

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HAYDARPAŞA NUMUNE
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ
KOORDİNATÖR: DR. REFİK DEMİRTUNÇ

**MENSTRÜEL REGÜLASYON SONRASI SEÇİLEN
KONTRASEPTİF YÖNTEMİN BİR YIL SONRAKİ
DEVAMLILIĞI**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Rabia SENGER

Tez Danışmanı: Doç. Dr. E. Zeynep VURAL TUZCULAR

İSTANBUL-2007

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	ii
TABLOLARIN DİZİNİ.....	iii
KISALTMALAR.....	vii
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
TARİHÇE.....	4
- KONTRASEPTİF YÖNTEMLERİN TARİHÇESİ	
- İSTEMLİ DÜŞÜĞÜN TARİHÇESİ	
GENEL BİLGİLER.....	9
- KONTRASEPTİF YÖNTEMLER	
- DÜŞÜK	
- İSTEYEREK DÜŞÜK YÖNTEMLERİ	
MATERYAL-METOD.....	43
BULGULAR.....	44
TARTIŞMA.....	77
SONUÇ.....	86
ÖZET	89
KAYNAKLAR.....	91

ÖNSÖZ

Bu çalışma, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Aile Hekimliği uzmanlık tezi olarak hazırlanmıştır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince; değerli katkı ve desteklerinden dolayı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimini Prof. Dr. Yusuf Özertürk ve uzmanlık eğitimim süresince başhekimlik yapmış olan Prof. Dr. Suphi Acar ve Doç. Dr. Mücahit Görgeç'e saygularımı sunarım.

Aile Hekimliği koordinatorümüz ve 3. Dahiliye Klinik Şefi Dr. Refik Demirtunç'a ve uzmanlık eğitimim başlangıcında Aile Hekimliği Koordinatörü olan Kadın Hastalıkları-Doğum Klinik Şefi Prof. Dr. Tuncay Küçüközkan'a gösterdikleri ilgi ve desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğinde hazırladığım uzmanlık tezimin danışmanlığını yapan Doç. Dr. E. Zeynep Vural Tuzcular'a, tezimin her aşamasında yakın ilgi ve desteklerini esirgemeyen Uz. Dr. Işık Gönenç'e, aynı zamanda eğitimime buldukları katkılardan dolayı en içten teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık eğitimim süresince katkıda bulunan 2. Cerrahi Klinik Şefi Doç. Dr. Neşet Köksal'a, 3. Dahiliye Klinik Şefi Dr. Refik Demirtunç'a, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi Doç. Dr. Ömer Ceran'a, Psikiyatri Klinik Şefi Mecit Çalışkan'a, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi Dr. Gültekin Köse'ye, teşekkür ederim.

Asistanlığım süresince uyum içinde çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, hemşire arkadaşlarıma ve tüm sağlık personeline teşekkür ve sevgilerimi sunarım.

Bugünlere ulaşmamda hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan aileme verdikleri sevgi, destek, güven ve moral için gönülden teşekkür ederim.

Tüm beraberliğimiz boyunca bana verdiği destek ve gösterdiği sabır için, her türlü zorluğu benimle paylaştığı için, asistanlık hayatımı kolaylaştırdığı için sevgili eşim Dr. Aziz Serkan SENGİR'e en içten sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

TABLoların DİZİNİ

- Tablo 1.** Medikal Ve Cerrahi Düşüğün Özellikleri (s.39)
- Tablo 2.** Çeşitli Cerrahi Düşük Tekniklerinin Olumlu Ve Olumsuz Yanları (s.42)
- Tablo 3.** MR yaptıranların yaş gruplarına göre dağılımı (s.44)
- Tablo 4.** MR yaptıranların sosyal güvencelerine göre dağılımı (s.45)
- Tablo 5.** MR yaptıranların medeni durumlarına göre dağılımı (s.45)
- Tablo 6.** MR yaptıranların öğrenim durumlarına göre dağılımı (s.46)
- Tablo 7.** MR yaptıranların sistemik hastalıklarının olup olmadığının dağılımı (s.46)
- Tablo 8.** MR yaptıranların toplam gebelik sayısına göre dağılımı (s.47)
- Tablo 9.** MR yaptıranların yapmış oldukları doğum sayısına göre dağılımı (s.47)
- Tablo 10.** MR yaptıranların yapmış oldukları abortus sayısına göre dağılımı (s.48)
- Tablo 11.** MR yaptıranların yaptırmış oldukları yasal tahliye sayısına göre dağılımı (s.48)
- Tablo 12.** MR yaptıranların yaşayan çocuk sayılarına göre dağılımı (s.49)
- Tablo 13.** MR yaptıranların bu gebelikleri oluştuğunda kullandıkları kontraseptif yöntemlere göre dağılımı (s.49)
- Tablo 14.** MR yaptıranların son MR'dan önceki gebeliğin sonlanma şekline göre dağılımı (s.50)
- Tablo 15.** MR yaptıranların son yapılan MR ile bir önceki gebelik arasındaki süreye göre dağılımı (s.50)
- Tablo 16.** MR yaptıranların MR tercih sebeplerine göre dağılımı (s.51)
- Tablo 17.** MR yaptıranların MR sırasında hissedilen ağrı derecesine göre dağılımı (s.51)
- Tablo 18.** MR yaptıranların MR sırasında hissedilen ağrının kontraseptif yöntemlere devam etme üzerine etkisine göre dağılımı (s.52)
- Tablo 19.** MR yaptıranların MR öncesi danışmanlık verilme farkındalığına göre dağılımı (s.52)
- Tablo 20.** MR yaptıranların MR sonrası yöntem önerilme farkındalığına göre dağılımı (s.53)
- Tablo 21.** MR yaptıranların MR sonrası yöntem uygulananların dağılımı (s.53)
- Tablo 22.** MR yaptıranların MR sonrası seçilen yöntemlere göre dağılımı (s.53)
- Tablo 23.** MR yaptıranların MR sonrası seçilen yöntemin devamlılığına göre dağılımı (s.54)
- Tablo 24.** MR yaptıranların MR sonrası seçilen yöntemi terk etme sebeplerine göre dağılımı (s.54)

Tablo 25. MR yaptırانların MR yaptırانların MR'dan 1 yıl sonra kullanmakta oldukları yöntemle göre dağılımı (s.55)

Tablo 26. MR yaptırانların MR'dan sonra kontrole çağrılmaları ve kontrole gelmelerine göre dağılımı (s.55)

Tablo 27. MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayetlerinin olup olmamasına göre dağılımı (s.56)

Tablo 28. MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayet sebeplerine göre dağılımı (s.56)

Tablo 29. MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayetleri sebebi ile doktora başvurup başvurmamalarına göre dağılımı (s.57)

Tablo 30. MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili memnuniyetlerine göre dağılımı (s.57)

Tablo 31. MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili eşlerinin onayını alıp almamalarına göre dağılımı (s.58)

Tablo 32. MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili eşlerinin memnuniyetine göre dağılımı (s.58)

Tablo 33. MR yaptırانların MR'dan 1 yıl sonraki gebelik durumuna göre dağılımı (s.58)

Tablo 34. MR yaptırانların MR ve AP'na bakış açılarına göre dağılımı (s.59)

Tablo 35. MR yaptırانların AP hizmetlerine ulaşabilme bilgi durumlarına göre dağılımı (s.60)

Tablo 36. MR yaptırانların AP hizmetlerine ulaşabilme bilgi durumlarına göre dağılımı (s.60)

Tablo 37. MR yaptırانların yaş grupları ile yöntemi terk etme ve devam etme arasındaki ilişki (s.61)

Tablo. 38 MR yaptırانların sosyal güvenceleri ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri (s.) arasındaki ilişki (s.61)

Tablo. 39 MR yaptırانların medeni hal ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.62)

Tablo. 40 MR yaptırانların öğrenim durumu ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.62)

Tablo. 41 MR yaptırانların sistemik hastalık varlığı ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.63)

Tablo. 42 MR yaptırانların toplam gebelik sayıları ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.63)

Tablo. 43 MR yaptırانların toplam doğum sayıları ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.64)

Tablo. 44 MR yaptırانların toplam abortus sayıları ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.64)

Tablo. 45 MR yaptırانların toplam MR sayıları ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.65)

Tablo. 46 MR yaptırانların toplam yaşayan çocuk sayıları ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.66)

Tablo. 47 MR yaptırانların MR öncesi kontraseptif kullanım durumu ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.66)

Tablo. 48 MR yaptırانların son MR'dan önceki gebeliğin sonlanma şekli ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.67)

Tablo. 49 MR yaptırانların Son MR'dan önceki gebelikle MR arasındaki süre ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.67)

Tablo. 50 MR yaptırانların MR tercih sebebi ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.68)

Tablo. 51 MR yaptırانların MR sırasında hissedilen ağrı ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.69)

Tablo. 52 MR yaptırانların MR sırasında hissedilen ağrının yöntem devamlılığına etkisinin olup olmadığı ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.69)

Tablo. 53 MR yaptırانların MR öncesinde danışmanlık verilmesinin farkındalığı ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.70)

Tablo. 54 MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.70)

Tablo. 55 MR yaptırnanların kontrole çağırılma ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.71)

Tablo. 56 MR yaptırnanların kontrole gelme ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.71)

Tablo. 57 MR yaptırnanların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayetlerinin olup olmaması ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.72)

Tablo. 58 MR yaptırnanların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayetlerinin varlığında bir doktora danışıp danışmama ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.72)

Tablo. 59 MR yaptırnanların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili kişisel memnuniyetleri ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.73)

Tablo. 60 MR yaptırnanların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili eş onayı alınması ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.73)

Tablo. 61 MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili eş memnuniyeti ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.74)

Tablo. 62 MR ve aile planlaması hakkındaki düşünceleri ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.74)

Tablo. 63 MR yaptırnanların AP hizmetlerine ulaşabilme bilgi durumları ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.75)

Tablo. 64 acil kontrasepsiyon bilgi durumları ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki (s.76)

KISALTMALAR

TNSA-2003: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 2003

AP: Aile Planlaması

ICPD: International Conference on Population and Development (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı)

MR: Menstrüel Regülasyon

M.Ö: Milattan Önce

RIA: Rahim İçi Araç

DMPA: Depo medroksiprogesteron asetat

A.B.D.: Amerika Birleşik Devletleri

KOK: Kombine Oral Kontraseptifler

HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoproteinler

SHBG: Seks Hormonu Bağlayan Globülin

LH: Luteinizan hormon

NET-EN: Norethisterone enantate

NSAID: Nonsteroidal anti inflamatuvar ilaç

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome 'un (Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

Bağ-Kur: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

NSD: Normal Spontan Doğum

AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi

KS: Kontraseptif

C/S: Sezaryen

GİRİŞ VE AMAÇ

Aile planlaması, ailelerin istedikleri zaman, bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olmalarıdır. Aile planlaması hizmetleri ailedeki kişi sayısını sınırlandırma anlamı taşımaz. Çocuk yapmada aileler tamamen serbest olup, kendi iradeleri ile istedikleri ve bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olabilirler (1,2). Aile planlaması yöntemleri sayesinde doğumların aralığının artması ve gerektiğinde sınırlandırılması kadınlar açısından da sağlığı koruyan başlıca faktörlerdendir (3).

Günümüzde aile planlaması çalışmaları kapsamında son derece güvenilir yöntemler kullanıma sunulmuş olsa da, dünyadaki ve ülkemizdeki çiftlerin önemli bir bölümü güvenilirliği düşük geleneksel yöntemler ile korunmaya devam etmektedirler (4).

Halihazırda gelişmekte olan ülkelerde, 300 milyon kadar çiftin çocuk istemedikleri halde herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadıkları hesaplanmaktadır. 2003 Türkiye nüfus ve sağlık araştırmasında (TNSA-2003) elde edilen sonuçlara göre, Türkiye’de aşırı doğurganlık hala önemli sağlık sorunlarından biridir. Türkiye’de toplam doğurganlık hızı 2,3 civarındadır. Ülkemizin yıllık nüfus artış hızı % 1,7’dir. Türkiye’deki evli kadınların % 64’ü herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır; fakat, kadınlarımızın yalnızca % 42,5’i etkin yöntemle korunmaktadırlar. Ayrıca ülkemizde canlı doğum gerçekleştiren her 100 bin kadının 70’inin doğum sebebiyle gelişen sorunlardan dolayı öldüğü hesaplanmaktadır. Ülkemizde olan doğumların % 17’sine sağlık personeli refakat etmemektedir (5,6,7,8).

Aile planlaması çalışmaları artan nüfus sorunlarına bağlı olarak özellikle geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerin üzerinde hassasiyetle durdukları konulardır. Yeni bir fikir gibi görünmesine karşın, aşırı doğurganlığı önleme çabalarının insanlık tarihi kadar eski olduğu bilinmektedir. Zaman içinde bilimin gelişmesine paralel olarak çeşitli mekanik ve fizyolojik yöntemler de aile planlaması hizmetleri sürecinde gelişme göstermiştir ve uygulamaya geçmiştir. Başlangıçta hızlı nüfus artışını hedef alan ve yaptırımcı olma eğilimi gösteren aile planlaması anlayışı, 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra yerini daha ılımlı ve nüfusun sağlığını ön planda ele alan bir anlayışa terk etmiştir. Böylece aile planlaması kavramı çağdaş tanımına ulaşmıştır (9,10).

Aile planlaması ve danışmanlık hizmetlerinin, cinsel eğitim uygulamalarının varlığı ile kalitesinin artması isteğe bağlı düşüğe başvuruları da azalacaktır. Tüm bu uygulamalara rağmen, isteğe bağlı düşükle tamamen ortadan kalkmaz. Çünkü AP uygulamaları sırasında yaşanan

başarısızlıklar nedeniyle istenmeyen gebelikler oluşabilir ve istenmeyen gebelikleri ortadan kaldırmanın da tek yolu isteyerek yapılan düşüklerdir (11).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 kayıtlarına göre ülkemizde evlenmiş kadınların % 24'ü isteyerek düşük yapmıştır. Kadın sağlığı yönünden son derece önemli olan isteyerek düşükler, toplumun aile büyüklüğü ile ilgili güçlü motivasyonunun ve kontraseptif hizmetlerin yetersizliğinin de göstergesidir (7).

Düşük sonrasında; sağlıksız düşük yapan kadınların %10 - 50'sinde tamamlanmamış düşük (inkomplet abortus), sepsis, kanama, uterin perforasyon gibi komplikasyonlar gelişmektedir. Uzun dönemde ise, kronik pelvik ağrı, pelvik enflamatuar hastalık, infertilite, Ektopik gebelik ve prematür doğum gibi komplikasyonlar meydana gelmektedir (12).

İstenmeyen gebeliklerin kadın sağlığına olan olumsuz etkileri yalnızca ölüm veya hastalık/sakatlanma ile sınırlı kalmayıp, kadının statüsü ve sosyal yaşamı ile ilgili iş devamsızlık, iş kaybı, eğitimine ara verme, yeni sorumluluklar yüklenme, eşinden veya erkek arkadaşından ayrılma ve geleceğinin etkilenmesi gibi sorunları da kapsar. İstenmeyen gebeliklerin erkeklere ve aileye de sırasıyla, hazır olmadığı bir sorumluluğu üzerine alma, eğitimine ara verme ve diğer çocukların sağlığının tehlikeye düşmesi, ekonomik güçlükler, ailede çatışma gibi olumsuz etkileri görülür (12).

İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılması asla bir aile planlaması yöntemi olarak değerlendirilmemeli, teşvik edilmemelidir ('1994 ICPD Eylem Planı'). Herhangi bir nedenle (plansız cinsel ilişki, etkili aile planlaması yöntemlerini bilmeme, etkili aile planlaması yöntemlerine ulaşamama veya etkili aile planlaması yöntemlerinin başarısızlığı gibi nedenlerle) gebe kalan ama bunu dünyaya getirmek istemeyen kadını olumsuz sağlık koşullarından korumak amacıyla bir "can simidi" sunulmasıdır. Kadın gebeliği istemiyorsa her ne pahasına olursa olsun bu gebeliği sonlandıracaktır, yaşamı pahasına bile olsa... İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılması hizmetleri, sıkıntılı ve sağlığı ciddi risk altında olan bu kadınlara sağlıklı ortamlarda, ehil kişiler tarafından yardım elinin uzatılmasıdır.

