tanıda öykü çok önemlidir. Ağrının başlama zamanı, tipi, süresi, menstrüel periodla ilişkisi değerlendirilmelidir. Fizik muayene ve cinsel aktif kişilerde vajinal muayene yapılmalıdır. Primer amenorede bu muayeneler normaldir.

Laboratuvar tetkikleri sekonder dismenoreyi tanımlamak ya da dışlamak için yapılır (128). Bu amaçla kullanılacak laboratuvar testleri:

- Enfeksiyon ve neoplastik süreç kanıtını araştırmak için tam kan sayımı
- CYBİ ve PIH dışlamak için gonokok ve klamidya kültürleri, ELISA ve DNA prob testi
- Ektopik gebeliği dışlamak için β -HCG düzeyi
- Subakut salpinjiti dışlamak için eritrosit sedimentasyon hızı
- Üriner enfeksiyonu dışlamak için tam idrar tetkiki
- Gastro-intestinal kanamayı dışlamak için gaitada gizli kan

Pelvik bir patolojiden şüpheleniliyorsa abdominal ya da transvajinal ultrason, histerosalpingografi, bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme yapılabilir.

Yönetimde ağrıyı gidermek için farmakoterapi en güvenilir ve etkili yöntemdir. Sekonder dismenorede altta yatan nedenin tedavisi gerekir. Primer dismenore tedavisinde ağrı kesici olarak NSAİİ'ler kullanılır. KOK'lar, progesteronlu RİA, DMPA

FDA onayı olmayan diğer tedavilerdir (128). Ayrıca bazı yaşam tarzı düzenlemeleri (egzersiz, düzenli uyku, gevşeme teknikleri) ile de ek fayda sağlayabilir.

2.7.3. Polikistik Over Sendromu (PKOS)

Polikistik over sendromu (PKOS) reproduktif, metabolik ve psikolojik disfonksiyonla ilişkili olup; üreme çağındaki kadınların %4'ü ila %18 kadarını etkilemektedir. Bazı Avrupa çalışmaları PKOS prevalansının %6.5-8 arasında olduğunu bildirmektedir (130).

PKOS'nun pek çok tanımı varken 2003 yılında Rotterdam Konsensusu'nda kabul edilen tanım geniş kabul görmektedir. Bu tanım genellikle daha ağır PKOS formları olan kadınları tanımlayan Ulusal Sağlık Enstitüsünün (NIH) tanımını kapsar ve hem hiperandrojenizm hem de oligo/anovulasyon varlığını gerektirir. Rotterdam kriterlerine göre PKOS tanısı koymak için kronik oligo/anovulasyon, hiperandrojenizm (hirsutizm ya da erkek tipi saç dökülmesi, serum serbest testosteron düzeyinin yükselmesi) ya da ultrasonda polikistik overlerin olması gerekir (131). Rotterdam kriterleri 2006'da AES (Androgen Excess Society) ve 2009'da AES ve PKOS derneği tarafından revize edilmiştir (131,132). 2009'daki revizyona göre PKOS tanısı koymak için hiperandrojenizm (klinik ya da biyokimyasal) ile over işlev bozukluğunun (ovulasyon bozukluğu ya da polikistik overler) eş zamanlı olması gerekir. Ayrıca, konjenital hiperplazi, androjen salgılayan tümörler, Cushing sendromu, tiroid işlev bozukluğu ve hiperprolaktineminin ekarte edilmesi gerekir.

Kanada Jinekolojist ve Obstetrisyenler Derneği'nin kriterlerine göre PKOS tanısı koymak için konjenital hiperplazi, androjen salgılayan tümörler, Cushing sendromu dışlandıktan sonra aşağıdaki özelliklerden en az ikisinin olması gerekir.

- Oligo-ovulasyon ya da anovulasyon
- Hiperandrojenizmin klinik/biyokimyasal kanıtı
- Ultrasonda polikistik overler (bir overde 12'den fazla antral follikül)

PKOS'lu kadınlarda androjen ve östrojen metabolizmasında ve androjen üretiminin kontrolünde anormallikler vardır. Serumda testosteron, androstenedion ve dehidroepiandrosteron sülfat (DHEA-S) konsantrasyonları artmıştır. Ancak androjen düzeylerinin normal olması gibi bireysel varyasyonlar da vardır.

PKOS sadece üreme sistemini değil aynı zamanda vücuttaki sistemlerin pek çoğunu da etkiler. İnsülin resistansını artırarak tip 2 DM ve kardiyovasküler hastalık

riskini artırır. PCOS metabolik sendromla da (diyabet ve kalp hastalıklarıyla ilişkili) yakından ilişkilidir. Bu nedenle PKOS'lu hastalara, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıkları önlemek için kilo verme, sağlıklı diyet ve bedensel egzersizin önemi konusunda eğitim verilmelidir.

Ayrıca PKOS'lu hastalarda, kronik anovulasyona bağlı progesteronsuz östrojene maruziyet nedeniyle endometriyal hiperplazi ve endometriyal kanser riski artar (130). Royal Kolej Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği, anovulatuvar PKOS'lu hastalarda endometriyal hiperplazi ve endometriyal kanseri önlemek için her 3-4 ayda bir progesteronla çekilme kanaması oluşturulmasını önerir (130).

PKOS tanısı öykü ve fizik muayene bulgularına ek olarak laboratuvar testleriyle konur. Royal Kolej Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği PKOS şüphesi olan hastalarda tiroid fonksiyon testleri, serum prolaktin düzeyleri ve serbest androjen indeksine bakılmasını önerir. Oligomenore ya da amenoresi olan kadınlarda gebelik olasılığını dışlamak için β -HCG bakılmalıdır (130).

Kan örneklerinin sabah aç alınması önerilir. Düzenli mensleri olan kadınlarda kan örneklerinin 5-9. günlerde alınması önerilir (130).

PKOS'da başlangıç tedavi stratejisi kilo verme, ideal kiloyu koruma ve sürdürme, uygun diyet ve egzersiz programı şeklindeki yaşam tarzı değişiklikleridir. Bu değişiklikler ovulatuvar siklusları düzeltmede etkilidirler. Obezlerde kilo verme hiperandrojenik semptomları iyileştirir (130,131).

Anovulasyon, hirsutizm ve menstrüel düzensizlikler olan kadınlarda farmakolojik tedavi yapılır. Farmakolojik tedavide kullanılan ilaçlar (130):

- Mensleri düzenlemek için oral kontraseptifler.
- İnsülin rezistansının tedavisi için metformin
- Hirsutizm tedavisinde KOK'la birlikte spironolakton ya da Leuprolid
- Eş zamanlı adrenal hiperandrojenizm varsa prednizon
- Erkek tipi saç dökülmesinin tedavisinde finasterid

PKOS uzun vadede pek çok komplikasyonlara neden olduğu için bu hastaların düzenli izlemi önemlidir.

2.7.4. Genital yol infeksiyonları

Kadınlarda genital yol infeksiyonları (GYİ) tüm dünyada yüksek mortalite ve morbiditeye neden olması nedeniyle önemli üreme sağlığı sorunlarından. Kadınlarda

GYİ 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 (133).

GYİ'nın ve özellikle bakteriyel infeksiyonların etkili tedavileri vardır. Ancak sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu durumlarda ya da kadınların utanma nedeniyle hekime gitmekten çekindiği durumlarda tedavi edilmeyen infeksiyonlar kronik pelvik ağrı, infertilite, ektopik gebelik gibi ciddi sonuçlara neden olabilir (133).

GYİ'nda kadınları hekime getiren semptomlar anormal vajinal akıntı, genital ağrı, kaşınma ve idrar yaparken yanmadır. GYİ'da en sık 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 yakınır. Vajinal akıntı fizyolojik ya da patolojik olabilir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar için zayıf prediktif değeri olmakla birlikte tarama için bir fırsat yaratır (134,135).

Normal vajina florasında vajinayı infeksiyonlara 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 (133).

Patolojik vajinal akıntılarda en sık neden vajinitlerdir (134-139). Vajinitler infeksiyöz ya da infeksiyon dışı nedenlerle olabilir. Birinci basamakta vajinal akıntının nedenini saptamak her zaman kolay olmayabilir. Hastanın bildirdiği semptomlar ve vajinal akıntının klinik görünümünün her ikisi de değişkendir ve özgün bir CYBİ varlığını ya da yokluğunu doğru olarak saptamaya izin vermez. DSÖ, Birinci Basamak'ta vajinal akıntılara yaklaşım için sendromik yaklaşımı önermiştir (84,134,135). **Sendromik yaklaşım** hastanın semptomlarına dayanır. Laboratuvar desteği olmaksızın yapılabilir. Semptom ve bulgular kullanılarak bir akış şeması ile en uygun tedavi sağlanabilir. İdeal olarak bu akış şemaları CYBH'nin lokal prevelanslarına, CYBH'a eşlik eden risk faktörlerine ve antibiyotik duyarlılığına dayandırılır (138).

Semptomatik kadınlarda en sık vajinit nedenleri bakteriyel vajinozis (%40-45), vajinal kandidiyazis (%20-25) ve trikomonyazis (%15-20)'dir (139). Sendromik yaklaşımda vajinal akıntısı olan kadınlara bazı sorular sorularak tanı konmaya çalışılır. Soruların içeriğinde akıntının başlangıcı, süresi, rengi, miktarı, yoğunluğu, kokusu olup

olmadığı, daha önce geçirdiği epizotlar olup olmadığı, genital bölgede kaşıntı, yanma, dizüri olup olmadığı, intermenstrüel ya da postkoital kanama olup olmadığı, alt karın ya da pelvik ağrı olup olmadığı ile disparoni olup olmadığı yer almalıdır (2).

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 (138). Çizelge 2.5'te vajinal akıntının niteliğine göre olası tanıların prediktif değerleri ve olasılık değerleri gösterilmektedir.

Çizelge 2.5. Vajinal akıntının niteliğine göre olası tanıları.

	Olası tanı	Sensitivite	Spesivite	+LR	--LR
Semptom					
Peynirimsi akıntı	VVK	%65	%73	2.4	0.48
Koku	BV	%97	%40	1.6	0.07
Kaşıntı	VK	%27	%92	3.3	0.79
Kızarıklık	VK	%28	%86	2.0	0.84
Eksternal disüri	VK	%33	%85	2.2	0.79
Geçirilmiş mantar enfeksiyonu öyküsü	VK	%39	%90	3.3	0.72
Fizik muayene bulguları					
Beyaz kesikli akıntı	VK	%16	%97	6.1	0.86
Yeşilimsi kirli beyaz akıntı	BV	%60	%85	4.1	0.46
Yeşil köpüklü akıntı	TV	%89	%93	14	0.12
Orta derecede akıntı	BV	%62	%75	2.5	0.5
Bol akıntı	BV	%4	%99	3.0	0.98
Balık kokusu	BV	%78	%75	3.2	0.30
Kızarıklık ve ödem	TV	%18	%97	6.4	0.85
İnflamasyon	VK	%46	%78	2.1	0.69
Laboratuvar testleri					
Vajinal pH < 4.9	VK	%71	%90	7.2	0.32
Gram boyama	VK	%65	%100	31	0.36
Hareketli basiller	BV	%65	%100	44	0.36
Whiff testi (+)	BV	%67	%65	1.9	0.51
Taze preperat	TV	%67	%100	100	0.34

VK: Vajinal kandidiyazis, BV: Bakteriyel vajinozis, TV: Trikomanas vajinalis

Kaynak: Reed BD. Vajinit. In Aile Hekimliğinin İlkeleri ed. Sloane PD et al. Çev. Ed. Yaman H. İstanbul: Sigma Yayıncılık.2008 ss. 527-541

Bakteriyel vajinozis (BV), doğurganlık çağındaki kadınlarda en sık vajinal enfeksiyondur. Prevelansı %4-17'dir (142). Nedeni vajendeki normal flora üyesi olan laktobasillerde azalma, gardnerella vaginalis, mikoplazma hominis ve mobilunkus, peptostreptokokkus, bakteriodesi içeren anaerob türlerde artıştır (140). BV için risk etmenleri sigara içme, cinsel aktivite ve vajinal duştur. Olguların yaklaşık %50'si asemptomatiktir. Akıntı varsa gri beyaz ya da sarımtırak, kötü kokulu, koyu bir akıntıdır. Vajinal ağrı ya da irritasyon genellikle yoktur. Kaşıntı bazen olabilir (139).

Tanı klinik ve mikrobiyolojik olarak Amsel Kriterlerine göre konur. Amsel Kriterlerine göre BV tanısı koymak için aşağıdaki 4 bulgudan 3'ünün var olması gerekir (142);

1. Koyu, yapışkan, homojen akıntı,
2. Vajinal pH'nın 4.5'in üstünde olması,
3. Salinle hazırlanan taze preperatta ipucu hücrelerinin varlığı (en az %20),
4. Pozitif Whiff testi.

BV'in tedavisinde günde 2 kez 500 mg metronidazol oral ya da günde bir kez metranidazol jel (intra-vajinal) 5 gün ya da topikal klindamisin 5 gün gece yatarken intravajinal kullanılır (143). Alternatif tedavi 2 gün tinidazol günde bir kez 2 gr ya da 5 gün tinidazol günde bir kez 1 gr ya da 7 gün günde 2 kez 300 mg klindamisin ya da günde bir kez yatarken 100 mg klindamisin ovul uygulanmasıdır (143).

BV'de tedavi sonrası rekürrens sıktır ve vajinal duş gibi kişisel hijyen uygulamaları ile artabilir. Gebelik üzerine olumsuz etkileri vardır. Erken doğum, spontan düşük, koryoamniyonitis, postpartum endometrit, sezeryan sonrası yara enfeksiyonu, cerrahi sonrası enfeksiyonlar, subklinik PIH'a neden olabilir (142).

Vulva Vajinal Kandidiyazis (VVK) vajinal akıntılarının ikinci en sık nedenidir. Kadınların %75'i yaşamlarının bir döneminde vajinal kandidiazis geçirirler (134). Çoğunlukla vajinanın östrojene maruz kaldığı durumlarda ve gebelikte ortaya çıkar (137). Diğer risk etmenleri hormonal kontrasepsif kullanımı, antibiyotik kullanımı, kontrolsüz diyabet ve HIV enfeksiyonudur. En sık etken Candida Albicans'dır; ancak diğer candida türleri de etken olabilir (141). Vulva ve vajinada kaşıntı, yanma tarzı ağrı, dizüri, disparoni ve vajinal akıntı sık görülen semptomlardır. Candida'da vajinal akıntı tipik olarak beyaz ve peynirimsidir. Tanı öykü, fizik muayene ve %20'lik KOH ile hazırlanmış taze preperatta candida ve hiflerini görmekle konur.

Tedavi kandida infeksiyonunun kompleks olup olmayışına bağlı olarak planlanır (140,141). Komplike olmayan VK hafif-orta şiddette, yılda dörtten az epizotta, taze preperatta hif ve yalancı hiflerin görüldüğü tiptir ve genellikle lokal antifungal ajanlarla (mikonazol ya da nistatin vajinal ovul) tedavi edilebilir. Oral ve vajinal antifungaller VK tedavisinde eş etkinliktedir (137). Komplike VK, orta-ağır şiddette, yılda 4'den fazla tekrarlayan, Kandida Albicans dışı mantarların etmen olduğu, gebelik, DM ve immün yetersizliği olan hastalarda görülen tiptir ve oral antifungallar (flukanazol ya da itrakanazol) ile tedavi edilir. Komplike VK'de tedavi daha uzun sürelidir (140,141). VVK olgularında eş tedavisi önerilmemektedir (137).

Trikomonyazis cinsel yolla bulaşan, bir protozoon olan *Trichomonas Vajinalis*'in oluşturduğu bir infeksiyondur. T. Vajinalis kadınlarda vajina, serviks, üretra, mesane ve Bartholin ve Skene bezlerinde, erkeklerde anterior üretra, dış genitaler, prostat, epididimis ve semende bulunur ve erkeklerde üretrit neden olur (138-143).

T. Vajinalis infeksiyonu için risk etmenleri, yeni ya da çoklu partner, halen mevcut ya da geçirilmiş CYBİ öyküsü olmasıdır. Enfekte erkeklerin tümü ve enfekte kadınların yaklaşık yarısı asemptomatiktir. Asemptomatik kadınların üçte biri 6 ay içinde semptomatik olurlar (140).

Trikomonyazis'de hiç semptom olmamasından ağır PIH semptomlarına kadar geniş bir yelpazede semptomlar görülebilir. Kadınlarda semptomlar sarı-yeşil köpüklü akıntı, kaşıntı, yanma, dispareni ve dizüridir. Bazı hastalarda postkoital kanama, alt karın bölgesinde ağrı olabilir (141).

Trichomonas vajinitinin semptom ve bulguları spesifik olmadığı için mikroskopa tanı koymak daha etkindir. Ancak mikroskopta T. Vajinalisi görmek her zaman mümkün olmayabilir. Mikroskopta epitelial hücrelerden çok lökositler görülür. Vajinal pH'nın 4,5'tan küçük olması *Trichomonas* tanısını dışlar. Whiff testi pozitif olabilir (142).

Tedavi mümkün olduğunca erken yapılmalıdır. T. Vajinalis pek çok dokuda olabildiği için sistemik tedavi yapılması gerekir. Tedavide Nitroimidazol grubu ilaçlar (metronidazol, tinidazol) kullanılır (140). 1000 mg/gün metronidazol 7 gün boyunca tedavide etkinlik sağlar. Eş tedavisi gereklidir. Rekürrensi engellemek için eşlerden ikisi de asemptomatik hale gelip tedavileri tamamlanana kadar cinsel ilişkiden uzak durmalıdırlar. 2 gr tek doz metronidazol de yeterli olmakta fakat dispepsi ve metalik tat nedeniyle toleransı sınırlı olup hastalar daha çok küçük dozlarda daha uzun süre

kullanmayı tercih etmektedirler. Metronidazol-rezistan türler için 2-4 gr/gün ve 7-14 gün arasında uygulanabilir (138,142).

Klamidya trakomatis serviks, üretra ve rektumun kolumnar epitelini infekte eden gram negatif bir mikroorganizmadır. ABD’de en sık bildirilen CYBİ’dur. Genellikle genç erişkinleri etkiler. Kadınlarda erkeklerden 3 kat fazla görülür (144). Klamidya Trakomatis’le infekte hastaların çoğu asemptomatiktir. Semptomu olan hastalarda vajinal akıntı, vajinal kanama, postkoital kanama ve dizüri en sık semptomlardır (144). Vajinal muayenede endoservikal kanaldan müköpürülen akıntı görülebilir (144).

Tanıda direk fluoresan antikor testi ile nükleik asid amplifikasyon testleri (NAAT) kullanılabilir. NAAT’leri klamidya ve gonokok infeksiyonunu saptamak için en duyarlı testlerdir. NAAT’leri endoservikal, üretral, vajinal, faringeal, rektal ya da idrar örneklerinden yapılabilir. Vajinadan alınan örneğin yaymasında lökore olması (bir sahada 10’dan fazla lökosit) serviksin klamidya ve gonokok infeksiyonu ile ilişkilidir (144). Klamidya Trakomatis olgularının %20-40’ında infeksiyon tubaları da tutmaktadır. Tubalarda hasar oluşması ektopik gebelik ya da infertiliteye neden olma potansiyeli taşımaktadır (144).

Tedavide komplike olmayan infeksiyonlarda azitromisin (1 gr tek doz/oral), ya da doksisisiklin (günde 2 kez 100 mg 7 gün boyunca) verilebilir. Her iki tedavinin etkinliği aynıdır. Alternatif tedaviler eritromisin, levofloksasin, oflaxloksasindir. Gebelerde eritromisin veya amoksisilin tercih edilmelidir. Cinsel eşin eş zamanlı tedavisi gerekir (138,144).

Gonore ürogenital ve anorektal bölgelerin müköz membranlarını tutan en sık ikinci bakteriyel CYBİ’dur. Erkeklerde en sık üretrit ve epididimite, kadınlarda PİH’la komplike olabilen endoservisit ve üretrite neden olur (146). Gonore için risk etmenleri 25 yaş altında olma, geçirilmiş gonore ya da diğer CYBİ öyküsü, yeni ve çoklu seks partnerleri, madde istismarıdır (145).

Kadınların %95’ten fazlasında semptom olmayabilir. En sık görülen tablo maruziyetten 10-20 gün sonra gelişen servisit tablosudur ve serviks frajil olup muayenede kolay kanar (145). Pürülen vajinal akıntı en sık görülen semptomdur. Diğer semptomlar dizüri, intermenstruel kanama, disparoni, hafif alt karın ağrısıdır.

İnfeksiyon PİH’a ilerlerse alt karın bölgesinde ağrı, müköpürülen akıntıda artma, serviks hareketinde ağrı, adneksal duyarlılık, ateş, titreme, bulantı, kusma tabloya eklenir (146). Yaygın gonokok infeksiyonu nadirdir ve gonoreli hastaların sadece %0.4-

3'ünde görülür. Önceden sağlıklı cinsel aktif kişilerde infeksiyöz artritlerin en sık nedenidir (145).

Alt genital bölge infeksiyonu olanların yaklaşık %15-20'sinde salpenjit, tubo-ovaryan abse ve peritonit gelişebilir. Doğum sırasında aktif enfeksiyon mevcutsa, yenidoğanda kontaminasyonla konjonktivit gelişebilir (146).

Birincil semptom olarak eklem ağrısı yakınması ile birinci basamağa başvuran hastalarda yaygın gonokok infeksiyonu atlanmamalıdır (145). Bakteriyemili hastaların %75'inde, ağrılı ve ağrısız peteşiler, maküller, papüller, püstüller, veziküller ve büller gibi cilt lezyonları vardır. Bazı hastalarda asimetrik artropati ya da poliartralji olabilir (145).

Gonore tanısında kültür en sık kullanılan testtir. DNA prob, polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ve ligand zincir reaksiyonu testleri ikinci ya da üçüncü basamakta yapılabilen testlerdir. Birinci basamakta gramla boyalı vajinal yaymada lökositler içinde diplokokların görülmesiyle de tanı konulabilir (2,146).

Gonore tedavisi komplike olan ve olmayan hastalarda farklılık gösterir. CDC 2013'te çoklu ilaç direnci olan gonokokların artışı nedeniyle gonore tedavi rejimini güncellemiştir. CDC'nin önerilerine göre komplike olmayan hastalarda tedavi rejimi:

- Seftriakson 250 mg IM tek doz +
- Azitromisin 1 g oral tek doz ya da
- Doksisisiklin, 7 gün süreyle günde 2 kez 100 mg oral

Hastada sefalosporin alerjisi varsa tek doz 2 gr azitromisin kullanılabilir. Seftriakson ya da azitromisinin kullanılamadığı durumlarda Sefiksim (400 mg oral), siprofloksasin (500 mg oral), ofloksasin (400 mg per oral) ve levofloksasin (250 mg tek doz) diğer tedavi seçenekleridir (138,146,147).

Yaygın gonokok infeksiyonlarında tedavi rejimi:

- Seftriakson 1 g IM/IV her 24 saatte bir
- Alternatif tedavi rejimi: Sefotaksim 1 g IV her 8 saatte bir ya da seftizoksim 1 g IV her 8 saatte bir

Sefalosporine dayalı tedavi rejimleri klinik iyileşme oluncaya dek en az 24-48 saat sürdürülür. Daha sonra oral tedaviye geçilebilir. Oral tedavide sefiksim 400 mg günde 2 kez 7 gün kullanılır (147).

Cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon olduğu için cinsel partnerlerin de tedavisi önemlidir.

Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PIH) cinsel aktif kadınları etkileyen üst genital yolun polimikrobial infeksiyonudur. En sık izole edilen ajanlar N. Gonore ve K. Trakomatisttir. Tedavi edilmemiş gonore ve klamidyal infeksiyonların PIH'a ilerleme oranı %10-20'dir (148). PIH olgularının %30-40'ı polimikrobiyaldir. İnfeksiyon ve inflamasyon 3 yolla yayılır (149).

1. İntraabdominal yol: Serviksten endometriyuma ve tubalar yoluyla peritoneal kaviteye geçiş: endometrit, salpenjit, tuboovaryan apse ya da pelvik peritonit gelişmesi
2. Lenfatik sistem yolu: RİA'dan parametriumun enfekte olması
3. Hematojen yol: Tüberküloz gibi.

PIH'ın 3 önemli komplikasyonu kronik pelvik ağrı, infertilite ve ektopik gebeliktir. PIH öyküsü olan hastaların yaklaşık %25'inde kronik pelvik ağrı gelişir. İnfertilitenin nedeni tubalarda oluşan yapışıklıklar ve skarlardır. Tekrarlayan PIH atakları infertilite gelişme riskini artırır. PIH öyküsü olan kadınlarda, tubaların hasarı nedeniyle ektopik gebelik gelişme riski %15-50 artmaktadır (148).

PIH tanısı öncelikle klinik değerlendirmeye dayandırılır. Tanı ve tedavide gecikmenin komplikasyon riskini artırması nedeniyle hekimler alt abdominal ya da pelvik ağrı, pelvik hassasiyet ile başvuran doğurganlık çağındaki kadınlarda PIH olasılığını ayırıcı tanıda düşünmelidirler. Tanı için özgün bulgu ya da laboratuvar testi olmaması nedeniyle bazı bulguların birlikte ele alındığı tanı kriterleri oluşturulmuştur (149).

PIH için klinik tanı kriterleri:

1. PIH tanısı için pelvik muayenede aşağıdaki minimum kriterlerden biri ya da daha fazlası olması
 - a. Serviks hareketinde hassasiyet
 - b. Uterin hassasiyet
 - c. Adneksal hassasiyet
2. Tanının özgünlüğünü artırabilen kriterler:
 - a. Oral ateşin 38.3 °C'den yüksek olması
 - b. Abdominal, servikal ya da vajinal bir müköpürülen akıntı olması
 - c. Vajina sıvısından yapılan taze preperatta lökosit sayısının yüksek olması
 - d. ESR'nin yüksek olması
 - e. CRP'düzeyinin yükselmesi
 - f. Gonore ya da klamidya ile servikal infeksiyonun laboratuvar belgesi

3. Aşağıdaki test sonuçları PIH için en özel kriterlerdir.
 - a. Endometriyal biyopside endometritin histopatolojik kanıtı
 - b. TVUSG ya da MR görüntülemeye, serbest pelvik sıvı olsun olmasın kalınlaşmış, sıvı dolu tubaların ya da tubo-ovaryan kompleksin gösterilmesi ya da pelvik infeksiyonu gösteren doppler çalışmaları
4. PIH ile uyumlu laparoskopik anormallikler

PIH'ın tedavisi ampirik antibiyotik tedavisidir. PIH polimikrobiyal bir infeksiyon olduğu için klamidy ve gonore için de etkili olan geniş spektrumlu antibiyotikler kullanılır.

CDC, PIH'da ayaktan tedavi için 2 rejim önerir. A rejimi:

- Seftriakson 250 mg IM tek doz +
- Doksisisiklin 100 mg oral günde 2 kez 14 gün
- Vajinit şüphesi varsa ya da hasta 2-3 hafta önce jinekolojik bir girişim geçirmişse metronidazol 500 mg oral günde iki kez 14 gün eklenir.

B rejimi:

- Sefoksitin 2 g IM tek doz +eş zamanlı probenesid 1 gr oral tek doz. Ya da bir başka tek doz üçüncü jenerasyon sefalosporin +
- Doksisisiklin 100mg oral günde 2 kez 14 gün
- Vajinit şüphesi varsa ya da hasta 2-3 hafta önce jinekolojik bir girişim geçirmişse metronidazol 500 mg oral günde iki kez 14 gün eklenir.

PIH'da hastaneye yatış endikasyonları:

- Oral ilaç tedavisini izleyememe ya da tolere edememe
- Oral tedaviye yanıt olmaması
- Gebelik
- Ağır hastalık, bulantı-kusma, yüksek ateş
- Eş zamanlı cerrahi acili dışlama
- Tubo-ovaryan apse

Yatan hastalarda tedavi rejimi (148): Rejim A:

- Sefoksitin 2 g IV her 6 saatte bir ya da sefotetan 2 g IV her 12 saatte bir +
- Doksisisiklin 100mg oral ya da IV her 12 saatte bir

Bu rejim 24 saat sürdürülür. Hasta klinik olarak iyileşirse doksisisikline oral olarak 14 gün devam edilir.

Rejim B:

- Klindamisin 900 mg IV her 8 saatte bir +
- Gentamisin IV 2mg/kg yükleme dozunu takiben 8 saatte bir 1.5 mg/kg idame dozu ile 24 saat tedavi sonrası klinik iyileşme varsa IV tedavi kesilir ve doksisisiklin 100mg oral günde 2 kez 14 günlük tedaviye geçilir.

Alternatif tedavi rejimi ampisilin sulbaktam her 6 saatte bir 3 gr. IV + her 12 saatte bir doksisisiklin 100 mg oral ya da IV'dir.

2.7.5. Serviks kanseri için tarama

Türkiye'de serviks kanseri kadınlarda tüm kanserler arasında onuncu sıklıkta görülmektedir (150). DSÖ, Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın yürüttüğü Globacan Projesinin 2012 verilerine göre Türkiye'de serviks kanserinden günde 4, yılda ise 1364 ölüm gerçekleşmektedir (150). Dünya genelinde yılda yaklaşık 500.000 kişi servikal kanser tanısı almakta ve bunların 274.000'i ölümle sonuçlanmaktadır. Buna rağmen artarak uygulanan servikal kanser tarama programları sayesinde servikal kanser insidansı ve mortalitesi geçtiğimiz son 50 yılda büyük oranda azalmıştır (150). Serviks kanseri için tarama programlarının amacı servikal patolojileri henüz premalign veya erken evrede iken saptamak, etkin ve basit yöntemlerle tedavi ederek invaziv kanser sıklığını, buna bağlı morbidite ve mortaliteyi düşürerek olası karmaşık ve pahalı tedavileri önlemektir (150-154).