Düşüklerin tekrarının önlenmesi için, düşük sonrası aile planlaması hizmetleri verilmelidir. Ancak her ne koşulda olursa olsun, düşüğe başvuran kadına özellikle komplikasyonların önlenmesi, tedavi edilmesi için gereken her türlü tıbbi yardım sağlanmalıdır. Ancak ne kadar iyi koşullarda yapılırsa yapılsın düşüğün de sağlık riskleri vardır. Bu risklere de maruz kalınmaması için en iyi koruyucu yaklaşım "etkili aile planlaması danışmanlığı" yapılması, etkili AP hizmetlerinin gereksinimi olan herkese ulaştırılmasının sağlanmasıdır (12).

Bu çalışmada Nisan 2005-Ağustos 2006 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Aile Planlaması Polikliniğine MR istemi ile başvuran kadınların MR sonrası seçtikleri kontraseptif yöntemin bir yıl sonraki devamlılıkları, terk etme sebepleri, devam veya terk etme üzerine etkisi olabilecek durumların araştırılması amaçlandı.

TARİHÇE

Kontraseptif Yöntemlerin Tarihçesi

Doğum kontrol yöntemleri insanlık tarihi kadar eskidir. Bulunabilen en eski yazımlarda sünger ve tampondan bahsedilir. M.Ö:1850 yılından kalma Mısır papirüslerinde tampon olarak bal, sakız ve timsah dışkısı kullanıldığı bilinmektedir. Soranus tarafından tanımlanan doğum kontrol teknikleri modern çağlara kadar yapılan en iyi tanımlamalardır (13). Soranus meyve ve fındıktan macun yapılmasını veya servikal açıklığa yumuşak ipek yerleştirilmesini önermiştir. Tarihte vajen içine yerleştirilen yöntemler izole kültürler arasında çok farklılık gösterir. Japonlar bambudan yapılmış kâğıtlar, müslüman kadınlar palmiye yaprakları, Pasifik adalarında yaşayan kadınlar deniz ürünlerini kullanmışlardır.

En erken penis koruyucular Gabriello Fallopius tarafından 1564 yılında tanımlanmıştır. Ancak bu koruyucular enfeksiyondan korunmak amacı ile kullanılıyordu. Kondom orijini hakkında çok söylentiler vardır. Pek çoğu 1600'lü yıllarda İngiltere'de yaşayan Dr. Condom ile ilgilidir. Kondom ancak 1800'lü yıllarda Avrupa'da yaygın olarak kullanılabilir hale gelmiştir.

Spermisit ajanların keşfi ve bu ajanlarla ilgili çalışmalar 1800'lü yılların başlarına rastlar. 1950'lerde 90'dan fazla spermisit ilaç marketlerde pazarlanmaktaydı (14).

Servikal kapak 1860 yılında New York'lu bir jinekolog olan E.B.Foote tarafından geliştirilmiştir. Diyafram kullanımı da bu döneme rastlamaktadır.

Tarihte RIA'nın ilk defa uzun seyahatlerde develerin gebe kalmaması için kervan sürücüleri tarafından develerin rahimlerine küçük taşlar yerleştirmek suretiyle kullanıldığı bilinir. 1800'lerde rahim içi araçların öncüleri küçük düğme şeklinde araçlardı, serviks ağzını tamamen kaplıyorlardı ve kanala uzanan ipleri vardı (15).

1902 yılında Alman Hollveg tarafından rahime yerleştirilen bir peser doğum kontrolü amacı ile kullanıldı. Bu peser kullanıcı tarafından yerleştiriliyordu ve korkunç boyutlarda enfeksiyona yol açıyordu (16).

1930 yılında Grafenberg gümüş, altın ve çelik kaplı yüzükler denedi (17). 1934'de Japonya'da Oto bu yüzüklerin ortasına destekleyici bir yapı koydu (18). 1960'larda polietilenden yapılan araçlar geliştirildi, bu araçlara X-ışınları ile çekilen radyografilerde görülebilmesi için baryum sülfat emdirildi.

Lazer Marguiles 1960 yılında rahime yerleştirilen ve orada tekrar şekil alan ilk plastik aracı geliştirdi. Bu araç büyük olduğu için kullanıcıların fazla kanama ve kramp şikayetleri oluyordu, ayrıca sert plastikten olan kuyruğu peniste irritasyona neden oluyordu.

DMPA gibi içinde yalnızca progesteron bulunan enjektabl formlar 1950'li yıllarda endometriozis, endometrial kanser, dismenore, hirsutismus ve kanama düzensizliklerinin tedavisi için kullanılmaya başlandı. 1960'larda ise doğum kontrol yöntemi olarak gündeme gelmiştir (19). 1996 yılından beride ülkemizde başarıyla uygulanmaktadır.

İçinde östrojen ve progesteron komponenti bulunan Mesigyna 1960'lardan beri araştırılmakta olup, 1997 yılından beri de ülkemizde kullanılmaktadır.

DMPA ve Mesigyna kullanıma girmesinden sonra 1970'li yıllarda tek ince kuyruğu olan Lippes Loop geliştirildi. İlk bilinen bakırlı RIA Tantum- T'dir (T- Cu 200). Ardından 1982 yılında Cu-T 380 A otuzu aşkın ülkede kullanım imkanı buldu.

Bir yıl süre ile koruma sağlayan ve yapısında progesteron bulunan Progestasert isimli rahim içi araçlar da, bakırlı rahim içi araçlarla aynı dönemlerde geliştirilmiştir ve 1976 yılından beri kullanım alanı bulmuştur.

Doğum kontrol hapları son 40 yıl içinde pek çok ülkede yaygın olarak kullanılır hale gelmiştir. 1900'lü yılların başında Avustralya'da İnnsbruck Üniversitesi'nde fizyoloji profesörü olarak

alışan Ludwig Haberlandt ağızdan verilen ovaryan özütlerin doęurđanlıęı önlediğini bildirdi. 1920'lerde Haberlandt, Otfried Otto Fellner hayvanlara steroid özütler verilerek doęurđanlıęın baskılandığını belirttiler. 1931 yılında Haberlandt hormon replasmanı ile doęurđanlıęın baskılanabileceğinden bahsediyordu.

İnfecundin isimli bir ilaç bu amaçla hazırlanmıştı, ancak 1932'de Haberlandt'ın erken ölümü nedeni ile kullanıma giremedi, böylece doğum kontrol haplarının kullanımı ertelenmiş oldu (20).

Doğum kontrol hapları ile ilk deneme 1956 yılında Porto Rico'da Edris Rica-Winey tarafından yapıldı (21).

1960 yılında A.B.D.'de doğum kontrol haplarının onaylanmasından bu yana yan etki ve risklerinin azaltılması amacıyla içerdikleri östrojen ve progestin miktarları azaltılmıştır, böylece doğum kontrol hapları güvenle kullanılır hale gelmiştir. Ülkemizde de 1965 yılından beri kullanılmaktadır.

Tıp dünyasında doğum kontrol yöntemi arayışlarının son ürünü olan ve kola yerleştirilen bir çubukla kadınları 3 yıl süreyle yüzde 100 gebelikten koruduğu bildirilen "Implant" yöntemi dünyada 1998'de Türkiye'de 2002 yılında tıbbın hizmetine verilmiştir.

İstemli Düşüğün Tarihçesi

Milattan önce yaşamış olan Çinli hekim T'ang Shenwei, yazdığı kitabında düşükler hakkında geniş yer vermiş ve düşük yapıcı maddelerin neler olduğunu tarif ettiği gibi, bunlardan cıvalı maddelerin çok etkili olduklarını belirtmiştir (22).

Okunabilen Sümer Kitabı'lerinde istemli düşüklerin yapıldığını ve bunu yapanlar hakkında cezaların konduğu tespit edilmiştir. Hammurabi'nin Kanunnamesi'nde 209. ve 214. maddeler kriminal düşükler hakkında hükümler içerir. Aynı şekilde eski Yunan'da Lykurg ve Solon'un hükümdarlıkları sırasında kriminal düşükler cezalandırılmaktadır. Hipokrat eserlerinde düşüklerin şekillerini tarif etmiş ve hastaya zarar verilmeksizin yapılmasının doğru olduğunu savunmuştur. Yine Hipokrat devrindeki bilgilere bakılacak olursa, bugün kullanılan Abort penslere ve kretlere benzeyen aletlerle bujilerin kullanıldığı anlaşıldığı gibi, düşüklerin sebepleri hakkında bilgi vererek gebelere bunlardan sakınılması önerilmiştir. Eski Mısır'da Ebers

paperüslerinde düşük endikasyonları, kontrendikasyonları ve ilgili kanuni yasaklamalar anlatılmaktadır. Roma İmparatorluğunun ilk evrelerinde düşük yapanlar veya yaptırnanlar kanunlarla cezalandırılmakta iseler de sonradan bir kadının istemli düşük yapabilmesi için kocasından izin almasını yeterli olduğunu kabul etmişlerdir (22,23).

İslam dini istemli düşüğü suç saymakla beraber, bu konu 8-10 haftalık gebelikler için tartışmalıdır (24). Milattan sonra 979 yılında yaşamış olan ünlü İslam hekimi Avicena yazmış olduğu Kanuni Tıp adlı kitabında düşüklerin sebeplerini, düşük belirtilerini ve düşük olduktan sonra kendisi tarafından kullanılan bazı aletlerin kullanma şekillerini anlatmıştır. Buna göre pelvis darlığı olanlar, gebelikle beraber ağır hastalığı bulunanlar doğum yapamayacağı için bu kadınların fetüslerinin tıbbi tahliye ile alınmasının gerekliliğini ileri sürmüştür (22).

Osmanlı toplumunda gebeliği önlemek için ebegümece gibi bitki kökleri, çıkın tabir edilen tamponlar kullanılmaktaydı. Ayrıca katırtırnağı gibi inanışlara dayanan uygulamaların da olduğu ve korunma için bunların kullanıldığını biliyoruz. Parado 1873'te yazdığı makalesinde, İstanbul'da pek çok istemli düşük yapıldığını belirtmektedir. Oppenheim 19. yüzyılın sonlarında İstanbul'da herhangi bir baskı olmadan çok sayıda düşük vakası olduğuna dikkat çekmiştir (23).

Birinci Dünya Savaşı'ndan hemen sonraki yıllarda Rusya'da tıbbi düşük endikasyonları içerisine sosyal endikasyonlar da dahil edilmiş ve ilk defa istek üzerine küretaj yapılması serbest bırakılmıştır. İkinci Dünya Savaşı sırasında ise bu fikir tüm dünyada yaygınlaşmaya başlamıştır (23,24).

La Haye'de 1964 yılında toplanan Uluslararası Ceza Hukuku Kongresi'nde istemli düşüklerin baştan yasadışı olarak kabul edilmemesi, istek üzerine çocuk aldırmaı kolaylaştırmak ve suç teşkil eden hükümlerin istisnalarını çoğaltmak fikri savunulmuştur (24).

23 Müslüman ülkenin katıldığı 1971 Rabat Konferansı'nda alınan karara göre annenin sağlığını tehdit etmesi durumu dışında gebeliğin özellikle dördüncü ayından sonra küretaj yasaklanmıştır (24).

Halen Fransa ve İtalya gibi birçok ülkedeki kanunlar, sadece birinci trimesterde veya fetal anomali ve kadının yaşamını tehdit eden tıbbi durumlardan dolayı ikinci trimesterde küretaja izin vermektedir (25).

1965 yılına kadar ülkemizde Türk Ceza Kanunu'nun 468. ve onu takip eden maddeleri ile çocuk düşüren kişiye, düşürtene, yol gösterene ceza verilmekte idi. Ülkemizde 1965 yılında 557 sayılı nüfus planlaması ile ilgili yasayla başlatılan aile planlaması çalışmaları, 1983 yılında çıkarılan 2827 sayılı yasa ile yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenlemeler çerçevesinde yalnız tıbbi nedenlerle yapılan gebelik sonlandırılmasına yeni bir yaklaşım getirilmiştir. Sağlıksız koşullarda yapıla gelen, kadın sağlığını ve yaşamını olumsuz etkileyen düşük, devlet denetimine alınmış, istenmeyen gebeliklerin gebeliğin 10. haftası doluncaya kadar istek üzerine sonlandırılması 2827 sayılı yasa ile yasallaştırılmıştır (12).

GENEL BİLGİLER

KONTRASEPTİF YÖNTEMLER

Sınıflama

A) Hormonal Kontraseptifler

1. kombine oral kontraseptifler(KOK)
2. mini haplar
3. enjekte edilen kontraseptifler
 - a. yalnız progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler
 - b. kombine enjekte edilen kontraseptifler
4. deri altı implantları
5. hormon içeren RİA'lar
6. vajinal halkalar

B) Rahim içi araçlar

C) Bariyer yöntemler

1. kondom
2. kadın kondomu
3. diyafram
4. servikal başlık (cap)
5. spermisitler

D) Cerrahi sterilizasyon

1. tüp ligasyonu
2. vazektomi

E) Doğal aile planlaması

1. Bazal vücut ısısı takibi
2. Servikal mukus takibi
3. Servikal palpasyon yöntemi
4. Takvim veya ritim metodu
5. Geri çekme
6. Vajinal yıkama

F) Emzirme ile gebeliğin önlenmesi

G) Post-koital kontrasepsiyon

A) HORMONAL KONTRASEPTİFLER

1) Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

Kombine oral kontraseptifler (KOK) çok güvenli bir yöntemdir. KOK'ler doğal kadınlık hormonları östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerir. 21 ya da 28 günlük paketler halinde hazırlanmıştır. Ülkemizde 22 tablet içeren preparatlar da vardır. Monofazik ve multifazik preparatlar olarak ikiye ayrılır. Monofazik KOK'lerin içeriği her gün aynıdır. Multifaziklerde ise hapların içeriği günden güne değişir. Yapılan çalışmalar iki grubun birbirinden üstün olmadığını göstermiştir.

KOK'lerin içerdiği sentetik östrojen ve progestin, vücuttaki doğal hormonların yapısına çok yakındır. Bunlar ovulasyonu baskılayarak, servikal mukusu spermin geçişini engelleyecek şekilde kalınlaştırarak ve ovumun transportunu yavaşlatarak gebeliği önler.

Östrojen komponent: Östradiol, overlerin salgıladığı en güçlü doğal östrojendir. Ancak östradiol ağızdan alındığı zaman etkisini kaybeder. Bu nedenle oral kontraseptiflerin içinde kullanılması mümkün değildir. Ağızdan alındığında etkili olması için östradiolün kimyasal yapısına bir etinil grubu eklenerek sentetik formu oluşturulmuştur. 1930'larda yapılan bu kimyasal değişiklikten sonra günümüzde de kombine oral kontraseptiflerde en sık kullanılan sentetik östrojen, etinil östradioldür. Tromboz, östrojene bağlı bir komplikasyon olduğundan oral kontraseptif seçiminde preparatın östrojen dozu çok önemlidir.

Progestin komponenti: Yeni progestinlerin oluşturulmasındaki en önemli neden, eski progestinlerin özellikle kardiyovasküler sistem üzerindeki olumsuz androjenik etkileridir. Kardiyovasküler yan etkiler, östrojenin doza bağımlı olarak oluşturduğu tromboz ve progestinlerin androjenik etkileri sonucu ortaya çıkmaktadır. Yeni progestinlerin androjenik etkileri minimal olduğu için kolesterol-lipoprotein profiline etkileri çok azdır. Hatta HDL'yi artırdıkları için olumlu yönde etki yaptıkları düşünülmektedir. Yeni progestinlerin androjenik aktivitesinin azaldığını destekleyen diğer bulgular, seks hormonu bağlayan globülin (SHBG) düzeyinin artması ve serbest testosteron düzeyinin azalmasıdır. Bu saptama, akne ve hirsutizm

tedavisinde klinik önem taşır. Amenore ve ara kanamalar açısından yeni progestinler diğer düşük dozlu preparatlara benzer etki gösterir.

Progestinlerin birden fazla hedef organı (uterus, karaciğer, meme) olduğu için etkisini ölçmek zordur. Önemli olan, en küçük dozda progestif etkisi yüksek ve androjenik aktivitesi düşük olan progestinleri tercih etmektir. Progestini seçerken; etkisi, yan etkileri, riskleri ve yararları gibi klinik özellikler göz önünde bulundurulmalıdır.

Kombine oral kontraseptifler, son derece etkili, geri dönüşü olan yöntemlerdir. Doğru kullanıldığında %99,9 etkilidir. Kullanımın ilk yılında 1000 kullanıcıdan 1'inde gebelik gözlenir. Olağan kullanımdaki başarısızlık nedenlerinin başında, kullanıcı uyumsuzluğu gelmektedir. Kullanıcılar hap alma konusunda iyice bilgilendirilir ve hap alma alışkanlıklarını güçlendirmeye yönelik danışmanlık hizmeti alırlarsa, yöntemi daha başarılı şekilde ve uzun süre kullanırlar(26).