Serviks kanseri için tarama rehberleri 2012 yılında güncellenmiştir. USPSTF, Amerikan Kanser Derneği (ACS), Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği (ASCCP), Amerikan Klinik Patoloji Derneği (ASCP) ve Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Koleji'nin (AJOC) 2012'de güncellediği tarama rehberlerine göre serviks kanseri için tarama programı 21 yaşında başlatılmaktadır. Tarama 21-29 yaş arası 3 yılda bir Pap test, 30-65 yaş arası her 5 yılda bir Pap test + human papilloma virüs (HPV) testi ile taramadır (152). Bu önerilerin serviksi olan tüm kadınlara cinsel öyküye bakılmaksızın uygulanması önerilmektedir. Önceden yüksek dereceli prekanseröz servikal lezyon veya servikal kanser tanısı almış, in utero dietilstilbesteron (DES) maruziyeti olan veya immünkompromize kadınların (HIV pozitif gibi) daha sık aralıklarla taranması önerilmektedir. USPSTF 65 yaş üzerindeki kadınlarda da yüksek risk taşımadıkları sürece servikal kanser için tarama önermemektedir. CIN 2, CIN 3 ya da serviks kanseri dışı nedenlerle total histerektomi geçiren kadınlarda taramanın

durdurulması önerilmektedir. HPV testi 30 yaşından önce tek başına ya da sitoloji ile birlikte önerilmemektedir.

Serviks kanseri için taramanın etkinliği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Peirson ve arkadaşlarının yaptığı bir derleme ve meta-analizde serviks kanseri taramasının yararlı olduğu, invazif servikal kanser insidansını ve mortalitesini azalttığı bulunmuştur (154).

2.7.6. Menopoz

Menopoz, daha önce menstrüel siklusları devam etmekte olan bir kadında overlerin aktivitelerini yitirmeleri sonucu menstrüel kanamaların kalıcı olarak sonlanması şeklinde tanımlanmaktadır (155). Menopoz doğal ya da tıbbi olabilir. Doğal menopoz, yaşlanma sürecinin bir parçası olarak over fonksiyonlarının bozulması sonucunda menstrüel siklusların kalıcı bir şekilde durmasıdır. Tıbbi menopoz over fonksiyonlarını sonlandıran ya da overlerin çıkarılması ile sonuçlanan tıbbi müdahalelere bağlı menopozdur (156).

Kuzey Amerikan Menopoz Derneği (NAMS) menopoza ait terminolojideki karışıklığı önlemek amacıyla tanımlar yapmıştır (156). Bu tanımlar Çizelge 2.6'da verilmiştir.

Çizelge 2.6. NAMS'ın menopozal terimler için tanımları.

Terim	Tanım
Spontan ya da doğal menopoz	Son menstrüel periyod, net patolojik neden olmaksızın 12 aylık ardışık amenore sonrası doğrulanır.
İndüklenmiş menopoz	Çift taraflı olarak overlerin çıkarılması (cerrahi menopoz), kemoterapi ya da pelvik radyoterapi ile over işlevinin ablasyonu sonrası menüstrüasyonun kalıcı olarak kesilmesidir.
Perimenopoz/menopoz geçişi	Bazı menstrüel siklus ve endokrin değışikliklerin ortaya çıktığı doğal menopozdan kaynaklanan son menüstrüasyondan önceki birkaç ay ve sonraki 12 ayı içeren yaşam dönemi
Prematür menopoz	Doğal ya da indüklenmiş olup olmadığına bakılmaksızın menopozun 40 yaşından önce başlaması
Erken menopoz	Doğal menopoz yaşından önce ya da 45 yaşından önce başlayan doğal ya da indüklenmiş menopoz
Prematür over yetersizliği	40 yaş altında görülen, kalıcı ya da geçici amenoreye neden olan over yetersizliği
Erken post menopoz	Doğal ya da indüklenmiş menopozdan kaynaklanan son menüstrüasyondan sonraki 5 yıl.

Kaynak: Coney P. Menopause. Erişim. <http://emedicine.medscape.com/article/264088-overview#showall>. Erişim tarihi. 19.09.2014

Menopoz öncesi ve menopozu izleyen süreçte bazı klinik değişiklikler görülür. Bu dönemler sıklıkla klimakteryum ve perimenopoz olarak adlandırılır. Perimenopoz menopozdan hemen önceki menstrüel kanamayı ve son menstrüel kanamayı izleyen ilk yılı kapsayan terimdir. Menstrüel düzensizliklerin ve vazomotor semptomların başladığı dönem Klimakteryum ve bu dönemdeki semptomlar da klimakterik semptomlar olarak adlandırılırdı (155). Ancak son yıllarda NAMS'ın önerisi ile bu terimlerin yerine **menopozal geçiş dönemi** terimi kullanılmaktadır. Menopozal geçiş döneminde gonadotropinlere ve onların sekresyonlarına yanıtta fizyolojik değişiklikler ortaya çıkar (156). Menopozal geçiş dönemi hormon düzeylerindeki geniş varyasyonlara bağlı olarak farklı düzeylerde klimakterik yakınmalarla karakterizedir. Sıcak basmaları ve terleme, uykusuzluk, kilo alma ve şişkinlik, duygu-durum değişiklikleri, düzensiz mensler, mastodini, uyku bozuklukları, libido azalması bu semptomların en sık görülenleridir. Bu dönemde kadınların yaşam döngüsüne bağlı sorunları olması klimakterik semptomları provoke edebilir. Bazı kadınlar için ise menopoz gebelik korkusunun kalmadığı dönem olarak algılanır (155).

Menopoz tanısı, geleneksel olarak retrospektif bir şekilde son adetten 1 yıl sonra konmaktadır. Genellikle kırklı yaşlarda over kütlesinde azalma FSH düzeyinde artışa neden olur. Ovulasyon sonrası oluşan korpus luteum küçülmeye başlar ve progesteron üretimi azalır. Bu menstrüel siklus değişikliklerine neden olur. Bir süre sonra overlerin ürettiği östrojen düzeyi de azalmaya başlar ve son menstrüel kanamadan sonra FSH daha da yükselir. FSH düzeyinin 40 mIU/mL'den yüksek olması menopoz tanısını destekler. Oral kontraseptif kullanımı ya da perimenopozal semptomlar nedeniyle östrojen almakta olan kadınlarda FSH düzeyleri, östrojen kesildikten 7-10 gün sonra ölçülmelidir. Yüksek bir FSH düzeyi menopoz tanısında güvenilir olmayabilir, çünkü ovulatuvar sikluslarla birlikte düzey yine düşebilir. FSH düzeyi 60 mIU/mL'nin üzerinde ise daha fazla ovulatuvar siklus beklenmemektedir (156).

Menopoz yaşı dünya ortalaması 50-51'dir (156). Gelişmekte olan ülkelerde menopoz yaşı daha düşüktür. Türkiye'de ortalama menopoz yaşı 47 olarak kabul edilmektedir (154). Menopozun 45 yaşından önce başlaması erken menopoz olarak adlandırılır. Fizyolojik menopoza giriş yaşını düşüren etmenler sigara içimi, histerektomi, ooforektomi, otoimmün hastalıklar, yüksek rakımda yaşama, kemoterapi ya da radyoterapi almaktır (156).

Menopoz bir geçiş dönemidir ve bu dönemdeki kadınların değerlendirilmesi ve sağlıklarının korunması için bazı girişimlerin yapılması önemlidir. Menopoz dönemindeki kadınların değerlendirmesi kapsamlı bir öykü ile başlar. Öyküde son menstrüel kanama zamanı, daha önceki siklusların durumu, menstrüel dönemle ilişkili yakınmalar olup olmadığı, kontrasepsiyon öyküsü, cinsel aktivite durumu, libidoda azalma, disparoni, idrar yapma sıklığında artış veya inkontinans, sistit ve vajinit semptomları, sıcak basmaları (sıklık, zamanlama, tetikleyen uyaranlar, sonuç veren rahatlama yöntemleri) gibi klimakterik yakınmalar olup olmadığı sorgulanır. Sağlığın korunması ile ilgili konularda diyet ve egzersiz durumu, alkol, sigara, ilaç alışkanlıkları, diyet ve vitamin destekleyicileri alıp almadığı, son Pap smear ve mammografi tarihleri, osteoporoz, kalp hastalığı ve kanser için risk faktörleri öğrenilir. Kadının menopoz ile ilgili olumlu ve olumsuz düşünceleri öğrenilmelidir (156,157).

Fizik muayene, genel görünüm ile meme ve pelvis muayenelerinin değerlendirilmesi üzerinde odaklanır (156,157). yk ve fizik muayene sonrası hasta ile hormon replasman tedavisi (HRT) gerekip gerekmediği konusu tartışılır. NAMS ve ACOG hormon tedavisinin en düşük etkili dozda ve mümkün olduğunca kısa süreli verilmesini önermektedir. Tedavi başlamadan önce hastalara hormon tedavisinin risk ve yararları ve alternatif tedaviler ve bunlar arasındaki farklılıklar anlatılmalıdır. HRT başlama kararı alınırsa tedaviye başlamadan önce kapsamlı bir öykü alınır. Fizik muayene yapılır ve mamografi çektirilir. Endike ise KMD yapılır (156,157).

Menopoza bağlı vazomotor semptomların en etkili tedavisi progesteronlu ya da progesteronsuz östrojen tedavisidir. Oral ve transdermal östrojen tek başına ya da progesteronla kombine olarak vazomotor semptomları, vajinal kuruluğu ve üriner semptomları yatıştırmak için kullanılabilir (158). Uterusu intakt olan kadınlarda karşılanmamış östrojen tedavisi endometriyal kanser riskini artırabilir. Progesteron özellikle bu riske karşı koruyucu olarak kullanılır. Histerektomi geçirmiş kadınlarda sadece östrojen kullanılır. HRT üç-beş yıldan fazla kullanıldığında meme kanseri riskini artırır. Lokal vajinal östrojen sadece ürogenital semptomları olan kadınlarda sistemik tedaviye tercih edilir (158). Bu nedenle semptomatik kadınlarda uzun süreli HRT tedavisi başlamadan önce risk/yarar oranı dikkate alınmalıdır. Uzun süreli HRT orta ve ağır menopozal semptomları, yüksek osteoporotik kırık riski olan kadınlarda ve KMD'si düşük ve alternatif tedavilerin uygun olmadığı hastalarda kullanılabilir (157,159).

Kadınlarda menopoz öncesi dönemde kardiyovasküler hastalık insidansı erkeklerden düşükken postmenopozal dönemde artmaya başlar ve 65 yaş civarında erkekleri yakalar (160). Kadının Sağlık İnisiyatifi (WHI) çalışmasında HRT'nin kardiyovasküler olaydan korumadığı ve tromboembolik olay riskini artırdığının gösterilmesi sonrası HRT'nin kullanılmasına karşı çıkmıştır. Ancak WHI çalışmasının göreceli olarak daha yaşlı kadınlarda (50-75 yaş arası, ortalama yaş 64) yapıldığı belirlendikten sonra daha genç kadınlarda yapılan yeni çalışmalar, menopozdan hemen sonra kısa süreli HRT kullanmanın meme kanseri ve inme riskini artırmadan kardiyovasküler olay riskini ve kardiyovasküler nedenlere bağlı morbidite ve mortaliteyi azalttığı saptanmıştır (160,161).

HRT'nin yan etkileri ve meme kanseri korkusu nedeniyle hormon dışı tedavi seçenekleri araştırılmıştır. Vazomotor semptomların tedavisinde etkili olduğu gösterilmiş hormon dışı ilaçlar SSRI'lar, SNRI'lar, klonidin ve gabapentindir (159).

Yapılan çalışmalar da Amerika, Kanada ve Avustralya'da pek çok kadının menopozal semptomları için tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (CAM) kullandığı görülmüştür (162). Amerikan Aile Hekimleri Derneği (AAFP)'nin menopozal semptomların HRT dışındaki tedavileri için kanıta dayalı önerileri Çizelge 2.7'de verilmiştir (159).

Çizelge 2.7. Amerikan Aile Hekimleri Derneği (AAFP)'nin menopozal semptomların HRT dışındaki tedaviler için kanıta dayalı önerileri.

Klinik Öneri	Günlük Doz	Kanıt değeri
Siyah yılankökü sıcak basmalarının kısa süreli tedavisinde etkili olabilir.	16-27 mg	B
Klonidin sıcak basmalarının tedavisinde etkili bir seçenektir	0.1 mg	B
Fluoksetin sıcak basmalarının tedavisinde etkili bir seçenek olabilir ancak sınırlı kanıt vardır.	20 mg	B
Paroksetin sıcak basmalarının tedavisinde etkili bir seçenektir	20-40 mg	B
Soya ve diğer flavonlar sıcak basmalarının tedavisinde yardımcı olabilir.	40-164 mg	B
Venlafaksin sıcak basmalarının tedavisinde etkili bir seçenektir	75 mg	B

Kaynak: Hill DA, Hill SR. Counseling Patients About Hormone Therapy and Alternatives for Menopausal Symptoms. Am Fam Physician. 2010;82(7):801-07.

Aile Hekimlerinin birincil görevi kendilerine bağlı hastalarının sağlığını korumak ve artırmaktır. Menopoz sonrası kadınların sağlığını korumak için danışmanlık ve bilgilendirme yapılmalıdır. Menopoz dönemindeki kadınlara meme kanseri, kolorektal kanser taraması gibi yaşlarına özğün taramalar yanında kemik sağlığını sürdürmek için günde 1000-1500 mg elementer kalsiyum ve 800-1000 İÜ D vitamini almaları, düzenli bedensel etkinlik yapmaları önerilmelidir. Osteoporotik kırık riski olan 60 yaş ve olmayan 65 yaşın üzerindeki kadınlarda osteoporozu saptamak için KMD ölçümü yapılması önerilmelidir (158,163).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Gerekçesi

Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Üreme Sağlığı/Aile Planlaması Polikliniğine başvuran hastaların niteliklerinin ve aldıkları hizmet türünün retrospektif olarak araştırılması amaçlanmıştır. Bu araştırma sonucunda hizmet alan grubun tanımlanması ile hizmetin niteliğini artırmak ve hizmet talep eden kişi sayısını artırmak için yapılması gerekenlerin planlanması umulmaktadır.

3.2. Materyal ve Yöntem

Çalışma retrospektif yöntemle yapılmıştır. 1 Ocak 2005 ile 31 Aralık 2014 tarihleri arasında Aile Hekimliği AD Üreme Sağlığı/Aile Planlaması (ÜS/AP) Polikliniği'ne başvuran kadınların listesi kaydedildikleri Aile Planlaması poliklinik defterinden elde edilmiştir. Kadınların yaşları, öğrenim durumları, aldıkları tanı ya da aile planlaması yöntemleri poliklinik kayıt defterinden retrospektif olarak derlenmiştir. Bu tür bir çalışma yapılabileceği öngörüsüyle Aile Planlaması polikliniği kayıtları düzgün olarak tutulmaktadır. Analizlerde ve tablolarda SPSS paket programı uygulanmıştır.

Çalışmaya alınan kadın öğrenim durumu, yaş, kullandığı kontraseptif yöntem şekline göre gruplandırılmış ve seçtikleri kontraseptif yöntem belirlenmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için excel programı kullanılmıştır. Seçilen yöntemlerin grup içindeki dağılımı yüzde olarak hesaplanmış ve grafiklendirilerek karşılaştırılmıştır. Bu çalışma sadece kesitsel bilgi edinme amaçlı olduğu için bir istatistiksel anlamlılık açısından değerlendirme yapılmamıştır.

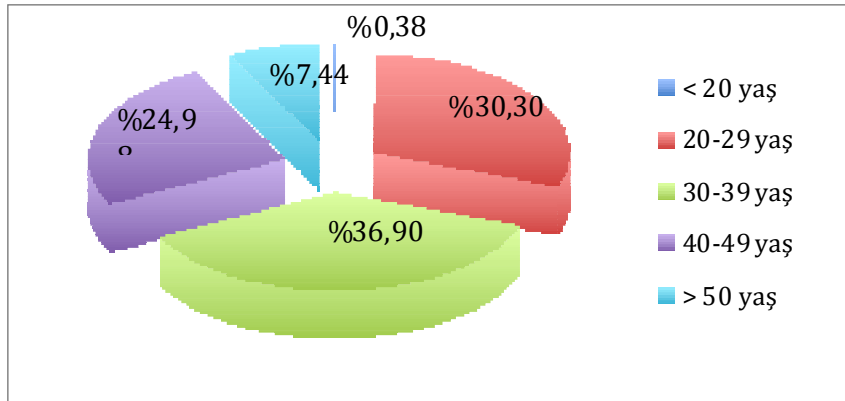
4. BULGULAR

ÜS/AP Polikliniğine başvuran kişilerin yaş, öğrenim durumu ve aldığı tanılara göre veriler hastalardan ilk gelişleri sırasında alınarak kaydedilmiştir. 1 Ocak 2005 ile 31 Aralık 2014 tarihleri arasında ÜS/AP Polikliniğine toplam 2591 kadın başvurmuştur. Kadınların ortalama yaşı 38 ± 20 'dir. Kadınların %52.64'üne (n=1364) bir kontraseptif yöntem verilmiştir. Geri kalan %47.36'sı (n=1227) kontrol ya da bir yakınma ile başvurmuşlardır.

ÜS/AP Polikliniğine başvuran tüm kadınların yaşlara göre dağılımına bakılmıştır. Kadınların %0,38'i (n=10) 20 yaş altında, %30.30'u (n=785) 20-29 yaş aralığında, %36.90'u (n= 956) 30-39 yaş aralığında, %24,98'i (n=647) 40-49 yaş aralığındadır. 50 yaş üzeri kadınların oranı %7,44'dür (n=193). Çizelge 4.1'de ve Şekil 4.1'de Üreme Sağlığı Polikliniği'ne başvuran kadınların yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir.

Çizelge 4.1. ÜS/AP polikliniğine başvuran kadınların yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş grupları	20 ↓ yaş	20-29 yaş	30-39 yaş	40-49 yaş	50 ↑ yaş	Toplam
Sayı (n)	10	785	956	647	193	2591
Yüzde (%)	0.38	30.30	36.90	24.98	7.44	100

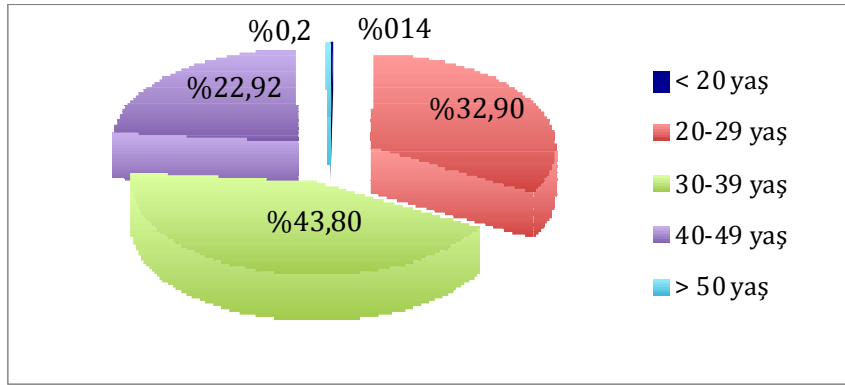


Şekil 4.1. ÜS/AP Polikliniğine başvuran kadınların yaş gruplarına göre dağılımı.

Aile planlaması yöntemi talebiyle başvuran toplam 1364 kadının yaş gruplarına göre dağılımı Çizelge 4.2’de ve Şekil 4.2’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.2. Aile planlaması yöntemi talebiyle başvuran kadınların yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş grupları	20 ↓ yaş	20-29 yaş	30-39 yaş	40-49 yaş	50 ↑ yaş	Toplam
Sayı (n)	2	449	598	313	4	1364
Yüzde (%)	0.14	32.90	43.80	22.92	0,28	100

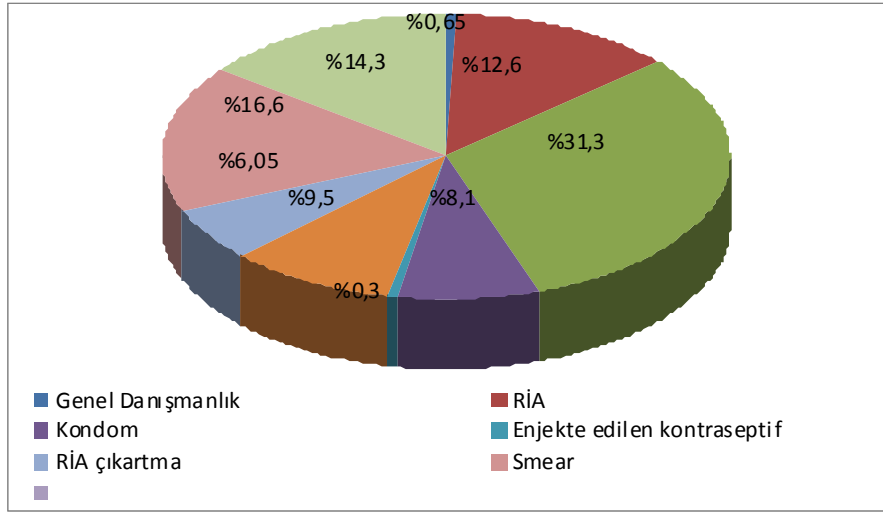


Şekil 4.2. Aile planlaması yöntemi talebiyle başvuran kadınların yaş gruplarına göre dağılımı.

ÜS/AP Polikliniğine başvuran kadınların başvuru nedenlerine göre dağılımı Çizelge 4.3 ve Şekil 4.3’te verilmiştir. Başvuru nedenleri arasında kontraseptif yöntem istemi en sık başvuru nedenidir.

Çizelge 4.3. ÜS/AP polikliniğine başvuran kadınların başvuru nedenlerine göre dağılımı.

Başvuru nedeni	Sayı (n)	Oran (%)
Kontraseptif yöntem talebi		
OKs	813	31,3
RİA	329	12.6
Kondom	212	8.1
Depoprovera	4	0.1
Mesygina	6	0.2
RİA için kontrol	248	9.5
RİA çıkarma	157	6.0
Genel danışmanlık	17	0.6
Smear	432	16.6
Kontraseptif yöntem istemi dışı başvurular	373	14.3
Toplam	2591	100



*RİA: Rahim içi araç, **OKs: Oral kontraseptif

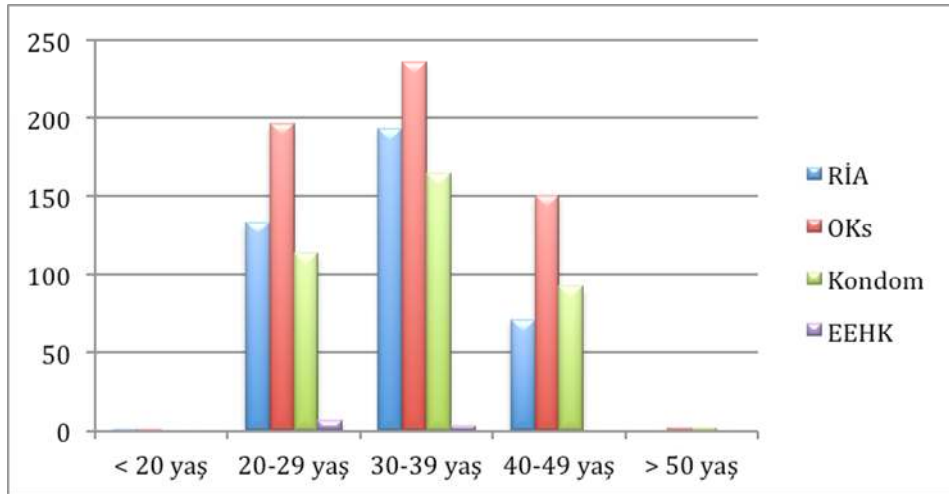
Şekil 4.3. ÜS/AP polikliniğine başvuran kadınların başvuru nedenlerine göre dağılımı.

Kontraseptif yöntem talebi ile başvuran kadınların yaş gruplarına ve aldıkları yöntemlere göre dağılımı Çizelge 4.4’de ve Şekil 4.4’de verilmiştir.

Çizelge 4.4. ÜS/AP polikliniğine kontraseptif yöntem almak için başvuran kadınların yaş gruplarına ve aldıkları kontraseptif yöntemlere göre dağılımı.

Yaş grupları	20 ↓ yaş %	20-29 yaş %	30-39 yaş %	40-49 yaş %	50 ↑ yaş %	Tüm yaşlara göre
RİA*	50 (n:1)	29.72 (n:133)	32.36 (n:193)	22.67 (n:71)	-	29.18
OKs*	50 (n:1)	43.47 (n:196)	39.51 (n:236)	48.00 (n:150)	50.00 (n:2)	42.89
Kondom	0	25.21 (n:113)	27.63 (n:164)	29.33 (n:92)	50.00 (n:2)	27.20
EEHK*	0	1.6 (n:7)	0.50 (n:3)	0	0	0.73
Toplam	100	100	100	100	100	100

*RİA: Rahim içi araç, ** OKs: Oral kontraseptif, ***EEHK: Enjekte edilen hormonal kontraetif

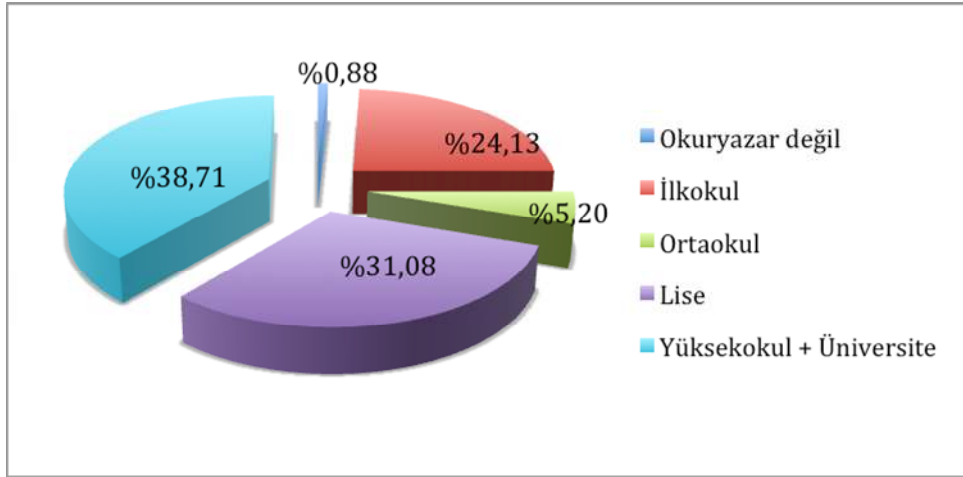


Şekil 4.4. ÜS/AP polikliniğine kontraseptif yöntem almak için başvuran kadınların yaş gruplarına ve aldıkları kontraseptif yöntemlere göre dağılımı.

ÜS/AP polikliniğine kontraseptif yöntem almak için başvuran kadınların (n=1364) öğrenim durumlarına göre dağılımına bakıldığında 12'sinin (%0,88) okur-yazar olmadığı, 329'unun (%24,13) ilkokul mezunu olduğu, 71'inin (%5,20) ortaokul mezunu olduğu, 424'ünün (%31,08) lise mezunu olduğu ve 528'inin (%38,71) yüksekokul+üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Çizelge 4.5 ve Şekil 4.5 kadınların öğrenim durumuna göre dağılımını göstermektedir.

Çizelge 4.5. ÜS/AP Polikliniğine kontraseptif yöntem almak için başvuran kadınların öğrenim durumuna göre dağılımı.

Öğrenim durumu	Okuryazar değil	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksek okul + Üniversite	Toplam
Sayı (n)	12	329	71	424	528	1364
Yüzde (%)	0.88	24.13	5.20	31.08	38.71	100

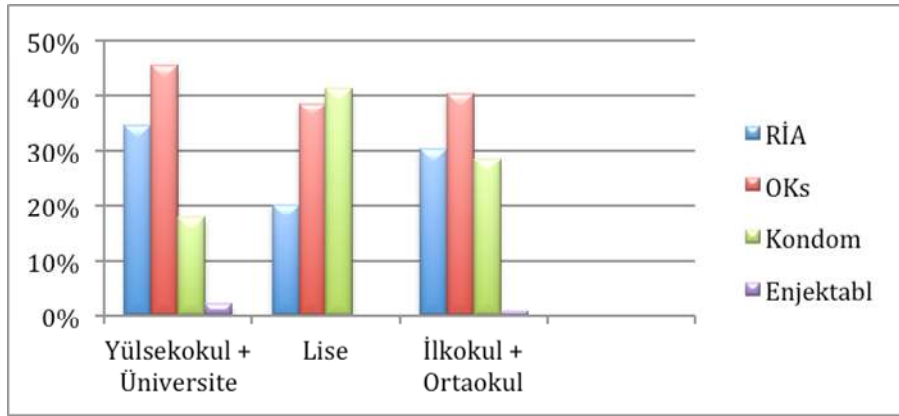


Şekil 4.5. ÜS/AP Polikliniğine kontraseptif yöntem almak için başvuran kadınların öğrenim durumuna göre dağılımı.

ÜS/AP polikliniğine başvuran kadınların öğrenim durumuna ve aldıkları kontraseptif yöntemlere göre dağılım oranları Çizelge 4.6'da ve Şekil 4.6'da gösterilmektedir.

Çizelge 4.6. ÜS/AP Polikliniğine başvuran kadınların öğrenim durumuna göre aldıkları kontraseptif yöntemlerin yüzde dağılımı.

Yöntem	RİA	OKs	Kondom	EEHK	Toplam
Yüksek okul + Üniversite	%34.6	%45.4	%17.7	%2.3	%100
Lise	%20.2	%38.5	%41.3	-	%100
İlköğretim 1 ve 2	%30.4	%40.3	%28.4	%0.9	%100



Şekil 4.6. ÜS/AP Polikliniğine başvuran kadınların öğrenim durumuna göre aldıkları kontraseptif yöntemlerin yüzde dağılımı.

ÜS/AP Polikliniğine kontraseptif yöntem alma dışında başvurular da olmaktadır. Ürogenital sistemle ilgili yakınma, kontraseptif yöntem sonrası izlem danışmanlığı, menopoza dair yakınmalar ve serviks kanseri taraması başlıca başvuru nedenlerini oluşturmaktadır. Çizelge 4.7’de ve Şekil 4.7’de ÜS/AP polikliniğine kontraseptif yöntem talebi dışında başvuran hastaların yapılan değerlendirmelerinde konulan tanılar gösterilmiştir.