Kombine oral kontraseptiflerin ciddi komplikasyonları nadirdir. Yan etki bildirilen vakaların çoğu 50 mg ya da daha fazla östrojen içeren eski preparatlarla meydana gelmiştir.

KOK'lerin yan etkileri tehlikeli olmamakla birlikte kullanıcıyı endişelendirebilir. Sıklıkla hap bırakılmasına neden olur. Bulantı, ara kanamaları ve lekelenme ilk 4 ayda sık görülür ve genelde kendiliğinden düzeler. Kilo artışı, amenore, akne, baş ağrısı, göğüslerde hassasiyet, baş dönmesi görülen diğer yan etkilerdir (26).

Çok nadir olarak uzun süreli KOK kullananlarda karaciğer tümörü ve hepatosellüler karsinoma oluşma riski vardır.

KOK kullanımı diabetes mellitus insidansını arttırmaz, ya da glukoz toleransını bozmaz (27).

Kombine oral kontraseptiflerin kontrasepsiyon dışı yararları aşağıda özetlenmiştir:

- Demir eksikliğinden kaynaklanan anemiyi azaltır.
- Adet öncesi ile ilgili yakınmaları azaltır.
- Akneye iyi gelebilir.

- Adet kanamaları miktarca daha az, daha kısa ve düzenli hale gelir.
- Adetlerde kramp ya da ağrı çok azalır ya da hiç olmaz.
- Bazı kadınlar kilo alır ve göğüs ölçülerinin genişlediğini görür(bu yerine göre iyi, yerine göre de istenmeyen bir etkidir).
- Büyük bir olasılıkla gebe kalma endişesi ortadan kalktığı için, bazı çiftler, cinsel ilişkiden daha çok zevk alır.
- Haplar, endometriyozis ve idiopatik trombositopenik purpuranın tedavisinde kullanılır.
- Romatoid artrit, memenin fibrokistik hastalığı ve fibroadenomun görülme sıklığı azalır.
- Osteoporoz riskini azaltır.

KOK kullanmaya başlamak için en doğru zaman, adet ilk günüdür. Bununla birlikte gebeliğin olmadığından emin olunan herhangi bir günde de hapa başlanabilir; ancak ilk 7 gün ek bir yöntem kullanılmalıdır. Haplar her gün aynı saatte yatmadan önce ya da akşam yemeğiyle birlikte alınmalıdır. Böylece hatırlanması daha kolay olacak, bulantı ve diğer yan etkiler önlenecektir. Paketteki tüm haplar bitene kadar günde bir hap alınmalıdır. 21 tabletlik hap kullanılıyorsa 7 gün, 22 tabletlik hap kullanılıyorsa 6 gün ara verdikten sonra adet kanaması olsun olmasın, yeni bir pakete başlanmalıdır. Pakette 28 hap varsa hiç ara vermeden ikinci pakete geçilir. Herhangi bir gün hap unutulursa unutilan günün hapi, hatırlanır hatırlanmaz alınır. Aynı güne ait hap normal zamanın da alınmalıdır. 2 hap unutulursa, ilk 2 hafta içinde üst üste iki gün ikişer hap olarak eksik günler tamamlanır. Bir hafta süre ile ek yöntem kullanılmalıdır. 3 hap unutulduğunda, paket atılıp aynı gün yeni bir pakete başlanmalıdır. Bir hafta süre ile ek bir yöntem kullanılmalıdır. Bu Gilbo'nun 7'ler kuralı olarak bilinir (26).

KOK'ler 35 yaş üstü, günde 20'den fazla sigara içen kadınlarda, nörolojik bulgu veren migren tipi baş ağrısı olan kadınlarda, gebelerde, emziren annelerde doğum sonrası ilk 6 hafta, şiddetli hipertansiyon hastalarında, geçirilmiş veya mevcut tromboemboli, kalp krizi, serebrovasküler olay hikayesi olanlarda, aktif karaciğer hastalığı olanlarda, vasküler komplikasyonlu diabetik hastalar ve uzun süre hareketsiz kalmayı gerektiren büyük cerrahi müdahale geçirecek kadınlarda, meme kanserli kadınlarda kullanılmamalıdır(26, 28).

2) Mini Haplar

Yalnız progestin içeren haplar kombine oral kontraseptiflere alternatif olarak geliştirilmiştir. Kombine oral kontraseptiflere oranla daha düşük dozda progestin bulunur ve östrojen içermez. Minihaplar, menstrüel siklus boyunca ve menstruasyon sırasında alınır. Her gün ve günün aynı saatlerinde alınmalıdır. Minihaplar servikal mukusu kalınlaştırarak spermelerin servikal kanaldan geçişini engeller. Siklusun %40-60'ında ovulasyonu engeller. Tubal motiliteyi yavaşlatır ve endometriumu inceltirerek implantasyon olasılığını azaltır.

Minihap, kadın emzirdiği sürece, doğumu izleyen dokuz ay boyunca %98,5 oranında etkilidir. Diğer zamanlarda (emzirmeyen kadınlarda ya da lohusalık dönemi dışında) güvenilirliği %96'ya düşer.

Minihap adet ilk günü başlanmalıdır ve ilk 7 gün ek bir yöntem kullanılmalıdır. Kadına son 7 hapi kullanırken adet görebileceği hatırlatılmalıdır. Bununla birlikte adet görsün ya da görmesin, paketteki haplar bitince ara vermeden yeni bir pakete başlanmalıdır.

Kadın bir hap almayı unuttuysa, 3 saatten fazla geciktirse, unuttuğu hapi hatırlar hatırlamaz almalı ve 48 saat süreyle ek korunma yöntemi kullanılmalıdır. İki ya da daha fazla hapi unutuldu ise, iki gün süre ile ikişer hapi almalı ve daha sonra birer hapi almaya devam etmelidir. Bu durumda, bir hafta süre ile ek bir korunma yöntemi uygulanmalıdır (26).

Minihap kullanımı ile amenore, kanama ya da lekelenme, baş ağrısı, alt karında ağrı, pelvik ağrı, memede duyarlılık, göğüs ağrısı, hirsutizm, akne, dermatit ya da saç dökülmesi, bulantı ve baş dönmesi gibi yan etkiler görülebilir(26).

Minihapların belirgin metabolik etkileri yoktur, bırakır bırakmaz doğurganlık geri döner (29).

3) Enjekte Edilen Kontraseptifler

Enjekte edilen kontraseptifler, uzun etkili hormon preparatı içeren kontraseptif yöntemlerdir. İçerdikleri hormon tipine göre sadece progesteron içeren enjekte edilen kontraseptifler ve kombine(östrojen+progesteron içeren) enjekte edilen kontraseptifler olmak üzere iki ana gruba ayrılırlar.

Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler

1860'lardan beri araştırılmaktadır. Çok değişik formülasyonlar denenmiştir, halen dünyada kabul gören iki preparat bulunmaktadır. Cyclofem(5 mg östradiol cypionat+25 mg medroxyprogesteron acetate) ve Mesigyna(5 mg östradiol valerate+50 mg medroxyprogesteron acetate). Bunlardan Mesigyna 1997 yılından beri ülkemizde bulunmaktadır.

Kombine enjekte edilen kontraseptifler, östrojen ve progesteron içerir. Uygulama yolu farklı olmasına karşın, içerik olarak kombine oral kontraseptiflere benzer. Ayda bir uygulandığı için aylık enjekte edilen kontraseptifler de denmektedir.

Kombine enjekte edilen kontraseptifler, kombine oral kontraseptiflerde olduğu gibi ovulasyonu baskılayarak, servikal mukusu kalınlaştırarak ve endometriumu inaktif hale getirerek etki ederler.

Kombine enjekte edilen kontraseptifler gebelikten korunmada çok etkindir. Başarısızlık hızı yaklaşık %0,1-0,2 arasındadır(26).

Uygulaması kolay bir yöntemdir ve son derece etkilidir. Kullanıcının bir sonraki iğneyi yaptırmak dışında akılda tutması gereken hiçbir şey yoktur. Pelvik enfeksiyon ve over kanserine karşı koruyucu etkisi vardır. Dış gebelik ve demir eksikliği anemisini önler. Bırakıldığı zaman doğurganlık geri döner.

Doğal östrojen içerdiği için lipid metabolizmasına ve kardiyovasküler sistem üzerine olumlu etkileri vardır.

Etkisi 24 saat içinde başlar. Ağızdan alınmadığı için KOK'lerde sık karşılaşılan bulantı, kusma yakınmaları enderdir. Karaciğer fonksiyonlarını olumsuz etkilemediği için KOK kullanıma esnasında ya da gebelikte sarılık geçirenlerde de kullanılabilir.

KOK'lerle karşılaştırıldığında kanama düzeninde aksamalara neden olabilir. Yöntemin bırakılmasına neden olan yan etki, kanama düzensizlikleridir. İyi danışmanlık verildiğinde kullanıcı bu kanamaları tolere edebilir ve yöntemden vazgeçmez. Şiddeti genelde sorun yaratmayacak düzeyde olan yan etkiler baş ağrısı, baş dönmesi, halsizlik, memelerde gerginlik ve ağrı, kilo artışı olarak sıralanabilir.

Kombine enjekte edilen kontraseptifleri tercih eden kadınlarda yöntemi ilk uygulama, adet gören kadınlarda adetin ilk 7 günü içinde olmalıdır. Doğum sonrası dönemde eğer kadın emziriyorsa, doğum sonrası 6 aydan sonra, emzirmiyorsa doğum sonrası 3-4. haftada uygulanabilir. 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. Kullanım kolaylığı açısından enjeksiyonlar her ayın aynı gününde kullanılabilir. Enjeksiyondan sonra kullanıcıya bir sonraki enjeksiyon tarihi mutlaka hatırlatılmalıdır(26) .

Yalnız Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler

İçinde yalnızca progestin bulunan enjekte edilen kontraseptifler, 1950'lerde geliştirilmiştir. Başlangıçta endometriozis, endometrial kanser, dismenore, hirsutizm ve kanama düzensizliklerin tedavisinde kullanılmış, 1960'larda kontraseptif olarak gündeme gelmiştir.

Yaygın olarak kullanılan, yalnız progestin içeren iki değişik tip enjekte edilen kontraseptif vardır: Depo Provera ve Noretisterat.

Depo Provera 150 mg medroksiprogesteron asetat (DMPA) içerir. Noretisterat ise 200 mg norethisterone enantate(NET-EN) içerir. Depo Provera 3 ayda bir, noretisterat ise 2 ayda bir uygulanır.

Depo Proveranın etki mekanizması tüm progesteron içeren yöntemlerle aynıdır. Yalnızca dolaşımdaki progesteron miktarı LH salınımını efektif olarak engelleyecek miktardadır ve ovulasyon olması muhtemel değildir (30). Uzun süreli etki gösteren bu progestinler, ovulasyonu engeller, servikste spermin penetrasyonunu azaltan kalın bir mukus oluşturur.

Enjekte edilen kontraseptif kullanan kadınlarda, endometrium inaktif ve sürekli kullanımda atrofik hale gelir(26).

Depo Provera, cinsel ilişkiden bağımsız ve uyumun kolay olduğu bir yöntemdir. Östrojen etkisi olmadığı için konjenital kalp hastalığı, orak hücreli anemi, tromboembolik hastalık geçirmiş kadınlar ve 30 yaş üstü sigara içen kadınlarda kullanılabilir.

Diğer yöntemlere uyum zorluğu olan kadınlarda kullanılabilir(ör. Mental retarde hastalar). Emziren annelerde sütün miktarını arttırabilir. Anne sütüne çok az miktarda geçer ve bebeğin gelişimini etkilemez(31, 32).

Enjekte edilen kontraseptifler geçici kontraseptif yöntemlerin en etkililerinden biridir. 100 kadın yılı için başarısızlık % 0,1'den azdır.

Olumlu Yönleri:

- Son derece etkilidir.
- Uygulanması kolaydır.
- İleri yaştaki kadınlar da kullanabilir.
- Cinsel ilişki sürecinden bağımsızdır.
- Pelvik enfeksiyona, endometrium ve over kanserine karşı koruyucu etkisi vardır.
- Bırakıldığı zaman fertilitate geri döner.
- Bir sonraki iğneyi yaptırmak dışında akılda tutulması gereken hiçbir şey yoktur.
- Ektopik gebelikleri ve demir eksikliği anemisini önler.
- Emziren anneler tarafından kullanıldığında emzirmeyi engellemez, süt miktarını arttırabilir.
- Östrojen kullanımı açısından, risk yaşayan kadınlarda güvenle kullanılabilir.

Olumsuz Yönleri:

- Enjeksiyonlar için kliniğe gitmek gerekir.
- Adet düzensizliğine neden olabilir.
- Bazı kadınlarda, kullanım bırakıldığında adet gecikebilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu yoktur.
- Kilo artışına neden olabilir.

Aşağıdaki yan etkiler ciddi olmamakla beraber rahatsız edici olabilir:

- Adet düzeninde aksama
- Baş ağrısı(oral kontraseptiflerle olduğundan çok daha az görülür)
- Kilo alma(genelde 1-2 kilodan fazla olmaz)
- Memelerde gerginlik ve duyarlılık(oral kontraseptiflerde olduğundan daha az görülür)
- Mizaç değişikliği(sinirlilik gibi)

İlk DMPA enjeksiyonundan sonra, uzun süren kanamalar en sık görülen yan etkidir. Daha sonraki enjeksiyonlarda kanama süresi giderek azalır, bir yıllık kullanımdan sonra ise sıklığı ve miktarı azalır. Çok şiddetli kanama ise seyrek görülen bir olgudur; ancak olduğu zaman müdahale gerektirir.

DMPA kullanım süresi arttıkça, amenore gelişen kullanıcı yüzdesi artar. 12 ay DMPA kullanan kadınların yarısından fazlasında amenore gelişmektedir. İki yıllık kullanımdan sonra ise her 4 kadından 3'ünde amenore görülür.

Menstrüel düzendeki bu değişiklikler yöntemi bırakmanın başlıca nedenidir. Araştırmaların çoğunda uzun süren ya da aşırı kanama nedeniyle yöntemi bırakan kadın sayısı, amenore nedeniyle bırakandan fazladır. DMPA kullanmayı düşünen kadınlar, ilacın menstrüel siklus üzerindeki etkileri konusunda iyice aydınlatılmalıdır (33). Efektif kontrasepsiyon sağlaması için ilk enjeksiyon adet kanamasının ilk 5 günü içinde yapılmalıdır. Bu dönemde yapılmamış ise 2 hafta süre ile ek korunma yöntemi uygulanmalıdır. Bir sonraki enjeksiyon Depo Provera kullananlarda 3 ay , Noretisterat'ta ise 2 ay sonradır. DMPA için randevu tarihinden sonra 2 haftaya kadar, NET-EN için 1 haftaya kadar gecikme kabul edilebilir.

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 yapılmalıdır (33).

4) Deri Altı İmplantları

Deri altı implantlarıyla ilgili çalışmalar, 1960'lerden beri sürmektedir. Çeşitli tiplerde implantlarda denemeler yapılmaktadır; bunlar arasında uzun süre önce geniş çapta kullanıma sunulan ve en yaygın olarak kullanılan implant, Norplant'tır. Norplant beş yıl süreyle korunma sağlayan, etkili, uzun süreli ve geri dönüşlü bir kontraseptiftir. Sentetik hormon içeren, yumuşak silikondan yapılmış 6 ince ve esnek kapsül, kadının üst kolunun iç kısmında derinin hemen altına küçük bir cerrahi girişimle yerleştirilir. Kontraseptif etki, uygulamayı izleyen birkaç saat içinde başlar ve doğurganlık implant çıkarıldıktan kısa bir süre sonra geri döner (26).

Dünyadaki 6 milyondan fazla Norplant kullanıcısı üzerinde yapılan deneyler gelişmelere ve implantların kullanımına yol açmıştır. Yeni gelişmeler, bazen ağrılı ve zaman kaybına yol açabilen implantın çıkarılması işlemini basitleştirmiştir. Şimdi altı yerine bir ya da iki implant kullanılmaktadır, çünkü yeni polimer ve karışımlar progesterinin daha küçük alandan kontrollü salınımına izin verir. Yeni düşük androjenik progesterinli implantlar akne, mizaç ve kilo değişiklikleri gibi yan etkileri azaltmıştır(34).

Progesterin ovulasyonu baskılayarak ve servikal mukusu, sperm geçişini engelleyecek biçimde kalınlaştırıp azaltarak gebeliği önler.

Norplant, mevcut kontraseptiflerin en etkililerinden biridir. Beş yıllık bir sürede yıllık ortalama gebelik hızı %1'den azdır.

Olumlu Yönleri

-Son derece etkilidir.