Çizelge 4.7. ÜS/AP Polikliniğine kontraseptif yöntem talebi dışı nedenlerle başvuran kadınların aldığı tanılar.

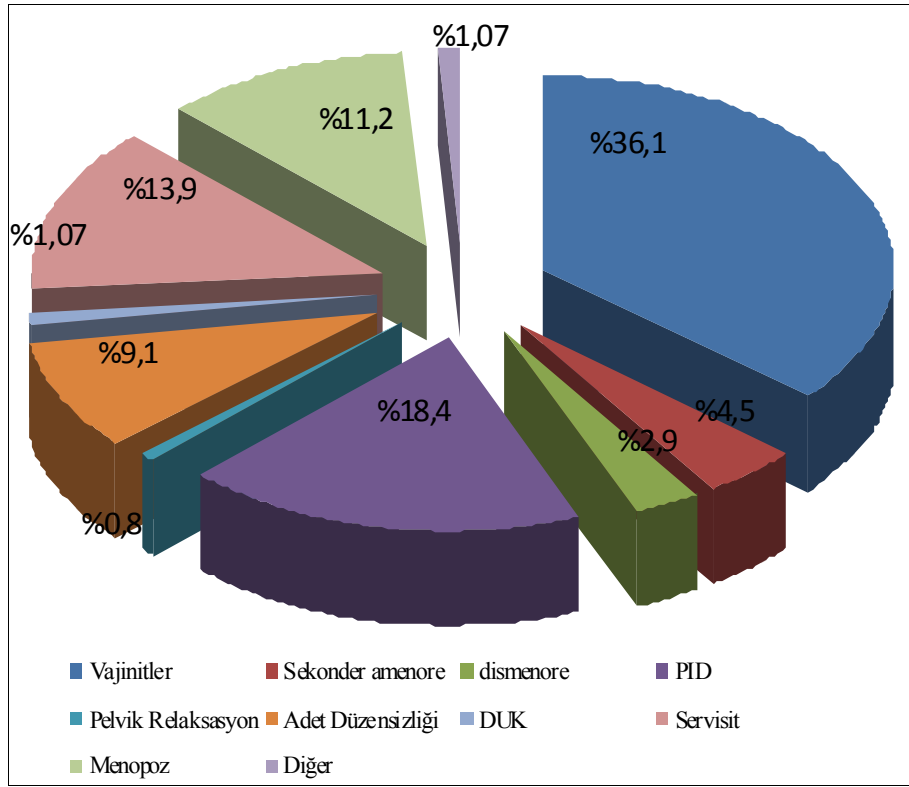
Tanılar	Sayı	Yüzde
Vajinit (VK**+BK** + atrofik vajinit)	84+43+8	36,1
PID***	69	18,4
Servisit	52	13,9
Menopoz	42	11,2
Adet düzensizliği	34	9,1
Sekonder Amenore	17	4,5
Dismenore	11	2,9
DUK****	4	1,07
Pelvik relaksasyon	3	0,8
Diğer	4	1,07
Toplam	373	100

*BV: Bakteriyel vajinozis

***PIH: Pelvik inflamatuvar hastalık

**VVK: Vajinal kandidiyazis

****DUK: Disfonksiyonel uterin kanama

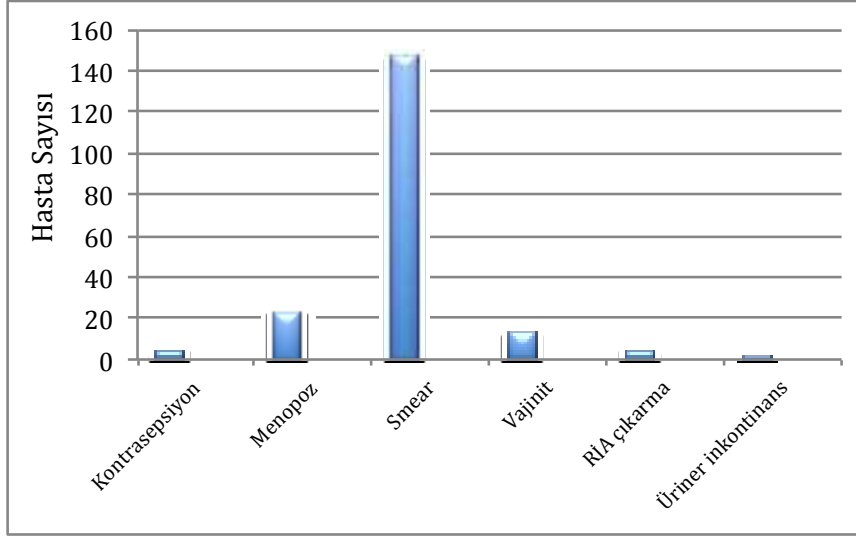


Şekil 4.7. ÜS/AP Polikliniğine kontraseptif yöntem talebi dışı nedenlerle başvuran kadınların aldığı tanılar.

ÜS/AP polikliniğine başvuran 50 yaş üstü hastalar özel bir grup oluşturmaktadır. Bu gruptaki hastalar kontraseptif yöntem almaktan çok diğer nedenlerle ÜS/AP polikliniğine başvurmaktadırlar. Çizelge 4.8 ve Şekil 4.8’de 50 yaş ve üstündeki hastaların başvuru nedenlerine göre dağılımı gösterilmektedir.

Çizelge 4.8. 50 yaş ve üstündeki hastaların başvuru nedenlerine göre dağılımı.

Başvuru nedeni	Sayı	Oran %
Kontrasepsiyon	4	2.07
Menopoz	23	11.92
Smear	147	76.17
Vajinit (VVK+BV+Atrofik vajinit)	13	6.74
RİA çıkarma	4	2.07
Üriner inkontinans	2	1.03
Toplam	193	100



Şekil 4.8. 50 yaş ve üstündeki hastaların başvuru nedenlerine göre dağılımı.

5. TARTIŞMA

DSÖ verilerine göre cinsel ve üreme sistemi hastalıkları, üreme çağındaki (15-49 yaş arası) kadınların toplam hastalık yükünün üçte birini, tüm hastalık yükünün ise beşte birini oluşturmaktadır (10). ADNKS 2013'e göre 15-49 yaş grubundaki kadınlar Türkiye nüfusunun %26'sını oluşturmaktadır (47). Bu gruba sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinin bu grubun üreme sağlığı hizmeti gereksinimlerine yanıt verebilmeleri önemlidir.

TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de üreme çağındaki evli kadınların %73'ü gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Ancak bu kadınların %46'sı modern yöntem kullanmakta, %27'si geri çekme ve vajinal duş gibi etkinliği az geleneksel yöntemlerle korunmaya çalışmaktadır. Modern kontraseptif yöntem yerine geleneksel yöntemlerin kullanılmasının nedenleri olarak kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi eksikliği, erişim eksikliği gibi nedenler ileri sürülmektedir (17,25,33). Bir kontraseptif yöntem kullanan kadınların seçimleri %16.9 ile rahim içi araç, %14.3 ile kondom, %5.3 ile OKs, %8 ile tüp ligasyonu, %26 ile geri çekme ve %1.3 ile diğer yöntemlerdir.

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD'nın ÜS/AP Polikliniği toplumda tanınırlığı çok olmayan bir polikliniklidir. Hasta potansiyeli Üniversite Hastanesi çalışanları ve yakınlarından oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın kontraseptif yöntem desteği her zaman düzenli olmamıştır. Kondom desteği 2010 yılından, OKs desteği 2012 yılından ve RİA desteği 2013 yılından itibaren alınamamıştır. Bu nedenle verilerin kendi içlerinde ve toplumun geneliyle karşılaştırılması anlamlı sonuç vermeyecektir. Bu tez çalışmasında amaç ÜS/AP polikliniğine başvuran hastaların niteliklerini ve aldıkları sağlık hizmeti tipini değerlendirmek olduğundan istatistiki karşılaştırmalar yapılmamıştır.

ÜS/AP polikliniğine AP yöntemi almak için başvuran kadınların dağılımına bakıldığında ergen yaş grubunda çok az kişi olduğu (n=10) görülmektedir. Bu kişilerden sadece ikisi kontraseptif yöntem talebi ile başvurmuştur. Erken yaşta evlilik ve çocuk doğurma ülkemizde son yıllarda azalmakla birlikte hala sosyal bir sorundur (33). TNSA 2008 verilerine göre ülkemizde ergen dönemde olan kadınların %6'sı çocuk doğurmaya başlamaktadır.

Akdeniz bölgesinde bu oran %3.2'dir. Yine TNSA 2008 verilerine göre ergen kadınların %62'si herhangi bir kontraseptif yöntem kullandığını bildirmiştir. Bu

kadınların %26.3'ü kondom, %9.8'i OKs, %5.3'ü RİA ve %2.8'i EEHK kullandıklarını bildirmişlerdir (17). Bizim polikliniğimize ergen yaş grubunda başvuran 2 kişi vardır ve biri RİA, diğeri de OKs isteminde bulunmuşlardır.

ÜS/AP polikliniğimize başvuran 50 yaş üzeri kadınların oranı %7.44'dür. Bu yaş grubunda kontraseptif yöntem talebinde bulunan kadın sayısı 4'tür. Türkiye genelinde kontraseptif yöntem kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalar doğurganlık çağı olarak tanımlanan 15-49 yaş aralığını kapsamaktadır (17). Bu nedenle 50 yaş üstü kontraseptif talebi ile ilgili istatistiksel veriler yoktur. Bizim polikliniğimiz sadece AP hizmetleri değil, diğer üreme sağlığı hizmetlerini de sunmaktadır. Bu yaş grubundaki başvuruların göreceli fazlalığının nedeni hastane personelinin verdiğimiz sağlık hizmetlerinden haberdar olması nedeniyle üreme sağlığı gereksinimi olan yakınlarını üreme sağlığı hizmeti almak üzere bizim polikliniğimize getirmeleridir.

Türkiye'de kontraseptif yöntem kullanımı konusunda yapılan en kapsamlı çalışma TNSA 2008'dir (17). Bu çalışmaya göre evli kadınların en çok kullandıkları modern yöntem yüzde 17 ile RİA'dır. En yaygın olarak kullanılan ikinci yöntem yüzde 14 ile kondomdur. OKs evli kadınların yüzde 5'i tarafından kullanılmaktadır. Bizim polikliniğimize başvuran kadınların en çok tercih ettikleri kontraseptif yöntem Türkiye genelinin aksine %42.89 ile OKs'dir. İkinci sırada %29.18 ile RİA ve üçüncü sırada %27.20 ile kondom yer almaktadır. Türkiye genelinde hormon sözcüğünün olumsuz anlamı ve her gün hap almanın zorluğu nedeniyle OKs'ler az tercih edilen yöntemlerdir. Bizim polikliniğimize başvuran kadınların daha çok hastane personeli olması ve aile planlaması yöntemleri konusunda daha fazla bilgilerinin olması OKs kullanımını tercih etmelerinin nedeni olabilir. EEHK'ler %0.73 ile en az tercih edilen yöntemdir. Bunun nedeni nispeten yeni olmaları ve deneyimin az olması olabilir.

Kontraseptif yöntem seçimi kadının yaşına göre farklılaşmaktadır. Yaş gruplarına göre talep edilen yöntemlere baktığımızda 20-29 yaş grubunda en çok talep edilen kontraseptif yöntemin %43.47 ile OKs olduğu görülmektedir. RİA %29.72 ile ikinci, kondom %25,21 ile üçüncü yöntemdir. EEHK tercihi %1.6 ile en düşüktür. TNSA 2008 verilerine göre Türkiye genelinde bu yaş grubunda en çok tercih edilen kontraseptif yöntem kondom, ikinci tercih edilen yöntem RİA ve üçüncü tercih edilen yöntem OKs'dir (17). Bizim polikliniğimizde kondom desteğinin 2010'da kesilmesi kondomin sıralamadaki yerini değiştirmede etkili olabilir. Ayrıca daha önce de belirtildiği gibi

hasta popülasyonumuzda hastane personelinin fazla olması tercih sıralamasında OKs'leri ön plana taşımış olabilir.

30-39 yaş grubunda tercih oranları değişmekle birlikte sıralama yine aynı kalmıştır. Birinci sırada %39.51 ile OKs, %32.36 ile ikinci sırada RİA ve %27.63 ile üçüncü sırada kondom yer almaktadır. Bu yaş grubunda Türkiye genelinde sıralama RİA, kondom ve OKs şeklindedir (17). Bu yaş grubu kontraseptif yöntem tercihinde daha etkili bir yöntem tercih etme eğiliminde olduğu için RİA en çok tercih edilen yöntem olabilir. Daha öncede belirtildiği gibi bizim polikliniğimizin hasta potansiyeli Türkiye ortalamasından farklı olduğu için tercih sırası da farklıdır. Bu yaş grubu hastalarımızda OKs'lere güvenin diğer yaş gruplarına göre daha az olduğu görülmektedir.

40-49 yaş grubundaki hastalarımızın en çok tercih ettiği kontraseptif yöntem %48 ile OKs olmuştur. Bu grupta kondom %29.33 ile ikinci, RİA %22.67 ile üçüncüdür. Türkiye genelinde ise bu yaş grubunda en çok tercih edilen yöntem RİA, ikinci kondom ve üçüncü tercih OKs'dir. 40-49 yaş grubundaki kadınlar genellikle doğurganlıklarını tamamlamış ve artık çocuk sahibi olmak istemeyen kadınlardır (17,33). Bu nedenle doğru kullanıldığında en etkili yöntemlerden biri olan OKs'i tercih etmiş olabilirler.

ADNKS 2013 sonuçlarına göre Türkiye'de kadınların eğitim düzeyi Batı seviyesinden oldukça geridir (47). Halen ülkemizde erkeklerin %1.4'ü, kadınların ise %6.4'ü okuryazar değildir. Okur-yazar olmamak doğurganlık sayısında artma ve sağlık konusunda daha az bilgili olmakla doğrudan ilişkili olduğu için önemlidir. Antalya okuryazarlık oranının Türkiye ortalamasından yüksek olduğu illerimizden biridir. Antalya'da erkeklerde okur yazarlık oranı %99.5, kadınlarda %2.25'dir. Bu yüksek okuryazarlık Antalya nüfusunun kendi sağlıklarının sorumluluğunu alma ve sağlık sorunları ile başa çıkmayı öğrenmede daha yetkin olabilmelerini sağlayabilir.

Türkiye'de genel nüfusun öğrenim düzeylerine bakıldığında halkın büyük çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu görülür. TÜİK'nun verilerine göre toplam nüfusta ilkokulu bitiren ve daha fazla eğitim almayan kişilerin oranı kadınlar için %34.9, erkekler için %18.75'dir. Yine ADNKS 1013 sonuçlarına göre kadınlarda ortaokulu bitirme oranı %19.8, liseyi bitirme oranı %14.9'dur. Üniversite eğitimi gören kadınların genel kadın nüfusu içindeki oranı ise 9.4'dür. Antalya ilinde kadınların %26.44, ilköğretimi bitiren kadınların oranı %20.21, liseyi bitiren kadınların oranı %16.88; yüksekokul ya da üniversiteyi bitiren kadınların oranı %10.86'dır (47).

ÜS/AP polikliniğine üreme sağlığı hizmeti almak için gelen kadınların eğitim durumlarına baktığımızda okuryazar olmayan kişi oranı %0.88 (n=12), ilkokul mezunu olan kişi oranı %24.13 (n:329), ortaokul mezunu olan kişi oranı %5.20 (n=71); lise mezunu olan kişi oranı %31.08 (n:424) ve üniversite ya da yüksekokul mezunu olan kişi oranı %38.71 (n:528) olarak hesaplanmıştır. Bizim hastalarımızın eğitim durumlarının Türkiye ve Antalya ortalamalarından çok farklı olduğu görülmektedir. Bu farklılığın nedeni polikliniğimizin bir üniversite hastanesi içinde olması ve hastane ve üniversite personeli tarafından kullanılıyor olması olabilir.

Öğrenim durumu kontraseptif yöntem seçimi üzerine etkilidir. Bu anlamda hastalarımızın eğitim düzeylerine göre kontraseptif yöntem seçimleri değerlendirilmiştir. Yüksek okul ve üniversite mezunlarının %34.6'sı RİA, %45.4'ü OKs, %17.7'si kondom ve %2.3'ü EEHK isteminde bulunmuşlardır. Lise mezunlarının %20.2'si RİA, %38.5'i OKs, %41.3'ü kondom isteminde bulunmuştur. İlköğretim mezunlarının %30.4'ü RİA, %40.3'ü OKs, %28.4'ü kondom ve %0.9'u EEHK talebinde bulunmuşlardır. Tüm eğitim düzeylerinde OKs'ler en çok tercih edilen yöntemdir. RİA yüksek okul mezunlarında ve ilköğretim mezunlarında ikinci tercih iken lise mezunlarında üçüncü tercihtir. Bu kaymanın nedeni konusunda yorum yapabilmek için hastalarla konuşmak gerekmektedir. Bu çalışma retrospektif bir çalışma olduğu için bu yapılamamıştır. EEHK'ler en az tercih edilen yöntemdir ancak yüksek okul ve üniversite mezunları ilkokul ve lise mezunlarından daha fazla EEHK tercihi yapmışlardır. Bunun nedeni yüksekokul ve üniversite mezunlarının OKs seçimindeki yükseklikte dikkate alındığında hormonlar ve insan vücudundaki işlevleri konusunda daha fazla bilgiye sahip olmaları ve hormonal kontraseptiflerden daha az çekinmeleri olabilir.

ÜS/AP polikliniğine RİA kontrolü için gelen kadın sayısı 248'dir. RİA kullanan kadınlar ilk uygulamadan bir ay sonra ilk kontrollerine gelirler. Daha sonraki kontroller herhangi bir yakınma olmadıkça yılda bir kez yapılmaktadır. Polikliniğe RİA çıkartılması için gelen kadınların çıkarttırma nedenleri süre dolumu (Cooper T 380 için 10 yıl), çocuk istemi, kanama nedeniyle tolere edememedir. Bir başka neden ise kontroller sırasında RİA'nın servikal kanala kaymasıdır.

Aile hekimlerinin koruyucu hekimlik kapsamında yapmaları gereken görevlerden biri bazı kanserler için taramadır. Ülkemizde serviks kanseri kadınlarda görülen kanserler arasında onuncu sıradadır (150). DSÖ ve Uluslararası Kanser Araştırmaları

Ajansının yürüttüğü Globacan Projesinin 2012 verilerine göre Türkiye’de serviks kanserinden günde 4, yılda ise 1364 ölüm gerçekleşmektedir (150). Serviks kanseri için tarama programlarının başlatılması ile serviks kanseri insidansı ve mortalitesi geçtiğimiz son 50 yılda büyük oranda azalmıştır (150). Bizim polikliniğimizde hem periyodik sağlık muayenesi için gelen kadınlara hem de üreme sağlığı sorunu için başvuran kadınlara son 2 yıl içinde PAP smear yaptırmamışlarsa PAP smear önerilmekte ve kabul eden kadınlara sıvı bazlı PAP smear yapılmaktadır. 2005-2013 yılları arasında toplam 432 kadın servikal kanser için taranmıştır.

ÜS/AP polikliniğine kontraseptif yöntem istemi dışı bir yakınma ile gelen kadınların yapılan değerlendirmelerinde konulan tanılar arasında birinci sırayı %36.1 (n=135) ile vajinitler almaktadır. Kliniğimize vajinal akıntı yakınması ile gelen kadınlarda tanı sendromik yaklaşımla konulmuştur. En sık vajinit nedenleri ise üreme çağındaki kadınlarda vajinal kandidiyazistir (n=87). Bakteriyel vajinozis ikinci en sık nedendir. Atrofik vajinit (n=8) menopoza sonrası kadınlarda gördüğümüz vajinit tipidir.

Pelvik inflamatuvar hastalık ikinci sıklıktaki başvuru nedenidir. PİH cinsel aktif kadınları etkileyen üst genital yolun polimikrobial infeksiyonudur. En sık izole edilen ajanlar N. Gonore ve K. Trakomatistir (148). PİH olan kadınlarda en sık yakınma kasık ağrısı ve vajinal akıntıdır. En sık etyolojik ajanlar ise N. Gonore ve K. Trokamatistir. Ancak PİH olgularının %40 kadarı ise polimikrobialdır (149). PİH tanısında etyolojik ajanın saptanmasının zorluğu nedeni ile mikrobiyolojik tanı için test istenmemiştir. Tanıda PİH için klinik tanı kriterleri kullanılmıştır.

Kronik servisit üçüncü sıradaki tanıdır. Kronik servisit tanısı spekulum kullanılarak yapılan vajinal muayene ile konulan bir tanıdır ve kronik servisiti olan hastaların öykülerinde cinsel ilişki sırasında ağrı, kanama ve kronik alt karın ağrısı yakınmaları sık gördüğümüz yakınmalardır. Kronik servisitlerin en sık nedenleri K. Trakomatistir (144). Klamidya Trakomatis ile infekte hastaların çoğu asemptomatiktir. Semptomu olan hastalarda vajinal akıntı, vajinal kanama, postkoital kanama ve dizüri en sık semptomlardır (144). Bizim kronik servisitli hastalarımız da benzer yakınmalarla başvurmuş ya da rutin kontrol sırasında kronik servisit tanısı konulmuştur.

Menopoz öncesi ve sonrası yakınmalarla başvuran kadınlar kontrasepsiyon istemi dışı başvuruların %11.2’sini oluşturmaktadır. Bu hastalar daha çok menstrüel kanamaların uzun süreli kesilmesi ya da perimenopozal yakınmalarla (terleme, sıcak basması gibi) başvurmuşlardır. Menopoz tanısı NAMS’ın önerileri doğrultusunda

konulmuştur (156). Menopoz bir geçiş dönemidir ve bu dönemdeki kadınların değerlendirilmesi ve sağlıklarının korunması için bazı girişimlerin yapılması önemlidir. Bizim kliniğimizde de menopoz dönemindeki kadınların sağlıklarının korunması için meme kanseri, kolorektal kanser taraması gibi yaşlarına özgün taramalar yanında kemik sağlığını sürdürmek için günde 1000-1500 mg elementer kalsiyum ve 800-1000 İÜ D vitamini almaları, düzenli bedensel etkinlik yapmaları önerilmiştir. Semptomları fazla olan hastalarda hormon replasman tedavisi konusunda bilgilendirme yapılmış ve kardiyovasküler hastalık ve meme kanseri riski düşük kadınlara tercih etmişlerse hormon replasman tedavisi (HRT) başlanmıştır.

Menstruel siklusla ilgili yakınmalar tüm kadınların yaşamlarının bir döneminde karşılaştıkları sorunlardan biridir. Bizim hastalarımızın 34' (%9.1) menstruel düzensizlik, 17'si (%4.5) sekonder amenore, 11'i (%2.9) dismenore yakınmasıyla başvurmuşlardır. Disfonksiyonel uterin kanama nedeni ile başvuran hasta sayımız 4'tür. Bu hastaların çoğunun yönetimi birinci basamakta yapılabilmektedir. Semptomların inatçı olduğu, ektopik gebelik gibi ciddi sorun olduğu düşünülen durumlarda hastaların uzmana sevk edilmesi ve izlenmesi önemlidir.

Pelvik relaksasyon özellikle ikiden fazla vajinal doğum yapmış kadınlarda görülen bir sorundur ve menopoz sonrası dönemde kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen üriner inkontinansa yol açabilmektedir (164,165). S/AP polikliniğinde pelvik relaksasyon tanısı konulan 3 hastadan ikisi üriner inkontinans yakınması ile başvurmuştur. Bu hastalar tedavi için kadın hastalıkları ve doğum kliniğine sevk edilmişlerdir.

Üreme sağlığı/aile planlaması hizmetlerinin etkili bir biçimde sunulması kadın, ocuk ve toplum sağlığını koruduğu için birinci basamak sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiği kabul edilmektedir (18,27). Asistanların ve öğrencilerin kurumda çalışırken bu hizmetleri yerinde izlemesi ve uygulamanın bir parçası olarak algılaması aile planlaması hizmetlerinin kendi günlük rutin pratiklerinde yer almasını sağlamaktadır (27,28).

Ek olarak Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görev yapan diğer araştırma görevlisi arkadaşlarımla bölümümüzde bir S/AP polikliniğinin hizmet veriyor olmasının eğitimimize ve günlük pratiğimize sağladığı tecrübe ve katkıyı sorguladım. Yanıtları aşağıdaki gibidir.

1. Aile planlaması polikliniği uzmanlık eğitimimize çok katkı sağlıyor. Bu hizmeti doğrudan birinci basamağın vermesi gerektiğini düşünüyorum. Danışmanlık hizmeti ve RİA uygulama konularında kendimizi geliştirmemizi sağlıyor. Gerektiği zamanlarda hocalarımız klinik uygulamalarımızı geliştirmemize yardımcı oluyor. Ayrıca koruyucu hizmetler kapsamında da (smear alma) bu poliklinik eğitimimize oldukça katkı sağlıyor.
2. Aile hekimliği bölümünde aile planlaması polikliniğinin olmasının eğitimimize katkısı elbette oluyor. Sahada en çok rastlayacağımız sorunlardan birisi aile planlaması ve bu polikliniğimizde aktif olarak hastalarımıza eğitimci eşliğinde RİA takabiliyoruz. Hastalarımızdan smear alıp serviks kanseri taraması yapabiliyor, kadın genital sistemi ile ilgili şikayetleri olan hastalara genital muayene yapabiliyoruz. Kadın doğum rotasyonunda aldığımız eğitimi dinamik olarak bu poliklinikte devam ettirebiliyoruz. Hasta popülasyonumuzun yarısının kadın olduğunu düşünürsek ve 15-49 yaş arası üreme çağındaki kadınların bu popülasyonda yüksek bir oranda yer aldığını düşünürsek asistanlık eğitimimizde bu polikliniğin yadsınamaz önemini görmüş oluruz. Ben kendi adıma bölümümüzde böyle bir polikliniğin olmasından çok memnunum ve eğitime katkısının büyük olduğunu düşünüyorum.
3. Aile hekimliği eğitime katkı sağladı. Bilgilerimizi güncellememizi sağlıyor. Pratik yapmamızı sağlıyor. Uzman olduktan sonra periferde çalışırken faydalı olacağını düşünüyorum.
4. Aile Hekimliği bölümümüzde ÜS/AP polikliniği bulunması eğitime katkı sağladı. Aile ve kadın sağlığını takip etmenin ve eğitim vermenin birinci basamakta çok önemli olduğunu düşünüyorum.
5. Kesinlikle katkı sağladı. Jinekolojik muayene konusunda kendimizi geliştirmemize faydası oldu. RİA çeşitleri, yan etkileri, uygulama şekli, takibi ile ilgili pratik becerilerimizin gelişmesini sağladı. Var olan bilgilerimizi de yenileyip güncelleme gerekliliği oluşturdu.
6. Aile Hekimliği AD'da mevcut, ÜS/AP polikliniğimizde, bu amaçla hiç hasta bakmadım, dolayısı ile şimdiye kadar bu yönde eğitime bir katkısı olduğunu söyleyemem.

Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunu tamamlamış olarak izlenimlerim;

- a.* Polikliniğimizde verilmekte olan bu hizmetten halkın büyük kısmının haberinin olmadığı,
 - b.* Konunun hassasiyeti nedeniyle özellikle erkek hekimlerin, hasta kabulünde mutlaka kadın yardımcı sağlık personeli bulundurması gerektiği,
 - c.* Uygun şartlar sağlandığı takdirde, bizim polikliniğimizde de aile planlaması ve üreme sağlığı açısından kolaylıkla hizmet verilebileceğini söyleyebilirim.
7. Katkı sağladığını düşünüyorum. Aldığımız RİA eğitimini pekiştirme şansımız oldu. Hastalara aile planlaması ile ilgili danışmanlık vererek kendimizi geliştirme olanağı bulduk. Bunların yanı sıra enfeksiyonları tanıma, tedavi etme konusunda da bilgilerimizi arttırdık.
8. Üreme sağlığı polikliniğinin eğitimimize katkısı olduğunu düşünüyorum. Teorik olarak bildiklerimizi, sahada da kullanabilme ve pratik yapabilme konusunda faydalı olduğunu düşünüyorum.

6. SONUÇLAR

- a. Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında ÜS/AP polikliniğine toplam 2591 kadın başvurmuştur. Kadınların ortalama yaşı 38 ± 20 'dir. Kadınların %52.64'üne bir kontraseptif yöntem verilmiştir. Geri kalan %47.36'sı kontrol ya da bir yakınma ile başvurmuştur.
- b. Kadınların %0,38'i 20 yaş altında, %30.30'u 20-29 yaş, %36.90'u 30-39 yaş, %24,98'i 40-49 yaş aralığındadır. 50 yaş üzeri kadınların oranı %7,44'dür.
- c. Kontraseptif yöntem talebiyle başvuran kadınların tüm yaş aralıklarında en sık tercih ettikleri yöntem OKs olmuştur (%42,89).
- d. Öğrenim durumlarına göre aldıkları kontraseptif yöntemlerin yüzde dağılımı RİA, OKs, kondom, EEHK için sırasıyla yüksekokul/üniversite mezunlarında %34.6, %45.4, %17.7, %2.3, lise mezunlarında %20.2, %38.5, %41.3, %0, ilköğretim 1 ve 2 mezunlarında %30.4, %40.3, %28.4, %0.9 idi.
- e. ÜS/AP Polikliniğine kontraseptif yöntem talebi dışında başvuruların en sık nedenleri; ürogenital sistemle ilgili yakınmalar, kontraseptif yöntem sonrası izlem danışmanlığı, menopoza dair yakınmalar ve serviks kanseri taramasıdır.
- f. Menopoz öncesi ve sonrası yakınmalarla başvuran kadınlar kontrasepsiyon istemi dışı başvuruların %11.2'sini oluşturmaktadır. Bu hastalar daha çok menstruel kanamaların uzun süreli kesilmesi ya da perimenopozal yakınmalarla (terleme, sıcak basması gibi) başvurmuşlardır.
- g. Öğrenim durumu kontraseptif yöntem seçimi üzerinde etkilidir. EEHK'ler %0.73 ile en az tercih edilen yöntem olmakta birlikte yüksekokul ve üniversite mezunları tarafından ilkokul ve lise mezunlarına göre daha fazla tercih edilmiştir.
- h. Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda ÜS/AP polikliniğinin olması araştırma görevlilerinin Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunda öğrendiklerini pekiştirmelerine yardımcı olmuş ve AP hizmetlerinin Aile Hekimliği'nin bir parçası olarak algılanmasını sağlamıştır.