-Kullanımı kolaydır: Bir kez uygulandıktan sonra kadın kliniğe sadece izlem ya da implantın çıkarılması için gelir.

-5 yıl süreyle korur.

-Kullanışlıdır; günlük aktiviteleri, cinsel isteği ve ilişkiyi etkilemez.

-Geri dönüşlüdür.

Olumsuz Yönleri

-Eğitilmiş personel gerektirir.

-Küçük bir cerrahi işlemle yerleştirilir ve çıkarılır. Küçük cerrahi girişimlerde görülebilecek enfeksiyon, kanama, hematom gibi riskler taşır.

-Derinin altında fark edilebilir.

-Kullanıcı yöntemi kendi kendine bırakamaz.

-Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu yoktur.

Norplant kullanımıyla ortaya çıkan yan etki ve sorunların çoğu ciddi değildir. Birçok kadında menstrüel siklusta değişikliklere yol açabilir. Bunlar arasında:

-İlk aylarda kadının alışkın olduğundan daha uzun süren (8 günü aşan) adetler,

-Adet arası kanama ve lekelenme,

-Birkaç ay boyunca ve bazen de bir yıl ya da daha uzun süre kanama olmaması sayılabilir.

Daha az rastlanan yan etkiler: Baş ağrısı, kilo değişiklikleri, depresyon ya da sinirlilik, akne, saç dökülmesi, hirsutizm, ilk aylarda bulantı ve baş dönmesi, memelerde duyarlılık, vajinal sekresyon artışıdır.

Kadının gebe olmadığı belirlenmişse, Norplant implantları menstrüel siklusun herhangi bir anında yerleştirilebilir (26).

5) Hormon İçeren RİA'lar

Progestasert: Gövdesinde 38mg progesteron içerir ve 1 yıl etkinliği vardır. Servikal mukusu kalınlaştırır ve spermlerin rahime geçmesine engel olurlar. Progestasertin ektopik gebeliğe karşı etkinliği son derece azdır (35).

L Ng-20 RIA: 52mg Levonorgestrel içerirler ve 5 yıl etkili olan sistemlerdir. Kısmen yumurtalıklarda folikül gelişimini ve ovulasyonu da engelleyebilirler, ayrıca yabancı cisim reaksiyonu oluştururlar (35). Etkinliği oldukça yüksektir, amenore sık rastlanan yan etkidir. Şiddetli idiyopatik menoraji şikayeti olan kadınlarda tedavi amaçlı uygulanabilir ve kanamaları azaltarak demir eksikliği anemisini önleyebilir. Ülkemizde **Mirena** ticari ismi ile kullanıma sunulmuştur.

6) Vajinal Halkalar (RING)

Halkalar vajinaya yerleştirilerek, salınan hormonun özelliğine ve miktarına bağlı olarak kontraseptif etkinlik sağlanır. Çoğunun 50-60mm dış çapa ve 7,5-9,5mm kalınlığa sahip çok sayıda ve şekilde halka yapılmıştır. 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. Halkalar silastik yapıdadır. 2 değişik tip halka geliştirilmiştir. Birincisi 150-180 hızında östradiol ve 250-300mgr/ gün hızında levonorgestrel salındığı östrojen ve progestajen içeren karışık tiptir. Bu halkalar özellikle 3 hafta içerde, 1 hafta dışarıda tutulduklarından ovulasyon düzenini oluşturmaya yöneliktirler. İkinci tip genellikle 20mgr/gün levonorgestrel salındığı yalnızca progestajen içeren tiptir. Bu halkalar sürekli kullanılarak ve ovulasyon inhibisyonu yapmayacak şekilde dizayn edilmişlerdir ve kullananların %50'sinde ovulasyon olmuştur. Antifertilite etkilerini düşük doz progestajen etkisiyle sağlarlar (35).

B) RAHİM İÇİ ARAÇLAR (RIA)

RIA, rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır ya da hormon içeren, küçük plastik bir cisimdir.

Giderek daha popüler bir kontraseptif yöntem haline gelen rahim içi araçlar (RIA), 40 yıla yakın bir süredir kullanılmaktadır. Günümüzde RIA, dünyada en yaygın olarak kullanılan geri dönüşlü, uzun etkili doğum kontrol yöntemidir.

Günümüzde dünya çapında kullanılan üç tip RİA vardır:

İnert (katkısız) RİA'lar: Polietilen (Lippes Loop) ya da paslanmaz çelikten yapılmış (Mahua halkası) araçlar.

Bakırlı RİA'lar: Tcu 380A, Tcu 200, Tcu 200B, Tcu220 C, Multiload (MLCu 250 ve 375) ve Nova T (Tcu 200Ag ve380 Ag) gibi bakırlı araçlar.

Hormonlu RİA'lar: Gövde kısmında progesteron içeren Progestasert ile levonorgestrel (LNg 20) içeren LevoNova ve Mirena.

Bakırlı RİA'lar aşağıdaki etkilerle gebelikten korur:

- spermin üst genital yollara ulaşmasına,
- ovum transportuna ve
- fertilizasyona engel olarak(26).

Progesterin-salan RİA'lar yabancı cisim reaksiyonuna progesterinin endometrial aktivitesini de ekler. Endometrium glandların atrofisi ile desidualize olur. Progesteronlu RİA iki mekanizma ile etkili olur: İmplantasyonun inhibisyonu ve sperm kapasitasyonu ve ömrünün inhibisyonu.

Levonorgestrel RİA Norplant'ın yarı dozu kadar serum progesteron konsantrasyonuna yol açar. Bundan dolayı ovaryan folliküler gelişim ve ovulasyon da kısmen etkilenir. Bir yıl sonra kadınların % 85'inde adetler ovulatuvardır (36). Sonuçta progesterinli RİA'lar servikal mukusu kalınlaştırır, sperm penetrasyonuna bariyer oluşturur. Progesterinli RİA'lar menstrual kan kaybını (yaklaşık %40-50) ve dismenoreyi azaltırlar. Levonorgestrelli RİA'lar ile bir yıl sonunda kanama miktarı % 90 kadar azalabilir. Ortalama hemoglobin ve demir düzeyi takılmadan önceki düzeye göre artış gösterir (37).

Rahim içi araçların koruyucu etkisi hemen başlar ve takıldığı andan itibaren kullanıcı istediği zaman ilişkiye girebilir. T Cu 380 A, 10 yıl süreyle istenmeyen gebeliklere karşı koruyucudur. Progesteron salgılayan rahim içi araçlar 1 yıl, Levonorgestrel rahim içi araçlar 5 yıl süreyle istenmeyen gebeliklere karşı koruyucudur.

RİA en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Genelde gebelik hızı her 100 kadında yılda 1'den azdır.

Olumlu Etkileri:

- Kolay uygulanır ve güvenilirdir,
- Sistemik etkisi yoktur,
- Emziren kadınlar için uygundur,
- Çıkarıldıktan sonra doğurganlığın dönüşünde gecikme olmaz,
- Sorun olmadığı sürece çıkarılması ya da değiştirilmesine kadar yılda bir kez kontrolü yeterlidir (38).

Tcu-380 RİA'ların yaklaşık % 5'i bir yıl içinde dışarı atılır. Bu olaya kramplar, vajinal akıntı ya da uterin kanama eşlik edebilir. Kısmen atılmış RİA'lar çıkarılmalıdır. Hamilelik ya da enfeksiyon yoksa, yeni RİA hemen takılabilir (bu durumda , antibiyotik profilaksisi önerilir).

RİA kullanımı ektopik gebelik riskini arttırmaz. Progesteron salıcı RİA dışındaki güncel RİA'lar ektopik gebeliğe karşı koruma sağlar. RİA kullanan kişi gebe kalırsa, gebelik büyük olasılıkla ektopik olur. Buna rağmen RİA kullanıcılarında ektopik gebelik gerçekte çok ender görülen bir olaydır (28).

RİA kullanımının bırakılmasından en fazla sorumlu olan semptom artmış uterin kanama ve menstruasyon ağrısıdır. Bir yıl içinde bu şikayetler nedeniyle kadınların % 5-10'u RİA kullanımını bırakmaktadır. Uzun süreli ve yoğun menstrual kanaması olan ya da anlamlı dismenoresi olan kadınlar, bakırlı RİA'yı tolere edemeyebilir, fakat progestinli RİA'dan fayda görebilir (37). Kanama ve kramplar ilk birkaç ay içinde en yoğun olduğu için, ilk birkaç menstrual period süresince non-steroidal anti inflamatuvar ilaç (prostaglandin sentez inhibitörü) kullanımı kanama ve krampları azaltarak hastalara bu zor zamanlarda yardımcı olabilir. Kalıcı yoğun menstruasyonlar bile NSAID'lar ile etkili olarak tedavi edilebilir (39). NSAID tedavisi menstruasyonla birlikte başlanmalı ve tedaviye üç gün devam edilmelidir. Çin'de az miktarda indomethacin de salgılayan bakırlı RİA bulunmaktadır. Bu aygıt belirgin daha az kanama ile ilişkilidir (40).

Modern bakırlı RİA uygulamasını takiben, menstrual kan kaybı yaklaşık % 55 artar ve bu düzeydeki kan kaybı kullanım süresince devam eder (41). Bu menstruasyon süresinin hafif uzaması ile ilişkilidir(1-2 gün). Demir eksikliği ve anemi değerlendirilmesi, uzun süreli kullanıcılarda ve demir eksikliği anemisine eğilimi olan kadınlarda düşünülmelidir (28). Progestinli RİA'lar ile, endometriumdaki desidualizasyon ve atrofi etkisi ile zaman içinde amenore gelişebilir. Levonorgestrelli RİA ile 2 yıl içerisinde hastaların %70'i oligomenoreik, %30'u amenoreik olur. Öte yandan, bu etki kan hemoglobinin düzeyinde artışa yol açar. Levonorgestrelli RİA'dan yeterli miktarda progestin sistemik dolaşıma ulaşarak akne ve hirsutizm gibi androjenik yan etkilere yol açabilir (28).

Uzun süreli RİA kullanımı güvenli ve yan etkisizdir. Yedi yıllık prospektif çalışmada, bakırlı ve levonorgestrelli RİA kullanımı pelvik enfeksiyon, ektopik gebelik oranı, anemi ve pap smearda anormallikte bir artışa yol açmamıştır (42).

RİA ile ilişkili bakteriyel enfeksiyonun, uygulama sırasında endometrial kavitede oluşan kontaminasyona bağlı olduğuna inanılmaktadır. Uygulamadan 3-4 ay sonra oluşan enfeksiyonun, cinsel yolla bulaşan hastalığa bağlı olduğu, RİA'nın direkt etkisine bağlı olmadığına inanılmaktadır. Uygulamadan 1 saat önce ağızdan 200 mg doxycycline ya da 500 mg. Azithromycin verilmesi uygulamaya bağlı pelvik enfeksiyona karşı koruma sağlayabilir (28).

Rahim içi araçlar kadının gebe olmadığından emin olunan herhangi bir zamanda uygulanabilir. Doğum sonrası plasentanın ayrılmasından sonraki ilk 10 dakika içinde(acil) ya da ilk 2 gün içinde(erken) uygulanabilir. Bu dönem geçtikten sonra rahmin perfore olma riski arttığından uygulama 6 haftaya kadar geciktirilmelidir. Düşük sonrası dönemde enfeksiyon belirtisi yoksa, yasal tahliye bitiminde, birinci ve ikinci trimester düşüklerinden sonra hemen ya da bir hafta sonra uygulanabilir. İkinci trimester düşüklerinden sonra atılma oranı yüksek olduğu için girişim ertelenebilir (43).

C) BARIYER YÖNTEMLERİ

Bariyer yöntemleri; spermin üst genital organlara ulaşmasını engelleyen kimyasal ya da mekanik araçlardır.

Etkinlikleri çiftlerin istek ve becerileri ile doğrudan ilişkilidir. Başarısızlık oranları daha yaşlı ve motivasyonsuz çiftlerde daha yüksektir.

Bu yöntemlerin sistemik etkileri yoktur, çok ender yan etkileri vardır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyuculuk gösterirler (44).

1) Kondom

Kondom, cinsel ilişki sırasında penise takılan bir kılıftır. Yaygın olarak kullanılan kondomlar lateks, poliüretan ya da koyun barsağından yapılmıştır. Sadece lateks kondomların cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu vardır.

Kondom, spermlerin vajinaya girmesini engelleyerek etki gösterir. Her cinsel ilişkide ve doğru kullanılırsa çok etkilidir. İlk yıl başarısızlık oranı, tipik kullanım için %13 civarındadır.

Kondomun hormonal yan etkisi yoktur. Reçete ve tıbbi izlem gerektirmez. Ucuzdur ve kolayca temin edilebilir. Aile planlamasına erkeklerin katılımını sağlar. En önemli faydası cinsel yolla bulaşan hastalıklara ve AIDS'e karşı korunmayı sağlamasıdır.

Kondom kullanan erkekler, en fazla duyarlılık azalması ve cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmasından yakınırırlar.

Kondom ereksiyon durumundaki penise, vajinal temas sağlamadan takılmalıdır. Ereksiyon kaybolmadan penis vajenden çekilmeli, bu sırada kondom tutularak kayması önlenmelidir.

Kondom bir kere kullanıldıktan sonra kesinlikle atılmalıdır.

Kayganlaştırıcı olarak vazelin, yağ ve benzeri maddeler kullanılmamalıdır. Gerekiyorsa, K-Y jel, gliserin gibi su bazlı kayganlaştırıcılar kullanılabilir (44).

2)Kadın Kondomu

Bir kontraseptif seçenek olan kadın kondomu, özellikle eşleri kondom kullanmayan kadınlara cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korunma şansı verir. İlk kez, 1992 yılında Avrupa’da piyasaya sürülmüştür, hala benzer çalışmalar devam etmektedir.

Poliüretan ya da lateks bir kılıf ile i 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. Dolayısıyla, cinsel yolla bulaşan hastalıklar için koruyucu özelliği vardır (26).

3) Diyafram

Diyafram; serviksi örten, yuvarlak, kenarları daha sert, kauçuk bir araçtır. Spermin servikse ulaşmasını önleyecek şekilde vajina derinine yerleştirilir. Daha etkili olması için kontraseptif kremlerle birlikte kullanılır (26).

Her cinsel ilişkide doğru olarak kullanıldığında güvenilir bir yöntemdir. Bir yıllık kullanımdan sonra tipik kullanım başarısızlık oranı %18’dir (38). Yaşlı, evli ve uzun süreli kullanan kadınlarda etkinlik daha yüksektir.

Diyafram güvenli bir yöntemdir ve nadiren önemsiz yan etkilere neden olur. Seyrek olarak diyaframla birlikte kullanılan jel ya da kreme karşı vajinal irritasyon gelişir. İdrar yolu enfeksiyonları da doğum kontrol hapi kullananlara göre 2 kat artmıştır (45).

Diyafam kullanan kadınlarda cinsel ilişki sonrasında hemen idrara çıkmaları ya da tek doz profilaktik antibiyotik almaları önerilmektedir.

Uygunsuz yerleşim ya da diyafamın servikte 24 saatten fazla kalması vajinal ya da mukozal hasara neden olabilir.

Diyafam kullanımı gonokoksik servisit ve pelvik inflamatuvar hastalık insidansını azaltır (46).

Diyafamın önemli avantajlarından biri de ucuz, dayanıklı ve uzun süreli kullanılabilir olmasıdır.

Lateks ya da Nonoxynol alerjisi, toksik şok sendrom hikayesi, anatomik anomaliler (vajinal septum, vajinal prolapsus) öğrenme güçlüğü ve postpartum ilk 6 hafta kullanımı için kontrendikasyon oluşturur (44).

Diyafam ilişkiden hemen önce uygulanmalı ve sonrasında en az 6 saat süreyle çıkarılmamalıdır. Toksik şok sendromu riskini azaltmak için, 24 saatten fazla servikte bırakılmamalıdır. Yerleştirilmeden önce spermisit jel ya da krem diyafam kubbesine doldurulmalı ve her cinsel ilişkiden önce aplikatör dolusu spermisit vajinaya boşaltılmalıdır.

7 kilodan fazla kilo değişikliği, vajinal doğum, pelvik ameliyatların vajen ölçüsünü değiştirebileceği kullanıcıya hatırlatılmalıdır. Kullanıcılar yılda bir defa muayeneye çağrılmalıdır.

Diyafam çıkarıldıktan sonra su ve sabunla yıkanmalı kurulandıktan sonra üzerine pudra döküp, serin ve karanlık bir yerde saklanmalıdır. Düzenli aralıklarla delik olup olmadığı kontrol edilmelidir (28).

4) Servikal Başlık (Cap)

Servikal başlık, diyaframa oranla daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçüktür. Serviks üzerine oturtulur, kıvrılabilen kenarları ile vakum oluşturularak serviks ya da üst vajinal duvara oturur. Bu yüzden vajinal tonusu azalmış kadınlar tarafından da kolayca kullanılabilir.

Kullanıcıların eğitimi çok önemlidir. Etkinliği diyaframa yakındır. Tipik kullanımda ilk yıl başarısızlık hızı %20 civarındadır (26).

Cinsel ilişkiden sonra 48 saat süreyle yerinde kalabilir. Diyaframa oranla çiftlerde cinsel açıdan rahatlık sağlar çünkü her ilişkiden önce spermisit uygulamaya gerek yoktur.

Kullanım kontrendikasyonları diyafram ile aynıdır. İlaveten servikal başlık kullanımından önce servikal smear taraması mutlaka yapılmalıdır. Smear, üç aylık kullanımdan sonra tekrar edilmelidir (44).

5) Spermisitler

Vajinal spermisitlerin köpük, jel, krem, fitil, sünger ve film gibi farklı formları vardır. Her formu inert baz ve nonoxynol-9 ya da octoxynol-9 içerir. Bu maddeler spermleri etkisiz hale getirir. Tek başlarına kullanıldıklarında tipik başarısızlık hızı %15-20'lere ulaşır. Spermisitlerle birlikte kondom ya da diyafram kullanımı teşvik edilmelidir (44).

Hiçbir sistemik etkisi yoktur. Kullanım için reçete ya da tıbbi muayene gerekli değildir. Gonore, Klamidyal enfeksiyon ve pelvik inflammatvar hastalığa karşı korunma sağlar.

Tek kontrendikasyonu alerjik reaksiyondur. Genital organlarda yanma ya da irritasyona neden olabilirler (26).

Krem ve jel formları genelde diyafram ve servikal başlıkla birlikte kullanılır, ancak tek başına da kullanılabilir. Köpük, krem ya da aplikatör doluncaya kadar sıkılır, aplikatörün ucu servikse erişinceye kadar vajinaya sokulur. Piston itilerek boşaltılır. Etki hemen başlar, beklemeye gerek yoktur. Köpük formu daha iyi yayılır ve serviksi tamamen kaplar.

Vajinal sünger; 1 gram nonoksiyol-9 içerir. Uygulamadan önce çeşme suyu ile nemlendirilir ve vajene yerleştirilir. 24 saat boyunca çıkarılmadan kullanılabilir. Hiç doğum yapmamışlarda daha etkilidir.

Fitiller; cinsel ilişkiden 10-30 dakika önce yerleştirilmelidir. Çözümleri için zamana ihtiyaç vardır ve tamamen erimeyebilirler.

Filmler; ilişkiden 5 dakika önce vajina derinine yerleştirilir. 1.5 saat süreyle etkisini kaybetmez. Küçük boyutlarda olduğu için kullanımı daha kolaydır (44).

D) CERRAHİ KONTRASEPSİYON

Gönüllü cerrahi sterilizasyon (kadınlarda tüp ligasyonu ve erkeklerde vazektomi) bütün dünyada kabul edilen ve giderek yaygınlaşan bir aile planlaması yöntemidir. Başka çocuk istemeyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir (26).

Kadında Cerrahi Sterilizasyon: Tüp Ligasyonu

Tüp ligasyonu, başka çocuk istemeyen ve doğurganlığını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir. Cinsel işlev ve tatminde bir değişiklik yapmayacağı gibi, vücudun diğer işlevlerini de etkilemez.

Tüp ligasyonunda her iki tüp mekanik yolla kapatılır. Bu işlem iki şekilde yapılabilir:

Minilaparotomi: Klasik laparatominin basitleştirilmiş şeklidir.

Laparoskopi: Tüplerin laparoskop kullanılarak bağlanmasıdır.

Oyum, overlerden fallop tüplerine geçer, tüp içinde spermle karşılaşır ve döllenir. Döllenmiş yumurta, uterus içine yerleşebilirse normal gebelik oluşur. Tüp ligasyonu ile her iki tüp mekanik şekilde kapatılarak döllenme engellenir.

Tüp ligasyonu en etkili yöntemlerden biridir. Oral kontraseptifler, RİA ve enjekte edilen kontraseptiflerden çok daha etkilidir; başarısızlık oranı yalnızca 1000'de 1 kadardır (26).Mini laparotomi doğum sonrası hemen ya da altı hafta sonra uygulanabilir. Laparoskopik girişimler

doğumdan en az altı hafta sonrasına kadar ertelenmelidir. Bütün bu girişimler lokal anestezi altında yapılabilir (47).

Kısırlaştırma işlemlerinden dolayı seksüel disfonksiyon bildiren vaka yoktur. Aksine gebelik riski olmadığı için kişiler daha rahat davranmaktadır (48).

Mikrocerrahi ile tüplerin yeniden bağlanması mümkündür, ancak tüplerin çok az kısmı zarar görmüşse bu gerçekleşebilir. Bu yüzden çiftlere özellikle genç olanlara çok iyi danışmanlık vermek gerekir. Danışmanlık esnasında eşlerin ikisi de bulunmalıdır. Sezaryen operasyonu esnasında ya da zor doğum sonrasında hemen tüp ligasyonu yapmak doğru değildir. Tüp ligasyonu yapılan kadınların beklenenden daha fazla psikolojik sorunlarının ortaya çıktığı göz ardı edilmemelidir (49).

Erkeklerde Cerrahi Sterilizasyon: Vazektomi

Vazektomi, en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Bu yöntem cinsel ilişki ve tatminde bir değişiklik yapmayacağı gibi, vücudun diğer işlevlerini de etkilemez. Vaz deferenslerin bağlanıp kesilmesi sonucu spermelerin meniye geçişini engelleyen bir yöntemdir.

Erkek döl hücresi olan sperm, testislerde üretilir ve vaz deferens adlı kanal aracılığıyla penise taşınır. Vazektomide vaz deferens, skrotuma üst kısmından girilerek bulunur, kesilir ve bağlanır. Sperm daha ileriye geçemez. Erkekler bu küçük cerrahi işlemden sonra da semen üretmeye, aynı cinsel işlev, arzu ve heyecanları yaşamaya devam eder, görünüm ve duygu bakımından aynı kalırlar. Vazektomi, testislerin alınması ya da çalışamaz duruma gelmesi demek olan kastrasyonla karıştırılmamalıdır.

Vazektomi en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Oral kontraseptif, RİA, enjekte edilen kontraseptif ya da kondomdan daha etkilidir; başarısızlık oranı 1000'de 1 kadardır. Gebelikler genellikle vazektomiden hemen sonra görülür. Bu yüzden yöntemi seçenlere 20 boşalma boyunca ek bir yöntemle korunması gerektiği mutlaka vurgulanmalıdır (26).

İşlem sonrasında şişlik, ekimoz ve ağrı olasılığı vardır. Bu şikayetler, 1-2 haftada yok olur. Daha nadiren enfeksiyon, hematoma ve epididimit oluşabilir. Oluşan komplikasyonlar ısı tatbiki, skrotal

elestasyon ve uygun antibiyotik tedavisi ile önlenabilir. Bazı çalışmalarda vazektomize erkeklerin prostat kanseri açısından artmış risk altında olduğu belirtilirken, bazı çalışmalar bunun aksini iddia etmektedir.

Vazektomide antisperm antikor oluşur. Bu antikorların oluşumunun hastalık ya da kalp hastalıkları artırıcı riski yoktur. Olanak varsa vazektomi yapılan hastalara 2 ay sonra semen analizi yapılarak azospermi kanıtlanmalıdır (50).

E) DOĞAL AİLE PLANLAMASI

Eşlerin menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerini, doğal olarak görülen belirtilerle saptayarak fertil dönemde cinsel ilişkide bulunmamalarını tanımlayan bir deyimdir. Bu tanımda, kontrasepsiyonun önlenmesinde ilaç, alet veya cerrahi yöntem kullanılmaz, fertil devrede cinsel temasın olmadığı kesin olarak belirtilmiştir. Günümüzde fertilité ve ovulasyonu saptamada bir takım kimyasal ve hormonal testlerden de yararlanılmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalarda, idrarda LH piki tayini, tükürük ya da servikal mukusta eğrelti otu görüntüsü bulunmasının ovulasyon gününü belirlemede etkili olduğu kanıtlanmıştır (12).

1. Bazal vücut ısı takibi
2. Servikal mukus takibi
3. Servikal palpasyon yöntemi
4. Takvim veya ritim metodu
5. Geri çekme
6. Vajinal yıkama

1) Bazal vücut ısı takibi

Ovulasyon sonrası, corpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu vücut ısını 0.2°C - 0.5°C arasında yükseltir. Bir sonraki menstruasyona kadar yüksek ısıda tutar. Bu yükselişe termal kayma denir ve bu da bazal vücut ısı yönteminin esasını oluşturur. Ovulasyon, muhtemelen ilk ısı yükselişinden önceki gün gerçekleşir. Çift, menstrüel kanamanın ilk gününden infertil dönemin başladığı, ısı artışının saptandıktan sonraki üçüncü günün akşamına kadar cinsel

perhizle gebelikten korunabilir. Ateş ölçme işlemi hassas bir termometre ile sabah yataktan kalkmadan önce, ortalama aynı saatlerde ve tercihen oral yoldan ölçülüp not edilmelidir (26).

2) Servikal Mukus Takibi (Billings Ovulasyon Metodu)

Yöntemin temeli servikal mukusun niteliğinin farkında olmaktır. Kadın her gün parmağını vajenine sokarak mukus değişikliğini kontrol eder. Ovulasyon döneminde akıntı artar, incilir, rengi berraklaşır ve kaygan hale gelir. Şeffaf, iplik gibi uzayan mukusun vajina içerisi etrafında oluşturduğu ıslaklık, yağlama ve kayganlığın hissedildiği en son güne zirve günü denir. Zirve gününden itibaren 4 gün süreyle cinsel ilişkiden kaçınılır (44).

Doğal aile planlamasının etkili olması için, çiftlerin cinsel davranışlarında düzenlemeler yapmaları gerekir. Kadının fertil günlerini belirleyip her gün bir forma kaydetmesi gerekecektir. Bu yöntemi uygularken spermin kadının genital yolunda 48-72 saat süreyle canlı kalabildiği ve ovumun ömrünün 24-48 saat olduğu akılda tutulmalıdır. Fertilitenin en fazla olduğu dönem, ovulasyondan 5 gün önce başlar ve ovulasyondan iki gün sonra sona erer. Gebe kalma olasılığı ovulasyon günü ile ondan önceki iki günde en üst düzeydedir.

Ovulasyon günündeki oynamalar nedeni ile cinsel ilişkiden kaçınılması gereken süre uzun tutulmalıdır ya da bu sürede bariyer yöntemleri de kullanılmalıdır.

Bu yöntemin etkinliği çiftlerin motivasyon, istek ve yöntemi doğru kullanmaları ile ilişkilidir. Tipik başarısızlık oranları %20'dir. En ufak bir ihmal ya da hatada kolaylıkla gebe kalınabilir. Bir kere risk almış bir çiftin tekrar risk alma eğilimi yüksektir (26).

Doğal aile planlaması yöntemleri gebeliği önlemek ya da oluşturmak için kullanılır. Herhangi bir yan etkisi yoktur. Ekonomiktir ve malzeme ihtiyacı yoktur. Dini ve ahlaki değerlerden etkilenmez. Yöntem bir kere öğrenildikten sonra yaşam boyu kullanılabilir.

Yöntem eğitimi ortalama olarak üç ay sürer. Bu dönem içinde hastayla sık sık görüşmek gerekir. Bu metod düzensiz adet kanamaları olan kadınlar ve uyum zorluğu çeken çiftler için uygun değildir.

3) Servikal palpasyon yöntemi

Bu yöntem kadın çömelmiş ya da ayaktayken (ancak her defasında aynı konumda) kendi kendine palpasyonla serviks kıvamındaki değişiklikleri tanımlayıp yorumlaması esasına dayanır. İnfertil dönemde serviks serttir, eksternal os kapalıdır ve servikse kolay ulaşılır. Yaklaşmakta olan ovulasyonla birlikte östrojen hormonu yükseldikçe, serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir ve servikal os açılır. Ovulasyondan 4-5 gün önce, yumuşamanın başlaması belirgin hale gelir. Os yavaş yavaş açılır ve palpasyonla servikse daha zor ulaşılır. Ovulasyonu izleyen günlerde serviks yeniden sertleşir, aşağı iner ve os kapanır. Bu yöntemle kadın, ilk değişiklikleri belirlediği andan itibaren serviksi kolayca hissettiği, serviksin sert ve osun kapalı olduğu zamana kadar fertil sayılır (26).

4) Takvim veya ritim metodu

Takvim yöntemi, menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için altı aylık bir gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan bir yöntemdir. Yöntem, fertil günlerde çiftin cinsel ilişkiden kaçınması ve güvenli günlerden yararlanması esasına dayanır.

Düzensiz siklusları olan çok genç yaştaki kadınlarda, düşük ve doğum sonrasında ve menopoza yakın dönemlerde asla önerilmemelidir.

Kadının fertil olduğu dönemin başlangıcı en kısa siklustan 18 çıkartılarak bulunur. Fertil dönemin son günü ise en uzun siklustan 11 çıkarılarak bulunur. Bu dönem arasında ilişki ertelenmelidir (44).

Bu yöntem çoğu kez plansız gebeliklere neden olduğundan kullanımı sınırlı kalmıştır.

5) Geri çekme

Halk arasında bu yöntemle “çekilme”, ”dikkatli olma”, ”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. Doğru uygulandığında gebelik oranı %9-15 dolayındadır. Bu yöntemle başarı, kişisel etmenlere bağlıdır ve erkeğin doğurganlığı planlamadaki sorumluluğunu yansıtır (26).

6) Vajinal yıkama

Pek çok kadın, vajina duvarı ve kanalındaki spermleri yıkayıp atma düşüncesiyle cinsel ilişkiden hemen sonra vajinayı suyla yıkamanın gebeliği önlediğine inanır. Bunun hiçbir kontraseptif etkisi yoktur, çünkü spermler birkaç saniye içinde servikal mukusa geçebilir (26). Eğer ilişki esnasında spermisit de kullanılmış ise duş sonrası gebelik riski artar (51).

F) EMZİRME VE GEBELİĞİN ÖNLENMESİ

Emzirme doğurganlığı önleyebilir ancak güvenli bir yöntem değildir. Etkatif olması için gece ve gündüz yaklaşık iki saatte bir emzirmek ve bebeğe anne sütü dışında başka bir besin vermemek ve annenin adet kanaması görmemiş olması gerekir. Bu şartlar altında ilk 6 ay boyunca laktasyonel amenore yöntemi kullanılabilir. Ancak ovulasyon ve gebelik adet görmeden de oluşabilir. Emziren annelerde 3. ayın sonunda, emzirmeyenlerde ya da kısmen emzirenlerde 3. haftanın sonunda diğer korunma yöntemlerinden birine başlamak gerekir. Bu Spearoff’un 3’ler kuralı olarak bilinir (28).

G) POSTKOİTAL KONTRASEPSİYON

Acil (postkoital) kontrasepsiyon korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra, sürdürülmesi kesinlikle istenmeyen olası bir gebeliğin implantasyondan önce önlenmesidir. Tek bir korunmasız ilişkinin siklusun ovulasyon dönemine yakınlığına bağlı olmak üzere %25'lere varan yüksek gebelik riskine neden olabileceği bildirilmektedir (52).

- Ertesi Gün Hapı:

Acil kontrasepsiyon ertesi gün hapı olarak da adlandırılır. Bilinen ya da şüpheli kontrasepsiyon hataları, korunmasız cinsel ilişki gibi durumlarda hamilelikten korunma amacıyla kullanılır. Acil kontraseptif yöntemin hemen kullanılması hamilelik riskini %1-2'ye düşürür. Yöntemin etkinliği kullanılan yöntem ve korunmasız ilişki ile yöntem kullanımı arasında geçen süreye bağlıdır (53).

Kullanılan Yöntemler:

- Kombine oral kontraseptifler (Yuzpe rejimi): 0,1 mg etinil östradiol ve 1,0 DL-norgestrel; ilk 72 saat içinde 12 saat arayla 2 doz olarak
- Progestinli oral kontraseptifler: 1,5 mg levonorgestrel tek doz, ya da 0,75 mg levonorgestrel 12 saat arayla iki doz (ilk 72 saat içinde)
- Preven (Gynetics): 0,25 mg levonorgestrel ve 0,05 mg etinil östradiol; ilk 72 saat içinde 12 saat arayla iki doz (54).