7. ÖZET

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Üreme Sağlığı / Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi

Bu tez çalışmasının amacı; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Üreme Sağlığı/Aile Planlaması (ÜS/AP) Polikliniğine başvuran kadınların niteliklerini ve aldıkları sağlık hizmetleri tipini değerlendirmektir.

1 Ocak 2005 ile 31 Aralık 2014 tarihleri arasında Aile Hekimliği AD ÜS/AP Polikliniğine başvuran kadınların listesi kaydedildikleri poliklinik defterinden taranmıştır. Yaşları, öğrenim durumları, aldıkları tanı ya da aile planlaması yöntemleri retrospektif olarak derlenmiştir.

Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında ÜS/AP polikliniğine toplam 2591 kadın başvurmuştur. Kadınların ortalama yaşı 38 ± 20 'dir. Kadınların %52.64'üne bir kontraseptif yöntem verilmiştir. Geri kalan %47.36'sı kontrol ya da bir yakınma ile başvurmuştur. Kadınların %0,38'i 20 yaş altında, %30.30'u 20-29 yaş, %36.90'u 30-39 yaş, %24,98'i 40-49 yaş aralığındadır. 50 yaş üzeri kadınların oranı %7,44'dür. Kontraseptif yöntem talebiyle başvuran kadınların tüm yaş aralıklarında en sık tercih ettikleri yöntem OKs olmuştur (%42,89). Öğrenim durumlarına göre aldıkları kontraseptif yöntemlerin yüzde dağılımı RİA, OKs, kondom, EEHK için sırasıyla yüksekokul/üniversite mezunlarında %34.6, %45.4, %17.7, %2.3, lise mezunlarında %20.2, %38.5, %41.3, %0, ilköğretim 1 ve 2 mezunlarında %30.4, %40.3, %28.4, %0.9 idi. ÜS/AP Polikliniğine kontraseptif yöntem talebi dışında başvuruların en sık nedenleri; ürogenital sistemle ilgili yakınmalar, kontraseptif yöntem sonrası izlem danışmanlığı, menopoza dair yakınmalar ve serviks kanseri taramasıdır.

Polikliniğimize başvuran kadınların en çok tercih ettikleri yöntem Türkiye genelinin aksine %42.89 ile OKs'lerdir. Öğrenim durumu kontraseptif yöntem seçimi üzerinde etkilidir. EEHK'ler %0.73 ile en az tercih edilen yöntem olmakta birlikte yüksekokul ve üniversite mezunları tarafından ilkokul ve lise mezunlarına göre daha fazla tercih edilmiştir. Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda ÜS/AP polikliniğinin olması araştırma görevlilerinin Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunda öğrendiklerini pekiştirmelerine yardımcı olmuş ve AP hizmetlerinin Aile Hekimliği'nin bir parçası olarak algılanmasını sağlamıştır.

Anahtar sözcükler: Üreme sağlığı, aile planlaması, kontraseptif yöntem, Aile Hekimliği

8. ABSTRACT

The Evaluation of Female Patients Admitted to Akdeniz University Faculty of Medicine, Family Medicine Department Reproductive Health / Family Planning (RH / FP) Clinic

The aim of this study is to evaluate the characteristics and types of health care services received by females who presented to Akdeniz University Faculty of Medicine, Family Practice Department Reproductive Health / Family Planning (RH / FP) Clinic.

The list of females who presented to the Family Practice Department RH/FP Clinic between 1 January 2005 and 31 December 2014 was scanned from clinic register book. Each woman's age, educational background, diagnosis, and family planning methods were collected retrospectively.

A total of 2591 females presented to RH/FP Clinic during the study's date range. The average age was 38 ± 20 years old. In total, 52.64% were given some form of contraceptive. The rest of them (47.36%) presented for check out or due to a complaint. Only 0.38% of the women were under 20 years old, while 30.30% were between 20-29 years old, 36.90% were between 30-39 years old, and 24.98% were between 40-49 years old. Finally, 7.44% were over 50 years old. The preferred contraceptive was oral contraceptive pills among females in all age ranges, requested by 42.89% of them. The percentages for each contraceptive method according to educational background were 34.6%, 45.4%, 17.7%, 2.3% among college/university graduates; 20.2%, 38.5%, 41.3%, 0% among high school graduates; and 30.4%, 40.3%, 28.4%, 0.9% among graduates of primary school grade level 1 and 2 for intra-uterine devices intra-uterine devices, oral contraceptive pills, condom, and injectable hormonal contraceptives, respectively. The most common reasons for women to present to the RH/FP Clinic other than contraceptive demand were complaints related to urogenital system, follow-up counseling after using a contraceptive, complaints related to menopause, and cervical cancer screening.

The preferred contraceptive of females presenting to our clinic was oral contraceptive pills, used by 42.89%. Educational background has an effect on the choice of contraceptive. Injectable hormonal contraceptives was the least preferred method with 0.73%, but it was preferred more in college and university graduates compared to primary school and high school graduates.

The presence of the RH/FP Clinic in the Family Practice Department helps researchers to consolidate what they learn during the Obstetrics and Gynecology rotation and provides FP services that are perceived to be a part of Family Practice medicine.

Key words: Reproductive health, family planning, contraceptive method, Family Practice.

9. KAYNAKLAR

1. Akdur R. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslaması. Ankara: 1999. (Güncelleme 2005).
2. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Ankara: Damla Matbaası; 1997.
3. 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.
4. Akın A. Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu 2012; 306-62.
5. World Health Organization: Reproductive health. [Online]. http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/. Erişim tarihi: 13.06.2014.
6. Creel LC, Sass JV, Yinger NV. Overview of Quality of Care in Reproductive Health: Definitions and Measurements of Quality. New Perspectives on Quality of Care, Population Reference Bureau 2002; No. 1.
7. World Health Organization. 10 facts on maternal health. [Online]. http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/en/. Erişim tarihi: 13.06.2014.
8. Population Institute. Maternal and Child Health. [Online]. http://www.populationinstitute.org/external/files/Fact_Sheets/maternal_and_child_health.pdf. Erişim tarihi: 13.06.2014.
9. UNFPA Türkiye, Üreme Sağlığı. [Online]. <http://www.unfpa.org.tr/v2/pages/uereme-sagligi.php>. Erişim tarihi: 13.06.2014.
10. WHO Estimates of DALYs by sex, cause and WHO mortality sub- region. [Online]. <http://www.who.int/whosis/en/>. Erişim tarihi: 13.07.2014.
11. Lule E, Singh S, Chowdhury SA. Fertility Regulation Behaviors and Their Costs Contraception and Unintended Pregnancies in Africa and Eastern Europe & Central Asia. The International Bank for Reconstruction and Development. Washington DC 2007.
12. UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP). Highlights of 2012, World Health Organization 2013.
13. WHO, Department of Making Pregnancy Safer (MPS), Department of Reproductive Health and Research (RHR). Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva 2005. World Health Organization 2007.
14. Smith R, Ashford L, Gribble J, Clifton D. Family Planning Saves Lives. 4th edition. Washington DC: Population Reference Bureau 2009.

15. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Fertility Report 2009, United Nations Publication 2011.
16. Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun (2827 Sayılı Kanun), 27 Mayıs 1983 tarih ve 18059 Sayılı Resmi Gazete.
17. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması. TNSA 2008.
18. World Health Organization, Sexual and reproductive health: Core competencies in primary care. Italy: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2011.
19. Ketting E, Esin A. Integrating sexual and reproductive health in primary health care in Europe: position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care* 2010; 18: 269–82.
20. Lush L, Cleland J, Walt G, Mayhew S. Integrating reproductive health: myth and ideology. *Bulletin of the World Health Organization* 1999; 77(9): 771-7.
21. Wood S, Goldberg D, Beeson T, Bruen B. Health Centers and Family Planning: Results of a Nationwide Study. 2013. [Online] http://www.rchnfoundation.org/wpcontent/uploads/2013/04/Health_Centers_and_Family_Planning-final-1.pdf. Erişim tarihi: 13.09.2014.
22. Steinauer J, LaRochelle F, Rowh M, Backus L, Sandahl Y, Foster A. First impressions: what are preclinical medical students in the US and Canada learning about sexual and reproductive health? *Contraception* 2009; 80: 74-80.
23. Pace LE, Cohen L, Schwartz EG. Contraception in Primary Care — Embracing the Institute of Medicine Challenge. *N Engl J Med* 2011; 22; 365(25): 2438-9.
24. McWhinney IR, Freeman T. Aile Hekimliğinin ilkeleri. In: Aile Hekimliği. Güldal D, çeviri ed. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık 2012; 11-30.
25. Institute of Medicine. Clinical preventive services for women: closing the gaps. Washington, DC: National Academies Press 2011.
26. Improving the Performance of Primary Providers in Family Planning and Reproductive Health. Results and Lessons Learned from the PRIME II Project, 1999-2004. [Online]. <http://www.prime2.org/prime2/pdf/PRIME%20II%20Final%20Report.pdf>. Erişim tarihi: 20.11.2014.
27. Schwarz EB, Parisi SM, Williams SL, Shevchik GJ, Hess R. Promoting Safe Prescribing in Primary Care With a Contraceptive Vital Sign: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med* 2012; 10: 516-22.
28. WHO/RHR, WHO/MPS. Introducing WHO's sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes. Principles and processes of adaptation and implementation. World Health Organization 2007. [Online] http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.9_eng.pdf. Erişim tarihi: 16.11.2014.

29. United Nations, Report of the International Conference on Population and Development. Cairo 5-13 September. United Nations Publication. Sales No: 95.XIII.18. New York 1995.
30. Defining sexual health: Report of technical consultation on sexual health. 28-31 January 2002, Geneva, World Health Organization 2006. [Online]. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf. Erişim tarihi: 16.11.2014.
31. World Health Organization. 10 facts on maternal health. [Online]. http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/en/. Erişim tarihi: 13.06.2014.
32. World Health Organization. Maternal mortality. Fact sheet No:348. Update 2014. [Online]. <http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs348/en/>. Erişim tarihi: 13.06.2014.
33. Akın A, Üner S, Arslan ŞA, Yıldırım N, Aslan D, Erdost T, ve ark. Kadının statüsü ve Sağlıkla ilgili gerçekler. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara: Afşaroğlu Matbaası 2008.
34. Lightbourne R Jr, Singh S, Green CP. The World Fertility Survey: charting global childbearing. *Popul Bull* 1982; 37(1): 1-55.
35. World Health Organization. Adolescent Pregnancy. Fact sheet No:364. Update 2012. [Online]. <http://www.who.int/mediacenter/factfiles/fs364/en/>. Erişim tarihi: 13.06.2014.
36. World Health Organization, WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes. Among Adolescents in Developing Countries 2011. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. [Online] http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 16.11.2014.
37. World Health Organization. Women's health. Fact sheet No:334. Update 2013. [Online]. <http://www.who.int/mediacenter/factfiles/fs334/en/>. Erişim tarihi: 13.06.2014.
38. World Health Organization. Sexually Transmitted infection (STIs). Fact sheet No:110. Update 2013. [Online]. <http://www.who.int/mediacenter/factfiles/fs110/en/>. Erişim tarihi: 13.06.2014
39. Ensuring Human Rights within contraceptive programmes. A human Right analysis of existing quantitative indicators. World Health Organization 2006. [Online]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126799/1/9789241507493_eng.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 16.11.2014.
40. Shaw D, Cook RJ. Applying human rights to improve access to reproductive health services. *Int J Gynecol Obst* 2012; 119: 55-9.
41. Akın A, Üner S, Arslan ŞA, Yıldırım N. Kadının statüsü ve sağlıkla ilgili gerçekler. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Afşaroğlu Matbaası, Ankara 2008.
42. Determinants and Consequences of High Fertility 2010: A Synopsis of the Evidence. [Online]. <http://www.worldbank.org/hnppublications>. Erişim tarihi: 13.06.2014.

43. d'Addio AC, d'Ercole MM. Trends And Determinants of Fertility Rates in OECD Countries: The Role Of Policies. OECD Social, Employment And Migration Working Papers No. 27, 2005. [Online]. <http://www.oecd.org/social/family/35304751.pdf>. Erişim tarihi: 16.11.2014.
44. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010) Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
45. Basu D, De Jong R. Son targeting fertility behavior: Same consequences and determinants. *Demography* 2010; 47: 521-36.
46. Guttmacher Institute. Measuring the impact of contraceptive use on unintended pregnancy and other health outcomes. [Online]. http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2014STEPUP_MeasuringImpact.pdf. Erişim tarihi: 13.07.2014
47. Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2013, Haber Bülteni 2014; 15974.
48. World Health Organization. Populasyon Dynamics and reducing maternal mortality. [Online]. http://www.un.org/esa/population/publications/PopAspectsMDG/09_WHO.pdf. Erişim tarihi 13.07.2014.
49. Ronsmans C, Graham WJ. On behalf of The Lancet Maternal Survival Series Steering Group Maternal Mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 2006; 368: 1189–200.
50. Sonneveldt E, De Cornier Plusky W, Stover J. Linking high parity and maternal and child mortality: what is the impact of lower health service coverage among higher order births? *BMC Public Health* 2013; 13(supl3): 57-64.
51. Andersen A-MN, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ* 2000; 320: 1708-13.
52. Bhutta ZA, Cabral S, Chan C, Keenan WJ. Reducing maternal, newborn, and infant mortality globally: An integrated action agenda. *Int J Gynecol and Obstet* 2012; 119: 13–7.
53. Davanzo J, Razzaque A, Rahman M, Hale L. The Effects of Birth Spacing on Infant and Child Mortality, Pregnancy Outcomes, and Maternal Morbidity and Mortality in Matlab, Bangladesh. *Rand Labor and Population* 2014.
54. Klerman LV, Cliver SP, Goldenberg RL. The Impact of Short Interpregnancy Intervals on Pregnancy Outcomes in a Low-Income Population. *Am J Public Health* 1998; 88(5): 1182-5.
55. Potts M, Henderson CE. Improving Reproductive Health: Global warming and reproductive health. *Int J Gynecol Obstet* 2012; 119: 64–7.