Levonorgestrel içeren yöntemlerin daha etkili olmaları ve yan etkilerinin daha az olması nedeniyle Yuzpe yöntemine tercih edilmesi yönünde ortak bir konsensüs oluşmuştur (55, 56). Bunun yanında DSÖ'nün yaptığı çok merkezli randomize çalışma levonorgestrel dozunun bölünmeden 1,5 mg'lık tek doz halinde alınabileceğini göstermiştir (57). Levonorgestrel'in yan etkide artış olmadan tek doz olarak alınabilmesi kullanımının basitleştirmiştir.

Etki mekanizması siklusun hangi döneminde kullanıldığına bağlı olarak, ovulasyonu veya fertilizasyonu ya da implantasyonu önlemesidir(58). Doğru kullanıldıklarında etkinlikleri %98'dir(59).

Acil kontraseptif olarak kombine oral kontraseptif kullananların %30-60'ında bulantı görülmektedir. Bu durum alınan her dozdan sonra oluşabilir ve 2 günden uzun sürmeme eğilimindedir. Hastaların %12-22'sinde kusma görülür. Kusma ve bulantının sıklığı ve yoğunluğu ilk doz acil kontraseptif ilacın alınmasından 1 saat önce antiemetik ilaçların kullanımı ile azaltılabilir (60,61).

Kombine yöntemlerle karşılaştırıldığında sadece progestinli yöntemlerde bulantı ve kusma sıklığı belirgin olarak azdır. Sersemlik ve yorgunlukta da benzer fark görülmektedir (62).

Sadece progestinli yöntemler hamileliği önlemede kombine ilaçlardan daha etkili görünmektedir (62). Bu yöntemler hamilelik riskini azaltmalarına rağmen rutin olarak kullanılan diğer doğum kontrol yöntemlerinden daha etkili değildir (63).

WHO oral kombine acil kontrasepsiyon yöntemleri için hamilelik dışında kontrendikasyon olmadığı sonucuna varmıştır (63). Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji acil oral kontraseptiflerin bilinen ya da şüpheli hamileliklerde, ilaca karşı hipersensitivite reaksiyonlarında ve nedeni bilinmeyen genital kanamalarda kullanılmaması gerektiğini belirtmiştir (64).

- Postkoital RİA uygulaması:

Diğer bir yöntem ise Korunmasız koitusun olduğu sıklusta ovulasyonu izleyen ilk 5-7 gün içerisinde bakırlı RİA uygulamasıdır. En etkili acil kontraseptif yöntemlerindendir. Başarısızlık oranı %0,01 olarak bildirilmektedir(65). Ancak pratik değildir.

- Mifepriston (RU-486):

Bir progesteron antagonisti olan mifepriston da (RU486) acil kontrasepsiyonda kullanılmaktadır. 600 mg(10 mg/kg) per oral, tek doz uygulamada tama yakın başarı bildirilmektedir. Yapılan son araştırmalarda, 50 mg tek doz uygulamanın bile yeterli olduğu gösterilmiştir. Daha az yan etkisinin olması ve diğer hormonal yöntemlere kıyasla daha az kürtaj gerektirmesi üstünlükleridir.

Mifepristonun postkoital kontrasepsiyonda luteal fazda kullanılması önerilmektedir. Bazı kliniklerde rutin olarak adet 27. günü verilmektedir(65).

DÜŞÜK

Düşük, fetüs uterus dışında yaşama yeteneği kazanamadan gebeliğin sonlanmasıdır. Genellikle kabul edilen tanım, gebeliğin 20 haftanın altında veya fetüsün 500 gr'ın altında olmasıdır. Düşük 12 haftadan önce ise erken düşük, 12-20 hafta arasında ise geç düşük olarak tanımlanmaktadır (66).

Düşük iki türlü olabilir:

1- Kendiliğinden düşük; bir müdahale olmaksızın sonlanan gebeliklerdir. Tüm gebeliklerin %10-20'sinde görülür ve %75'i 16. haftadan, %62'si 12. haftadan önce olur.

- *Kaçınılmaz düşük (Abortus incipiens)*; konsepsiyon ürününün atılımı olmadan, serviksin sürekli ve ilerleyen dilatasyonu ile birlikte olan kanamadır.
- *Missed Abortus*; embriyo veya fetüsün 20. hafta tamamlanmadan önce ölmesi ve ürünün 8 hafta veya daha fazla fark edilmeden uterusda kalmasıdır.
- *Enfekte Abortus*; genital enfeksiyona eşlik eden düşüktür.
- *Septik Abortus*; enfeksiyonun tüm maternal dolaşıma yayılması ile birlikte olan enfekte düşüktür.
- *Habitual Abortus*; peş peşe üç gebeliğin kaybıdır (12,66)

2- İsteyerek düşük; düşüğün bir müdahale ile yapılmasıdır ve gebeliğin sonlandırılması amacıyla kasıtlı eylem ile başlatılır

DSÖ, isteyerek yapılan düşük ile kendiliğinden olan düşüğü birbirinden ayırt etmek üzere bazı kriterler belirlemiştir. Böyle bir sınıflandırma, düşüğe bağlı komplikasyonların tanı ve tedavisi ile bu durumda karşılaşılan etik sorunların uygun biçimde yönetilmesi ihtiyacından kaynaklanmaktadır (12).

DSÖ'nün Düşük Sınıflandırması:

1. Kesinlikle isteyerek düşük: Eğer kadın düşüğün isteyerek olduğunu bildirirse veya bu bilgi kadının ölmesi durumunda bir sağlık personeli veya bir akraba tarafından verilirse veya genital yolda travmaya ilişkin kanıtlar veya yabancı cisim varsa “kesinlikle isteyerek düşük” olarak sınıflandırılır.

2. Büyük olasılıkla (Kuvvetle muhtemel) isteyerek düşük: Eğer kadında sepsis veya peritonitin eslik ettiği düşük belirtileri varsa ve kadın gebeliğin istenmeyen bir gebelik olduğunu bildirirse (kadın gebeliği önleyici bir yöntem kullanıyor olabilir veya gebelik isteği dışında bir nedenle kullanmıyor olabilir) “Kuvvetle muhtemel isteyerek düşük” olarak sınıflandırılır.

3. Olasılıkla (Muhtemelen) isteyerek düşük: Eğer yukarıda belirtilen “büyük olasılıkla isteyerek düşük” kriterlerinden sadece birisi varsa “olasılıkla isteyerek düşük” olarak sınıflandırılır.

4. Kendiliğinden düşük: Eğer yukarıda belirtilen kriterlerin hiçbiri yoksa veya kadın gebeliğin isteyerek ve planlı olduğunu bildirirse “kendiliğinden düşük” olarak sınıflandırılır (67,68)

İSTEYEREK DÜŞÜK YÖNTEMLERİ:

İsteyerek düşükte başvuru yöntemlerinden en tehlikeli olanı kadının kendi müdahalesi ile (uterusa yabancı cisim uygulanması, aşırı doz ilaç alma, vs.) düşüğün başlatılmasıdır. En ciddi komplikasyonların, ölümün meydana geldiği düşük şeklidir (69).

İsteyerek düşüklerin bir sağlık personelinin müdahalesi ile yaptırılmasında uygulanan yöntemler ise genel olarak iki başlık altında sınıflandırılabilir: (12)

1. Medikal (tıbbi) düşük
2. Cerrahi düşük.

Medikal (tıbbi) Düşük:

Gebeliğin, genellikle 9 haftadan önce, cerrahi müdahale yapılmaksızın, ilaçla sonlandırılmasıdır.

Bu amaçla çeşitli ilaçlar kullanılır:

- Antiprogestin: mifepristone (ülkemizde henüz ruhsatlandırılmamıştır)
- Antimetabolit: methotrexate
- Prostaglandin analogu: misoprostol.

Mifepristone (RU-486) bir steroidtir ve bir prostaglandin ile kombine edildiğinde düşük yaptırır. Bunlara “düşük hapi” da denir. İlaç progesteronun normal işlevini bloke ederek döllenmiş yumurtanın uterus duvarına implante olmasına engel olur. Veya implantasyon meydana gelmişse, uterus iç duvarının atılmasını sağlar. Bu ilaç son adet tarihinden itibaren 9 hafta içinde ve ilacın alımından iki gün sonra bir doz prostoglandinle takviye edilirse etkinliği en yüksek dereceye ulaşır. Yeni bir ilaç olmasına rağmen, oldukça güvenlidir.

Misoprostol PGE analogudur. Ucuzdur. Oral, Sublingual, bukkal veya vajinal yoldan kullanılmaktadır.

Mifepriston (200 mg) + 400 mcg misoprostol kullanılarak yapılan medikal abortusta başarı %97-98'dir.

Medikal abortusun yan etkileri;

- Ağrı
- Kanama
- Bulantı, kusma, diyare
- Kısa süreli ateş, üşüme
- Bas ağrısı
- Bas dönmesi

Medikal	Cerrahi
<ul style="list-style-type: none"> • Yüksek başarı hızı (%95-98) • Genellikle cerrahi işlem yoktur • En az iki ziyaret gerektirir • Düşük, genellikle ikinci medikasyonu izleyen 24 saat içerisinde meydana gelir • Erken gebelikte uygulanabilir • Oral ağrı kesici kullanılabilir • Bazı işlemler evde yapılabilir • Medikasyon, spontan düşüğe benzer olaylara neden olur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Yüksek başarı hızı (%99) • Uterusa aletle müdahale edilir • Tek ziyarette yapılır • İşlem yaklaşık 5-10 dakikada tamamlanır • Erken gebelikte uygulanabilir • Anestezi ve sedasyon gerekebilir • İşlem bir klinikte veya muayenehanede yapılır • İşlemi sağlık personeli yapar • Cerrahi işlemin risklerini taşır

Tablo 1. Medikal Ve Cerrahi Düşüğün Özellikleri:

Cerrahi Düşük:

Cerrahi düşük, çeşitli cerrahi yöntemlerle yapılan düşüktür. Türkiye’de en sık kullanılan düşük yöntemi cerrahi bir yöntem olan menstrüel regülasyondur (MR). Dilatasyon ve kürtaj (D&C) ise yalnızca kadın doğum uzmanları tarafından uygulanabilen bir cerrahi yöntemdir.

Farklı yöntemler kullanılmaktadır:

- a) Menstrüel Regülasyon (MR)
- b) Vakum aspirasyonu
- c) Dilatasyon ve kürtaj (D&C).

İstenmeyen Gebeliklerin Sonlandırılmasında Kullanılan Cerrahi Yöntemler:

*a) Koruyucu Düşük, Endometrial Aspirasyon veya **Menstrüel Regülasyon (MR)** Karman Aspirasyonu, Menstrüasyon İndüksiyonu, Menstrüel Ekstraksiyon, Menstrüel aspirasyon, Mini-Suction, Elle Vakum Aspirasyonu:*

Bu yöntemle, uterin kavitenin bir kanül ve enjektör yardımı ile aspire edilmesi, ilk kez 1860'larda denenmiştir. Basit, kolay ve atravmatik bir yöntemdir. Bu aspirasyon yöntemi son adet tarihinin üzerinden 5-6 hafta geçmeden önce uygulanır. Gebelik henüz tespit edilmeden de uygulanabilir. Bu yöntem olası bir gebeliğin çok erken döneminde uygulandığı için çok küçük bir plastik kanül kullanılır. Kanülün diğer ucunda vakum etkisi yaratan bir enjektör vardır. Uterus yüzeyi embriyonik doku ve plasenta artığı kalmayacak şekilde temizlenir. On gün sonra izleme davet edilir.

Adet gecikmesi olduğunda gebelik araştırılmadan adeti düzene sokmak amacıyla uygulanması öngörülmüş bir yöntemdir. Ancak ülkemizde kanıtlanmış gebelikleri sonlandırmak için yaygın seklide kullanılmaktadır.

Bu yöntemde genellikle servikal dilatasyon gerekli değildir. Anestezi rutin olmamakla beraber, önemli oranda ağırlı bir işlem olmasından dolayı bazı operatörler tarafından paraservikal blok ve/veya anestezi rutin olarak kullanılır (25).

MR yönteminde, vakum aspirasyonu için değiştirilmiş 50 cc'lik enjektör ve 1960'ların sonunda Karman tarafından dizayn edilen ve yaygınlaşan esnek yumuşak kanül kullanılmaktadır. Şırınganın ucunda esnek vinil veya lateksten yapılmış bir kısım ve bunun üstünde plastik kapayıcı valv bulunur. Valv kapalı olduğunda, piston kolu çekilir ve her iki ayağı gerilip oluklara geldiğinde vakum oluşur. Karman kanülleri 4-12 mm çapında, iki künt açıklığı olan düdük şeklinde plastik pipet şeklinde aletlerdir. İki yanında açıklığı olan kanülün düşey kısmı da, uterus duvarında küret görevi görür. Esnek olması uterus perforasyonu riskini azaltır. Kanüller genellikle tek kullanımlık olmalarına rağmen, gerektiğinde dikkatli bir kullanım ile 15-20 kez kullanılabilirler. Ancak sterilizasyon için yüksek ısı, iyodin ve iritan olabilen formalin kullanılmaması gerekmektedir. Kimyasal sterilizasyon için uygun olan, kanüllerin %8'lik formaldehitte 24 saat veya %2'lik glutaraldehitte 10 saat bekletildikten sonra steril suda durulanmaları ile kanüller güvenli bir şekilde tekrar kullanılabilirler (26).

Her tıbbi yöntemde olduğu gibi MR işleminde de belirli standartlara dikkat edilmelidir. Hasta, yapılacak işlem hakkında bilgilendirilmelidir. Pelvik muayene esastır, aspirasyon uygulamasının kontrendike olduğu herhangi bir durum için hekim dikkatli olmalıdır. İşleme başlamadan önce mesane boş olmalıdır, ancak üriner enfeksiyon riski nedeniyle kateterizasyon önerilmez. Rahatsızlık genellikle kanül ile internal servikal ostian geçerken, uterus kontraksiyonunun uyarılmasıyla olur. Uterus boşaltılırken kişiden kişiye değişen kramp tarzı ağrı olabilir (26).

Spekulum ile serviks gözlenir, antiseptik povidon iyot ile serviks temizliğini takiben tenekulum ile serviks, eğer eksternal osu kapamıyorsa posterior dudaktan tutulur. Karman kanül ölçüm amacıyla da, fundusa kadar ilerletilebilir. Daha sonra az geriye çekilerek, vakum oluşturulmuş enjektöre takılır. Valv açılır ve kanül ileri geri hareketlerle hafifçe çevrilerek uterus içindeki materyal aspire edilir. İşlem esnasında materyal dolarsa valv kapatılarak kanülden ayrılır ve materyal bir kaba boşaltılır. İşlemin sonunda, endometriyumun bazal tabakasına kadar ulaşılmıştır. Kanülün ileri geri hareketlerinde cry sesi gelmesi bize endometriyumun bazal tabakasına kadar ulaşıldığını gösterir. Enjektöre materyal gelmeyene kadar işleme devam edilir. Bu noktada, kanül içinde köpüğün gözlenmesi uterusun boşaldığını gösterir. İşlemin bu bölümünde kadın büyük bir rahatsızlık hisseder ve enjektöre materyal gelmediği zaman işleme son verilir. İşlem sonunda materyalin incelenmesi önemlidir (26).

Eğitilmiş personel tarafından yapıldığında komplikasyon minimum düzeydedir. Potansiyel olarak en ciddi komplikasyonlar aşırı kan kaybı ve inkomplet işlemdir (26).

b) Vakum Aspirasyonu

Gebeliğin 6-14. haftasında uygulanır. Gebelik daha büyük olduğu için daha büyük bir kanül kullanılır. On haftadan büyük gebeliklerde servikal dilatasyon gerekir.

c) Dilatasyon ve Kürtaj (D & C)

Genellikle hastanede genel anestezi altında yapılır. 6-16. haftalık gebelikler için uygundur. İşlem sırasında servikal dilatasyon uygulanarak uterus içi kürete edilir, aspirasyon kullanılmaz. Yerini büyük oranda daha güvenli olan aspirasyona terk etmiştir.

Düşük Teknikleri	Olumlu Yönleri	Olumsuz Yönleri
Menstrüel Regülasyon (MR)	<ul style="list-style-type: none"> • Genel anestezi gerektirmez • Dilatasyon gerektirmez • Kürtaj gerektirmez • Pratisyen hekim tarafından yapılabilir • Hastane koşulları gerektirmez 	<ul style="list-style-type: none"> • Parça kalabilir • Gebelik umulandan büyük ise başka bir yöntemle devam etmek gerekebilir
Vakum aspirasyonu	<ul style="list-style-type: none"> • Genel anestezi gerektirmez • Hafif dilatasyon gerektirir 	<ul style="list-style-type: none"> • Kürtaj gerekebilir
Dilatasyon ve Kürtaj (D&C)	<ul style="list-style-type: none"> • Genel anestezi gerekli olabilir • Hastane koşulları gerekli olabilir 	<ul style="list-style-type: none"> • Perforasyon riski vardır

Tablo 2. Çeşitli Cerrahi Düşük Tekniklerinin Olumlu Ve Olumsuz Yanları

MATERYAL VE METOD

Retrospektif olarak yürütülen bu çalışmanın materyalini Nisan 2005-Ağustos 2006 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Aile Planlaması Polikliniğine başvurmuş ve gebelik yasal tahliyesi isteminde bulunmuş kadınlar oluşturdu. Çalışma, çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara anket uygulanarak yapıldı. Çalışmada tüm anketler araştırmacı tarafından telefonla yapıldı.

Nisan 2005-Ağustos 2006 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Aile Planlaması polikliniğine gebelik yasal tahliyesi istemi ile başvuran hastaların isimleri ve telefon numaraları hastane kayıtlarından alınmıştır. Hastane kayıtlarından isim ve telefon numaraları alınan 218 kadından 104 kadına ulaşılabildi.

Anketteki sorular araştırmacı ve danışmanı tarafından, gerekli literatür taraması sonrasında oluşturuldu. Anketteki sorular çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır.

İsteğe bağlı düşük yapmak Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Aile Planlaması Polikliniği'nde kadın sağlığı hizmeti olarak sunulmaktadır. Aile Planlaması Polikliniği'nde iki aile hekimi uzmanı, aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistan hekimler (dönüşümlü olarak), iki hemşire ve bir personel çalışmaktadır.

Düşük öncesinde düşük istemiyle başvuran kadınlara kontraseptif yöntemler hakkında bilgi verilmekte ve düşük sonrası kadının uygulaması için kişiye uygun bir yöntem önerilmektedir.

Düşüklerde menstrüel regülasyon (MR) yöntemi kullanılmaktadır. Olgular işlemden bir hafta sonra izleme çağırılmaktadırlar.

Anket tekniği ile toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for windows 10.0 istatistik paket programı kullanıldı. Karşılaştırmalarda Fisher exact test ve ki-kare testleri kullanıldı. $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 104 menstrüel regülasyon (MR) yaptırmış kadın çalışmamızda değerlendirildi.

MR yaptıranların yaşları 19-47 arasında değişmekte idi ve yaş ortalaması 31.9 ± 7 idi. Yaş gruplarına göre dağılım tablo 3'te gösterilmektedir.

Yaş (yıl)	n	%
15-19	2	1,9
20-24	17	16,3
25-29	23	22,1
30-34	25	24,0
35-39	19	18,3
40-44	16	15,4
45-49	2	1,9
Toplam	104	100,0

Tablo 3. MR yaptıranların yaş gruplarına göre dağılımı

Tablo'da da görüldüğü gibi MR'u en çok tercih eden yaş grubu 30-34 yaş grubu (%24,0), en az tercih eden yaş grubu ise 15-19 (%1,9) ve 45-49 (%1,9) yaş gruplarıydı.

MR yaptıranların sosyal güvencelerine göre dağılımı tablo 4'te gösterilmektedir. En kalabalık grubu %63,5 ile SSK mensupları oluşturmaktadır. En küçük grubu ise %3,8 ile Bağ-Kur mensupları oluşturmaktadır. MR yaptıranların büyük oranda (%87,5) sosyal güvenceleri olduğu göze çarpmaktadır.

sosyal güvence	n	%
Emekli Sandığı	5	4,8
Bağ-Kur	4	3,8
SSK	66	63,5
Yeşil Kart	16	15,4
Ücretli	13	12,5
Toplam	104	100,0

Tablo 4. MR yaptırانların sosyal güvencelerine göre dağılımı

MR yaptırانların medeni durumlarına göre dağılımı tablo 5'te gösterilmektedir. MR tercih edenlerin %85,6'sı evli, %14,4'ü bekarıdır.

medeni durum	n	%
Evli	89	85,6
Bekar	15	14,4
Toplam	104	100,0

Tablo 5. MR yaptırانların medeni durumlarına göre dağılımı

MR yaptırانların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablo 6'da gösterilmektedir. MR yaptırانların %11,5'i okur yazar değildi ve en kalabalık grubu %54,8 ile ilkokul mezunları oluşturuyordu. %21,1'i ise lise ve üniversite mezunları idi.

öğrenim durumu	n	%
Okur yazar değil	12	11,5
Okur yazar	3	2,9
İlk okul	57	54,8
Orta okul	10	9,6
Lise	12	11,5
Üniversite	10	9,6
Toplam	104	100,0

Tablo 6. MR yaptıranların öğrenim durumlarına göre dağılımı

MR yaptıranların büyük çoğunluğu (%87,5) hiçbir sistemik hastalıkları olmadığını ifade ettiler. %12,5'i ise bir sistemik hastalıkları olduğunu ifade ettiler (Tablo 7).

sistemik hastalık	n	%
Yok	91	87,5
Var	13	12,5
Toplam	104	100,0

Tablo 7. MR yaptıranların sistemik hastalıklarının olup olmadığının dağılımı

MR yaptıranların toplam gebelik sayısına göre dağılımı tablo 8'de gösterilmektedir. Buna göre MR yaptırmayı tercih edenlerin %10,6'sının bu gebeliklerinin ilk gebelikleri olduğu görüldü. En kalabalık grubu %47.2 ile 5 ve üzerinde gebeliği olanlar oluşturmaktadır. Bir kadın 9, bir kadın 11 ve bir kadın da 12 gebelik öyküsü rapor etti. MR yaptıranların toplam gebelik sayısının ortalaması 4.4 ± 2.3 bulundu.

Gravida	n	%
1	11	10,6
2 ve 4 arası	44	42,3
5 ve üzeri	49	47,2
Toplam	104	100,0

Tablo 8. MR yaptıranların toplam gebelik sayısına göre dağılımı

MR yaptıranların yapmış oldukları doğum sayısına göre dağılımı tablo 9’da gösterilmektedir. MR yaptırmayı tercih edenlerin %12,5’i hiç doğum yapmamıştı. En kalabalık grubu (%51,9) 2 ve 3 doğum yapan grup oluşturuyordu. iki kadın ise yedişer doğum yaptıklarını ifade ettiler. MR yaptıranların ortalama doğum sayısı 2.3 ± 1.6 bulundu.

Parite	n	%
0	13	12,5
1	18	17,3
2 ve 3	54	51,9
4 ve üzeri	19	18,2
Toplam	104	100,0

Tablo 9. MR yaptıranların yapmış oldukları doğum sayısına göre dağılımı

MR yaptıranların yapmış oldukları düşük sayısına göre dağılımı tablo 10’da gösterilmektedir. MR yaptırmayı tercih edenlerin %81,7’sinin hiç düşük yapmadıkları görülmektedir. 1 kadın ise 4 düşük yaptığını rapor etti. MR yaptıranların düşük yapma ortalaması 0.25 ± 0.66 bulundu.

Düşük	n	%
0	85	81,7
1	14	13,5
2	4	3,8
4	1	1,0
Toplam	104	100,0

Tablo 10. MR yaptırانların yapmış oldukları düşük sayısına göre dağılımı

MR yaptırانların yaptırmış oldukları MR sayısına göre dağılımı tablo 11’de gösterilmiştir. MR yaptırmayı tercih edenlerin %53,8’inin ilk kez MR yaptırdıkları, %2,9’unun ise beşinci kez MR yaptırdıkları görüldü. MR yaptırانların yaptırdıkları yasal tahliye sayısı ortalaması 1.80 ± 1.08 bulundu.

Kürtaj	n	%
1	56	53,8
2	26	25,0
3	11	10,6
4	8	7,7
5	3	2,9
Toplam	104	100,0

Tablo 11. MR yaptırانların yaptırmış oldukları yasal tahliye sayısına göre dağılımı

MR yaptırانların yaşayan çocuk sayısına göre dağılımı tablo 12’de gösterilmektedir. MR yaptırmayı tercih edenlerin %12,5’inin hiç yaşayan çocuğu olmadığı görüldü. En kalabalık grubu %53.8 ile 2 ve 3 yaşayan çocuğu olanlar oluşturmaktadır. 1 kadın ise 7 yaşayan çocuğu olduğunu ifade etti. MR yaptırانların yaşayan çocuklarının ortalaması 2.22 ± 1.45 bulundu.

Yaşayan	n	%
0	13	12,5
1	18	17,3
2 ve 3	56	53,8
4 ve üzeri	17	22,4
Toplam	104	100,0

Tablo 12. MR yaptıranların yaşayan çocuk sayılarına göre dağılımı

MR yaptıranların bu gebelikleri oluştuğunda kullandıkları kontraseptif yöntemlere göre dağılımı tablo 13’te gösterilmektedir. MR yaptırmayı tercih edenlerin %54,8’inin MR öncesi herhangi bir korunma yöntemi kullanmadığı görüldü. MR öncesi herhangi bir korunma yöntemi kullananların ise büyük bir çoğunluğunun (%34,6) geri çekme yöntemini kullandıkları görüldü. 1 kadın takvim yöntemi ile ve bir kadın da enjeksiyon yöntemi ile korunduklarını belirttiler.

Bu gebelikleri oluştuğunda kullandıkları kontraseptif yöntem	n	%
RIA	4	3,8
KOK	4	3,8
Kondom	1	1,0
Geri çekme	36	34,6
Diğer	2	1,9
Yöntem kullanımı yok	57	54,8
Toplam	104	100,0

Tablo 13. MR yaptıranların bu gebelikleri oluştuğunda kullandıkları kontraseptif yöntemlere göre dağılımı

MR yaptıranların son MR'dan önceki gebeliğinin sonlanma şekline göre dağılımı tablo 14'te gösterilmektedir. MR yaptırmayı tercih edenlerin %29,8'inin bir önceki gebeliklerini de MR ile sonlandırdıkları görüldü. %56,7 ile en kalabalık grubun ise bir önceki gebeliği canlı doğumla sonuçlanmıştı.

Bir önceki gebelik sonlanma şekli	n	%
MR	31	29,8
Düşük	3	2,9
NSD	47	45,2
Sezaryen	12	11,5
İlk gebelik	11	10,6
Toplam	104	100,0

Tablo 14. MR yaptıranların son MR'dan önceki gebeliğin sonlanma şekline göre dağılımı

MR yaptıranların son yapılan MR ile bir önceki gebeliğinin arasındaki süreye göre dağılımı tablo 15'te gösterilmektedir. En kalabalık grubu (% 39,4) son iki gebeliği arasındaki süre iki yıldan az olanların oluşturduğu görüldü.

son iki gebelik arası süre	n	%
2 yıldan az	41	39,4
2-4 yıl	15	14,5
4 yıldan fazla	37	35,5
İlk gebelik	11	10,6
Toplam	104	100,0

Tablo 15. MR yaptıranların son yapılan MR ile bir önceki gebelik arasındaki süreye göre dağılımı

MR yaptırانların MR tercih sebeplerine göre dağılımı tablo 16'da gösterilmektedir. MR yaptırmayı tercih edenlerin en çok (%51,0) gebelikleri planlı olmadığı için MR yaptırmayı tercih ettikleri görülmektedir. İkinci sırayı %18,3 ile maddi sebepler almaktadır. %7,7'si ise evli olmadıkları için gebeliklerini sonlandırmak istemişlerdi.

MR sebebi	n	%
Evli değil	8	7,7
Planlı bir gebelik değil	53	51,0
Sistemik bir hastalık mevcut	5	4,8
İlaç kullanımı mevcut	4	3,8
Maddi	19	18,3
Diğer	15	14,4
Toplam	104	100,0

Tablo 16. MR yaptırانların MR tercih sebeplerine göre dağılımı

MR yaptırانların MR sırasında hissettikleri ağrı derecesine göre dağılımı tablo 17'de gösterilmektedir. MR yaptırانlardan MR sırasında hissettikleri ağrıyı 5 puan skalasına göre puanlamaları istendi. Buna göre MR yaptırmayı tercih edenlerin %40,4'ü 5 puan ağrı skalasına göre MR sırasında hissettikleri ağrının derecesinin 5 olduğunu ifade ettiler.

MR sırasında ağrı	n	%
1	22	21,2
2	8	7,7
3	23	22,1
4	9	8,7
5	42	40,4
Toplam	104	100,0

Tablo 17. MR yaptırانların MR sırasında hissedilen ağrı derecesine göre dağılımı

MR yaptırılanların MR sırasında hissettikleri ağrının MR sonrası seçtikleri kontraseptif yöntemin devamlılığına etkisine göre dağılımı tablo 18’de gösterilmektedir. MR yaptırmayı tercih edenlerin %77,9’u MR sırasında hissettikleri ağrının MR sonrasında seçtikleri kontraseptif yönetime devam etmede ya da terk etmede etkisi olmadığını ifade ettiler.

Ağrının etkisi	n	%
Hayır	81	77,9
Evet	23	22,1
Toplam	104	100,0

Tablo 18. MR yaptırılanların MR sırasında hissedilen ağrının kontraseptif yönetime devam etme üzerine etkisine göre dağılımı

MR yaptırılanların MR öncesinde verilen danışmanlığın farkındalığına göre dağılımı tablo 19’da gösterilmektedir. MR yaptırmayı tercih edenlerin %33,7’sinin MR öncesi aile planlaması danışmanlığı verildiğinin farkında olmadıkları görüldü.

MR öncesi danışmanlık?	n	%
Hayır	35	33,7
Evet	69	66,3
Toplam	104	100,0

Tablo 19. MR yaptırılanların MR öncesi danışmanlık verilme farkındalığına göre dağılımı

MR yaptırılanların MR sonrası yöntem önerilme farkındalığına göre dağılımı tablo 20’de gösterilmektedir. MR yaptırmayı tercih edenlerin %3,8’i MR sonrası herhangi bir kontraseptif yöntem önerilmediğini ifade ettiler.

MR sonrası yöntem önerildi mi?	n	%
Hayır	4	3,8
Evet	100	96,2
Toplam	104	100,0

Tablo 20. MR yaptıranların MR sonrası yöntem önerilme farkındalığına göre dağılım

MR yapıldıktan sonra yöntem uygulananların dağılımı tablo 21’de gösterilmektedir. MR yaptırmayı tercih edenlerin %94,2’sine MR sonrası kişiye uygun bir kontraseptif yöntem uygulandığı görüldü.

MR sonrası yöntem uygulandı mı?	n	%
Hayır	6	5,8
Evet	98	94,2
Toplam	104	100,0

Tablo 21. MR yapıldıktan sonra yöntem uygulananların dağılımı

MR yaptıranların MR sonrası seçtikleri yöntemlere göre dağılımı tablo 22’de gösterilmektedir. MR sonrası bir korunma yöntemi seçenlerin büyük çoğunluğunun (%84,7) RIA tercih ettikleri görüldü. %9,2 KOK, %3,1 kondom ve %3,1 enjeksiyon yöntemi ile korunmayı tercih ettikleri görüldü. 6 kişinin (%5,8) ise herhangi bir yöntem kullanmayı tercih etmedikleri görüldü.

Seçilen yöntem	n	%
RIA	83	84,7
KOK	9	9,2
Kondom	3	3,1
Enjeksiyon	3	3,1
Toplam	98	100,0

Tablo 22. MR yaptıranların MR sonrası seçilen yöntemlere göre dağılımı

MR yaptırılanların MR sonrası seçtikleri yöntemin devamlılığına göre dağılımı tablo 23'te gösterilmektedir. MR yaptırmayı tercih edenlerin %89,8'inin yapılan MR'dan 1 yıl sonra MR sonrası seçtikleri kontraseptif yönteme devam ettikleri görüldü.

MR sonrası seçilen yöntem devam ediyor mu?	n	%
Hayır	10	10,2
Evet	88	89,8
Toplam	98	100,0

Tablo 23. MR yaptırılanların MR sonrası seçilen yöntemin devamlılığına göre dağılımı

MR yaptırılardan MR sonrası seçtikleri kontraseptif yönteme devam etmeyenlerin büyük çoğunluğunun (%80) yan etki nedeniyle başka yöntem tercih ettikleri görüldü (Tablo 24).

Hayırsa neden?	n	%
Yan etki nedeniyle başka yöntem tercihi	8	80
Diğer	2	20
Toplam	10	100,0

Tablo 24. MR yaptırılanların MR sonrası seçilen yöntemi terk etme sebeplerine göre dağılımı

MR yaptırılardan MR sonrası kontraseptif yöntem seçenlerin %100'ü modern bir yöntem seçmişken, bunlardan %6,1'inin MR'dan 1 yıl sonra geleneksel bir yöntem (geri çekme) ile korunduğu ve %1'inin de herhangi bir korunma yöntemi kullanmadığı görüldü (Tablo 25).