56. Stover J, Ross J. How Increased Contraceptive Use has Reduced Maternal Mortality. *Matern Child Health J* 2010; 14: 687–95.
57. Stover J, Ross J. Changes in the distribution of high-risk births associated with changes in contraceptive prevalence. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): 4.
58. von Dadelszen P, Ansermino JM, Dumont G, Hofmeyr GJ, for the PRE-EMPT (PRE-eclampsia-Eclampsia Monitoring, Prevention and Treatment) Group. Improving Maternal Health: Improving maternal and perinatal outcomes in the hypertensive disorders of pregnancy: A vision of a community-focused approach. *Int J Gynecol Obstet* 2012; 119: 30–4.
59. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm istatistikleri 2013. TÜİK Haber Bülteni 2011: 16050.
60. Campbell OMR, Graham WJ. On behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what Works. *Lancet* 2006; 368: 1284–99.
61. Hunt P, De Mesquita JB. European Union and the United Nations Population Fund (UNFPA). Reducing Maternal Mortality The contribution of the right to the highest attainable standard of health. [Online]. http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/reducing_mm.pdf. Erişim tarihi: 16.11.2014.
62. Erdal İ. Ülkü Mecmuasına Göre Erken Cumhuriyet Dönemi Nüfus Politikası (1923–1938). Ankara Üniversitesi Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü. *Atatürk Yolu Dergisi* 2011; 48: 779-91.
63. Doğan M. Türkiye’de uygulanan Nüfus politikalarına genel bakış. *Marmara Coğrafya Dergisi* 2011; 23: 293-307.
64. Semiz Y. 1923–1950 Döneminde Türkiye’de Nüfusu Arttırma Gayretleri ve Mecburi Evlendirme Kanunu (Bekârlık Vergisi). *Türkiyat Araştırmaları Dergisi* 2010; 27: 423-69.
65. Oktay EY. Türkiye’de Cumhuriyet’in ilanından günümüze uygulanan nüfus politikaları. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi* 2013; 5(7): 31-54.
66. Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P. Türkiye’nin Demografik Dönüşümü. Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler 1968-2008.
67. TC Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye’de Aile Yapısı Araştırması 2011, Ankara, 2014.
68. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Bölüm 11–18, 3. Basım, Cilt II. Ankara: Damla Matbaacılık, Reklâmcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şirketi 2000; 311-561.
69. Planned Parenthood Federation of America, A history of Birth Control Methods. [Online] www.plannedparenthood.org. Erişim tarihi: 10.07.2014.
70. Quarini CA. History of contreception. *Women’s Health Medicine* 2005; 2(5): 28-30.
71. Li RHW, Lo SST. Evolutionary Voyage of Modern Birth Control Methods. *HKJGOM* 2005; 5: 40-5.

72. Evans ML. A desire to control: contraception throughout the ages. *Historia Medicine* 2008; 1(1): 1-4.
73. Valdiserri RO. Cum hastis sic clypeatis: The turbulent history of the condom* *Bull NY Acad Med* 1988; 64(3): 237-46.
74. Glasier A. Historical perspective, Contraception-past and future. *Nature Cell Biology & Nature Medicine*. [Online]. www.nature.com/fertility. Erişim tarihi: 10.07.2014.
75. Potts M, Campbell M. History of Contraception *Glob. libr. women's med*, (ISSN: 1756-2228) 2009; DOI 10.3843/GLOWM.10376.
76. Family Planning Association. Contraception: Past, present and future. Fact sheet 2010. [Online]. <http://www.fpa.org.uk/factsheets/contraception-past-present-future>. Erişim tarihi: 10.07.2014.
77. Thompson KMJ. A Brief History of Birth Control in the US. [Online]. <http://www.ourbodiesourselves.org/health-info/a-brief-history-of-birth-control/>. Erişim tarihi: 10.07.2014.
78. Allen RE. Diaphragm Fitting. *Am Fam Physician* 2004; 69: 97-100.
79. Johnson BA. Insertion and Removal of Intrauterine Devices. *Am Fam Physician* 2005; 71: 95-102.
80. 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: 10.07.2014
81. Kogan P, Wald M. Male contraception, history and development. *Urol Clin North Am* 2014; 41(1): 145-61.
82. Samra-Latif OM, Lucidi RC. Contraception. *Emedicine,medscapes*. [Online]. <http://emedicine.medscape.com/article/258507-overview#showall>. Erişim tarihi: 10.07.2014.
83. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs and World Health Organization, Family Planning: A Global Handbook For Providers, 2011. [Online]. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en. Erişim tarihi:10.07.2014.
84. 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.
85. Lesnewski R, Prine L. Initiating Hormonal Contraception. *Am Fam Physician* 2006; 74: 105-12.
86. Scott T. Same-Day Initiation of Hormonal Contraceptives. *Am Fam Physcian* 2009; 80(7): 690-1.
87. Roederer MW, Blackwell J, Blenning C. Risks and benefits of combination contraception. *Am Fam Physician* 2006; 74(11): 1915-6.

88. Armstrong C. ACOG Guidelines on Noncontraceptive Uses of Hormonal Contraceptives. *Am Fam Physician* 2010; 82(3): 294-5.
89. Baar NG. Managing Adverse Effects of Hormonal Contraceptives. *Am Fam Physician* 2010; 82(12): 1499-506.
90. Fehr AD, Mounsey A, Yates JE, Flake D. Cardiovascular Risks of Combined Oral Contraceptive Use. *Am Fam Physician* 2012; 86(12): online
91. Stegeman BH, Rosendaal FR, 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.
92. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed, Geneva: World Health Organization 2010.
93. Bonnema RA, McNamara MC, Spencer AL. Contraception Choices in Women with Underlying Medical Conditions. *Am Fam Physician* 2010; 82(6): 621-8.
94. Randel A. CDC Updates Recommendations for Contraceptive Use in the Postpartum Period. *Am Fam Physician* 2011; 84(12): 1421-4.
95. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Progestogen-only Injectable Contraception. [Online]. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceProgestogenOnlyInjectables09.pdf>. Erişim tarihi: 10.07.2014.
96. Kaunitz AM. Injectable Long-Acting Contraceptives. *Clin Obstet Gynecol* 2001; 44(1): 73-91.
97. Bhathena RK. The long-acting progestogen-only contraceptive injections: an update. *BJOG* 2001; 108(1): 3-8.
98. 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.
99. Hall PH. New once-a-month injectable contraceptives, with particular reference to Cyclofem/Cyclo-Provera. *Int J Gynecol Obstet* 1998; 62(1): 43-56.
100. United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children 2012. Contraceptive Commodities for Women's Health. [Online] https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/images/publications/2012/UN%20Commission_%20FP%20Synthesis_%20Final%2019%20March%202012.pdf. Erişim tarihi:10.07.2014.
101. DHMH/FHA/CMCH Maryland Family Planning & Reproductive Health Program Clinical Guidelines. Transdermal Contraceptive Patch – Revised 4/15/2012
102. 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.

103. Vranic E, Delic T. Intrauterine devices – past, present and future perspectives. *Farm Vestn* 2006; 57: 14-24.
104. World Health Organization, UNFPA, UNAIDS and FHI, 2011 The TCU380A Intrauterine Contraceptive Device (IUD): Specification, Prequalification and Guidelines for Procurement, 2010. [Online]. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/procurement/07_resources/IUDbook_final_wlinks_042911.pdf. Erişim tarihi: 10.07.2014.
105. 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.
106. Use of the Mirena, LNG-IUS and Paragard, CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Society of Family Planning / Contraception*. 2010
107. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Van Vliet HAAM, Stanwood NL. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010;5. Art. No.: CD003036.
108. 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: 145–53.
109. 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: 150–5.
110. 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: 10.07.2014.
111. Silveira GH, De Oliveira MAP, Crispi CP, Lamblet M. Permanent Female Sterilization. *Bras. J. Video-Sur* 2010; 3(4): 200-8.
112. Baill IC, Cullins VE, Pati S. Counseling Issues in Tubal Sterilization. *Am Fam Physician* 2003; 67: 1287-94.
113. Dassow P, Bennett JM. Vasectomi: An Update. *Am Fam Physician* 2006;74(12): 2069-74.
114. Family Planning Association. your guide to natural family planning. [Online]. www.fpa.org.uk. Erişim tarihi: 15.08.2014.
115. Smoley BA, Robinson CM. Natural Family Planning. *Am Fam Physician* 2012; 86(10): 924-8.
116. Pallone SR, Bergus GR. Fertility Awareness-Based Methods: Another Option for Family Planning. *J Am Board Fam Med* 2009; 22: 147–57.
117. Weismiller DG. Emergency Contraception. *Am Fam Physician* 2004; 70: 707-14.

118. Association of Reproductive Health Professionals. Update on Emergency Contraception. [Online]. <http://www.arhp.org/uploadDocs/CPECUpdate.pdf>. Erişim tarihi: 15.08.2014.
119. 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]. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/081022FIGO.pdf. Erişim tarihi: 15.08.2014.
120. Armstrong C. ACOG Recommendations on Emergency Contraception. *Am Fam Physician* 2010; 82(10): 1278.
121. Agency for Health Care and Quality. Primary Care Management of Abnormal Uterine Bleeding. [Online]. www.effectivehealthcare.ahrq.gov. Erişim tarihi: 15.08.2014.
122. Rowe T. Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women. *J Obstet Gynaecol Can* 2013; 35(supl 5): 473-9.
123. Hauk L. ACOG Releases Guidelines on Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated with Ovulatory Dysfunction. *Am Fam Physician* 2014; 89(12): 987-8.
124. Farrel E. Dysfunctional uterine bleeding. *Australian Family Physician* 2004; 33(11): 906-9.
125. Behera MA, Dysfunctional Uterine Bleeding. [Online]. <http://emedicine.medscape.com/article/257007-overview#aw2aab6b2b5> Erişim tarihi: 13.6.2014.
126. 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.
127. Calis KA. Dysmenorrhea. [Online]. <http://emedicine.medscape.com/article/253812-overview#showall>. Erişim tarihi: 13.08.2014
128. Osayande AS, Mehulic S. Diagnosis and Initial Management of Dysmenorrhea. *Am Fam Physician* 2014; 89(5): 341-6.
129. Latthe P, Champaneria R, Khan K. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician* 2012; 85(4): 386-7.
130. Rucidi RS. Polycystic Ovarian Syndrome. [Online]. <http://emedicine.medscape.com/article/256806-overview#a0101>. Erişim tarihi: 13.6.2014.
131. Boyle J. Polycystic ovary syndrome: An update *Australian Family Physician* 2012; 41(10): 752-57.
132. Macut D, Pfeifer M, Yildiz BO, Diamanti-Kandarakis E (eds): Polycystic Ovary Syndrome. Novel Insights into Causes and Therapy. *Front Horm Res*. Basel Karger 2013; 40: 1–21.
133. 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.
134. Mitchel H. ABC of sexually transmitted infections. Vaginal discharge—causes, diagnosis, and treatment. *BMJ* 2004; 328: 1306-9.

135. Spence D, Melville C. Vaginal discharge. *BMJ* 2007; 335: 1147-51.
136. Sherrard J, Donders G, White D. 2011 European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge. [Online]. http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2011/Euro_Guidelines_Vaginal_Discharge_2011.Intl_Jrev.pdf. Erişim tarihi: 13.08.2014.
137. FFPRHC and BASHH Guidance. 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.
138. CDC, Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010; 59(RR-12): 1-110.
139. Reed BD. Vajinit. In: Aile Hekimliğinin İlkeleri. ed. Sloane PD et al. Çev. Ed. Yaman H. İstanbul Sigma Yayıncılık 2008; 527-41.
140. Gor HB. Vaginitis. [Online]. <http://emedicine.medscape.com/article/257141-overview>. Erişim tarihi: 13.08.2014.
141. Owen MK, Clenney TL. Management of Vaginitis. *Am Fam Physician* 2004; 70: 2125-32.
142. Hainer BL, Gibson MV. Vaginitis: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician* 2011; 83(7): 807-15.
143. SOGC. Clinical Practice Guideline, Screening and Management of Bacterial Vaginosis in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2008; 30(8): 702-8.
144. Mishori R, McClaskey EL, Winklerprins VJ. Chlamydia Trachomatis Infections: Screening, Diagnosis, and Management. *Am Fam Physician* 2012; 86(12): 1127-32.
145. Mayor MT, Roett MA, Uduhiri KA. Diagnosis and Management of Gonococcal Infections. *Am Fam Physician* 2012; 86(10): 931-8.
146. Wong B. Gonorrhea. [Online]. <http://emedicine.medscape.com/article/218059-overview>. Erişim tarihi: 13.08.2014.
147. Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010: Oral Cephalosporins No Longer a Recommended Treatment for Gonococcal Infections. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012; 61: 590-4.
148. Shepherd SM. Pelvic Inflammatory Disease. [Online]. <http://emedicine.medscape.com/article/256448-overview>. Erişim tarihi: 13.08.2014.
149. Gradison M. Pelvic Inflammatory Disease. *Am Fam Physician* 2012; 85(8): 791-6.
150. Gültekin M, Boztaş G. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere İstatistikleri 2014. [Online]. www.thsk.saglik.gov.tr. Erişim tarihi: 13.08.2014.
151. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012. [Online]. <http://globocan.iarc.fr/ia/world/atlas.html> Erişim tarihi: 13.08.2014.

152. ACOG release s guidelines on servical cancer screening. Am Fam Physician 2013; 88(11): 776-7.
153. Fontaine PL, Saslow D, King VJ. ACS/ASCCP/ASCP Guidelines for the Early Detection of Cervical Cancer. Am Fam Physician 2012; 86(6): 505-7.
154. Peirson L, Fitzpatrick –Lewis D, Ciliska D, Warren R. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. Systematic Reviews 2013; 2: 35.
155. Özcan H, Oskay Ü. Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. Göztepe Tıp Dergisi 2013; 28(4): 157-63.
156. Coney P. Menopause. [Online]. <http://emedicine.medscape.com/article/264088-overview#showall>. Erişim tarihi: 19.09.2014.
157. Burns EA, Parent-Stevens L. Menstruel sendromlar. Aile hekimliğinin temelleri içinde ed. Sloan PD et al. Çev. Ed. Yaman H. İstanbul Sigma Yayıncılık 2008; 437-54.
158. Hill DA, Hill SR. Counseling Patients About Hormone Therapy and Alternatives for Menopausal Symptoms. Am Fam Physician 2010; 82(7): 801-7.
159. Hauk L. ACOG Releases Clinical Guidelines on Management of Menopausal Symptoms. Am Fam Physician 2014; 90(5): 338-40.
160. Abramson BL. While hormone therapy unlikely harmful in younger postmenopausal women at low CV risk, protective effects cannot be claimed. Evid Based Med 2013; 18(5): 176-7.
161. Turhan NÖ, Simavlı S, Gümüş İİ. Postmenopozal Hormon Tedavisi Kardiyovasküler Hastalık Riskini Azaltıyor mu? Yeni Tıp Dergisi 2010; 27: 76-9.
162. Parvathy M, Sibbritt DW, Adams J. The use of herbal medicines for the treatment of menopausal symptoms, A pilot study of women attending general practice. Australian Family Physician 2004; 33(11): 955-6.
163. French L, Abbott C. Menopoz dönemindeki kadınlarda sağlığın korunması. In: Aile Hekimliğinin Temelleri. Ed. Sloan PD et al. Çev. Ed. Yaman H. İstanbul Sigma Yayıncılık 2008; 455-68.
164. Lazarou G. Pelvic organ prolapse. [Online]. <http://emedicine.medscape.com/article/276259-overview>. Erişim tarihi:19.09.2014.
165. Dietz HP, Bennett MJ. The Effect of Childbirth on Pelvic Organ Mobility. Obstet Gynecol 2003; 102: 223–8.