Halen kullanılmakta olan yöntem	n	%
RIA	80	81,6
KOK	6	6,1
Kondom	4	4,1
Enjeksiyon	1	1,0
Diğer (geri çekme)	6	6,1
Yöntem kullanımı yok	1	1,0
Toplam	98	100,0

Tablo 25. MR yaptıranların MR yaptıranların MR'dan 1 yıl sonra kullanmakta oldukları yönteme göre dağılımı

MR yaptıranların MR sonrasında seçtikleri yöntemle ilgili olarak %82,7'si kontrole çağrıldıklarını, %60,5'i kontrole geldiklerini ifade ettiler (Tablo 26).

	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Kontrole çağrıldı mı?	81	82,7	17	17,3
Kontrole geldi mi?	49	60,5	32	39,5

Tablo 26. MR yaptıranların MR'dan sonra kontrole çağrılmaları ve kontrole gelmelerine göre dağılımı

MR yaptıranların MR sonrasında seçtikleri yöntemle ilgili olarak %38,8'i şikayetleri olduğunu, %61,2'si ise herhangi bir şikayetleri olmadığını ifade ettiler (Tablo 27).

Şikayet?	N	%
Hayır	60	61,2
Evet	38	38,8
Toplam	98	100,0

Tablo 27. MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayetlerinin olup olmamasına göre dağılımı

MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili en sık (%42,1) şikayet sebeplerinin kanama paterninde değişiklik olduğu görüldü. İkinci sıklıkta (%15,8) kanama düzensizliği ve üçüncü sıklıkta da (%13,2) ağrı şikayetlerinden bahsettiler. Ağrının sıklıkla bel ve kasık ağrısı olduğunu belirttiler (Tablo 28).

Şikayet varsa, ne olduğu?	n	%
Kanama düzensizliği	6	15,8
Kanama paterninde değişiklik	16	42,1
Kilo artışı	2	5,3
Ağrı	5	13,2
Diğer	2	5,3
Kanama düzensizliği+ Kanama paterninde değişiklik	1	2,6
Kanama düzensizliği + Kilo artışı	2	5,2
Kanama düzensizliği + Ağrı	1	2,6
Kanama paterninde değişiklik+ Ağrı	2	5,3
Ağrı +Diğer	1	2,6
Toplam	38	100,0

Tablo 28. MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayet sebeplerine göre dağılımı

MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayetleri sebebi ile sadece %28,9'unun bir doktora başvurduğu görüldü (Tablo 29).

Şikayet için doktora başvurdu mu?	n	%
Hayır	27	71,1
Evet	11	28,9
Toplam	38	100,0

Tablo 29. MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayetleri sebebi ile doktora başvurup başvurmamalarına göre dağılımı

MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili %87,7'inin memnun oldukları, %12,3'inin ise memnun olmadıkları görülmektedir (Tablo 30).

Kişisel memnuniyet?	n	%
Hayır	12	12,3
Evet	86	87,7
Toplam	98	100,0

Tablo 30. MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili memnuniyetlerine göre dağılımı

MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili büyük çoğunluğunun (%88,8) eşlerinin onayını aldıkları görüldü (Tablo 31).

Eş onayı?	n	%
Hayır	11	11,2
Evet	87	88,8
Toplam	98	100,0

Tablo 31. MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili eşlerinin onayını alıp almamalarına göre dağılımı

MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili eşlerinin neredeyse tamamının (%98) memnun oldukları görüldü (Tablo 32).

Eş memnuniyet	n	%
Hayır	2	2
Evet	96	98
Toplam	98	100,0

Tablo 32. MR yaptırانların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili eşlerinin memnuniyetine göre dağılımı

MR yaptırانlardan MR sonrası herhangi bir kontraseptif yöntem seçenler arasında MR'dan sonraki 1 yıl içerisinde gebelik oluşumu görülmezken, MR sonrası kontraseptif yöntem kullanmayı tercih etmeyenler arasından iki kişide MR'dan sonraki 1 yıl içerisinde gebelik oluştuğu görüldü (Tablo 33).

MR sonrası gebelik?	n	%
Hayır	102	98,1
Evet	2	1,9
Toplam	104	100,0

Tablo 33. MR yaptırانların MR'dan 1 yıl sonraki gebelik durumuna göre dağılımı

MR yaptırانların %46,2'si “MR sizce bir AP yöntemi midir?” sorusuna “hayır, değildir” şeklinde cevap verirken, “evet, MR bir aile planlaması yöntemidir” diyenlerle “bilmiyorum” diyenlerin oranının eşit (%26,9) olduğu görüldü (Tablo 34).

MR AP yöntemi mi?	n	%
Hayır	48	46,2
Evet	28	26,9
bilmiyorum	28	26,9
Toplam	104	100,0

Tablo 34. MR yaptırانların MR ve AP'na bakış açlarına göre dağılımı

MR yaptırانların AP hizmetlerine ulaşabilme bilgi durumlarına göre dağılımı tablo 35'te görülmektedir. Buna göre MR yaptırانların hepsi (%100) daha önce polikliniğimize başvurup AP hizmeti almış olmalarına rağmen, %34,6'sı AP hizmetlerine nerelerden ulaşabileceklerini bilmediklerini ifade ettiler. %65,4'ü ise AP hizmetlerine ulaşılabilir en az bir merkez bildiklerini ifade ettiler

AP hizmeti nereden alınır?	n	%
Sağlık ocakları (1)	25	24,0
AÇSAP (2)	7	6,7
Devlet Hastaneleri (3)	6	5,8
Eczaneler (4)	1	1,0
Bilmiyorum (6)	36	34,6
1+3	21	20,2
1+5(diğer)	1	1,0
2+3	1	1,0
1+2+3	5	4,8
1+3+5	1	1,0
Toplam	104	100,0

Tablo 35. MR yaptırانların AP hizmetlerine ulaşabilme bilgi durumlarına göre dağılımı

MR yaptırانların acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi durumları araştırıldı. Acil kontrasepsiyon yöntemi söyleyebilenler “evet” olarak kabul edildi. Buna göre MR yaptırانların %51,9’u “korunmasız ilişki sonrasında gebelik önlenabilir mi?” sorusuna “bilmiyorum” şeklinde cevap verirken, %37,5’i “hayır” ve %10,6’sı “evet” olarak cevap verdi (Tablo 36).

Acil kontrasepsiyon bilgi durumu?	n	%
Hayır	39	37,5
Evet	11	10,6
Bilmiyorum	54	51,9
Toplam	104	100,0

Tablo 36. MR yaptırانların AP hizmetlerine ulaşabilme bilgi durumlarına göre dağılımı

MR yaptıranların yaş grupları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. 24 yaş ve altı grupta yöntem terk etme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla bulundu ($p < 0.05$) (tablo 37). MR sonrası seçilen kontraseptif yöntemi kendi yaş grubu içerisinde en fazla terk edenin %26,3 ile 15-24 yaş grubu olduğu görüldü. Bu yaş grubu, yöntem terk edenlerinse yarısını (%50) oluşturmaktadır. En yüksek devamlılık oranını ise kendi yaş grubunda %95,6 ile 25-34 yaş grubunun oluşturduğu görülmektedir.

Yaş (yıl)	Hayır			Evet			n	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
<=24	5	26,3	50,0	14	73,7	15,9		
25-34	2	4,4	20,0	43	95,6	48,9		
35 ve üstü	3	8,8	30,0	31	91,2	35,2	7,08	0,029*

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 37. MR yaptıranların yaş grupları ile yöntemi terk etme ve devam etme arasındaki ilişki

MR yaptıranların sosyal güvencesi olup olmaması ile, MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p > 0.05$) (tablo38). Sosyal güvencesi olanların %89,4'ü yöntem kullanmaya devam ederken sosyal güvencesi olmayanların %92,3'ünün yöntem kullanmaya devam ettiği görüldü.

Sosyal güvence	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Yok	1	7,7	10,0	12	92,3	13,6		
Var	9	10,6	90,0	76	89,4	86,4		0,606

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 38. MR yaptıranların sosyal güvenceleri ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptırانların medeni hali ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 39). Evli olanların %90,6'sının seçtikleri yönteme devam ederken evli olmayanların %84,6'sının seçtikleri yönteme devam ettikleri görüldü.

Medeni durum	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	**	N	%*	**		
Evli	8	9,4	80,0	77	90,6	87,5		
Bekar	2	15,4	20,0	11	84,6	12,5		0,618

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 39. MR yaptırانların medeni hal ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptırانların öğrenim durumları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 40). MR yaptırانlar ortaokul ve altı ve lise ve üniversite olmak üzere iki gruba ayrıldı. Öğrenimi ortaokul ve altı olanların % 89,9'unun, lise ve üniversite olanların %89,5'inin yönteme devam ettikleri görülmüştür.

Öğrenim durumu	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	**	N	%*	**		
Ortaokul ve altı	8	10,1	80,0	71	89,9	80,7		
Lise üniversite	2	10,5	20,0	17	89,5	19,3		0,618

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 40. MR yaptırانların öğrenim durumu ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptırılanların sistemik hastalıklarının olup olmaması ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 41). Sistemik hastalığı olanların %100 yöntem devamlılığı gözlemlendi. Herhangi bir Sistemik hastalığı olmayanlar arasında ise devam oranının %88,4 olduğu gözlemlendi.

Sistemik hastalık	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Yok	10	11,6	100,0	76	88,4	86,4		
Var				12	100,0	13,6		0,606

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 41. MR yaptırılanların sistemik hastalığının olup olmaması ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptırılanların toplam gebelik sayıları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 42). İlk gebeliği olanların %90 oranında seçtikleri yöntemle devam ettikleri, ikinci gebeliği olanların %88,9 oranında, 3 ve üstü sayıda gebeliği olanların ise %89,9 oranında seçtikleri kontraseptif yöntemle devam ettikleri görüldü.

Gravida	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
1	1	10,0	10,0	9	90,0	10,2		
2	1	11,1	10,0	8	88,9	9,1		
3 ve üstü	8	10,1	80,0	71	89,9	80,7	0,01	0,995

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 42. MR yaptırılanların toplam gebelik sayıları ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların yapmış oldukları doğum sayıları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 43). Hiç doğum yapmamışlarda yöntem devamlılığı %81,8 iken yalnız 1 doğum yapmışlarda %82,4 ve 2 ve üstü sayıda doğum yapmışlarda %92,9 olarak tespit edildi.

Parite	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
0	2	18,2	20,0	9	81,8	10,2		
1	3	17,6	30,0	14	82,4	15,9		
2 ve üstü	5	7,1	50,0	65	92,9	73,9	2,50	0,285

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 43. MR yaptıranların toplam doğum sayıları ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların toplam düşük sayıları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 44). Seçilen yöntem devamlılığın daha önce düşük yapmış olanlarda %89,5 , daha önce düşük yapmamış olanlarda %89,9 olduğu görüldü.

Düşük	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Yok	8	10,1	80,0	71	89,9	80,7		
var	2	10,5	20,0	17	89,5	19,3		0,618

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 44. MR yaptıranların toplam düşük sayıları ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların yaptırmış oldukları MR sayıları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 45). İlk kez MR yaptıranların %94,5 oranında seçtikleri kontraseptif yönteme devam ederken, ikinci kez MR yaptıranların % 78,3, 3 ve daha fazla MR yaptıranların %90,0 oranında seçtikleri kontraseptif yönteme devam ettikleri görülmektedir.

Kürtaj	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	**	n	%*	**		
1	3	5,5	30,0	52	94,5	59,1		
2	5	21,7	50,0	18	78,3	20,5		
3 ve üstü	2	10,0	20,0	18	90,0	20,5	4,69	0,096

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 45. MR yaptıranların toplam MR sayıları ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların yaşayan çocuk sayıları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 46). Yaşayan çocuğu olmayanların %81,8 oranında MR sonrası seçtikleri yönteme devam ettikleri görülürken, 2 ve daha fazla sayıda yaşayan çocuğa sahip olanların %92,9 oranında MR sonrası seçtikleri yönteme devam ettikleri görülmüştür.

Yaşayan	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
yok	2	18,2	20,0	9	81,8	10,2		
1	3	17,6	30,0	14	82,4	15,9		
2 ve üstü	5	7,1	50,0	65	92,9	73,9	2,50	0,285

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 46. MR yaptıranların toplam yaşayan çocuk sayıları ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların MR öncesi kontraseptif yöntem kullanımı öyküsü ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 47). MR öncesi herhangi bir kontraseptif yöntem kullananların MR sonrası seçtikleri yöntem % 89,1 oranında devam ettikleri görülürken, MR öncesi herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayanların MR sonrası seçtikleri yöntem %90,4 oranında devam ettikleri görüldü.

MR öncesi kontraseptif yöntem?	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Yok	5	9,6	50,0	47	90,4	53,4		
Var	5	10,9	50,0	41	89,1	46,6		0,549

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 47. MR yaptıranların MR öncesi kontraseptif kullanım durumu ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların son MR'dan önceki gebeliğinin sonlanma şekli ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 48). Bir önceki gebelikleri de MR'la

sonuçlanan kadınların %92,9'sının, canlı doğumla sonuçlananların %87,7'sinin seçtikleri yönetime devam ettikleri görüldü.

Önceki gebelik sonlanma şekli	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Kürtaj	2	7,1	22,2	26	92,9	34,2		
Canlı doğum (NSD-C/S)	7	12,3	77,8	50	87,7	65,8		0,711

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 48. MR yaptıranların son MR'dan önceki gebeliğin sonlanma şekli ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların son MR'dan önceki gebelikleri ile son MR arasındaki süre ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 49). MR ile bir önceki gebelik arasındaki süre 2 yıldan az olanların %89,7 oranında, 2-4 yıl olanların %85,7 oranında ve 4 yıldan fazla olanların %91,4 oranında seçtikleri yönetime devam ettikleri görüldü.

Son iki gebelik arasındaki süre	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
2 yıldan az	4	10,3	44,4	35	89,7	44,3		
2-4 yıl	2	14,3	22,2	12	85,7	15,2		
4 yıldan fazla	3	8,6	33,3	32	91,4	40,5	0,35	0,837

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 49. MR yaptıranların son MR'dan önceki gebelikle son MR arasındaki süre ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptırانların MR tercih sebebi ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 50). MR yaptırانlardan sistemik bir hastalığı ya da ilaç kullanımı olanların MR sonrası seçtikleri kontraseptif yönteme tam devamlılık gösterdikleri görülmektedir.

MR sebebi	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Evli değil	1	12,5	10,0	7	87,5	8,0		
Planlı bir gebelik değil	2	4,0	20,0	48	96,0	54,5		
Sistemik bir hastalık mevcut				5	100,0	5,7		
İlaç kullanımı mevcut				4	100,0	4,5		
Maddi	5	26,3	50,0	14	73,7	15,9		
Diğer	2	16,7	20,0	10	83,3	11,4	9,09	0,105

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 50. MR yaptırانların MR tercih sebebi ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptırانların MR sırasında hissettikleri ağrı ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 51). MR sırasında hissettikleri ağrıya 1 puan verenlerin %95,0 oranında MR sonrası seçtikleri kontraseptif yönteme devam ettikleri görülürken, 5 puan verenlerin %89,5 oranında devam ettikleri görülmüştür.

MR sırasında ağrı	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
1	1	5,0	10,0	19	95,0	21,6		
2	1	12,5	10,0	7	87,5	8,0		
3	3	13,0	30,0	20	87,0	22,7		
4	1	11,1	10,0	8	88,9	9,1		
5	4	10,5	40,0	34	89,5	38,6	0,85	0,931

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 51. MR yaptıranların MR sırasında hissedilen ağrı ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların MR sırasında hissedilen ağrının yöntem devamlılığına etkisinin olup olmadığı ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p > 0.05$) (tablo 52). MR sırasında hissedilen ağrının kontraseptif yöntem devamlılığına etkisi olmadı diyenlerin %88,2'sinin, oldu diyenlerin %95,5'inin MR sonrası seçtikleri yöntemle devam ettikleri görüldü.

Ağrının etkisi	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Hayır	9	11,8	90,0	67	88,2	76,1		
Evet	1	4,5	10,0	21	95,5	23,9		0,449

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 52. MR yaptıranların MR sırasında hissedilen ağrının yöntem devamlılığına etkisinin olup olmadığı ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların MR öncesinde verilen danışmanlığın farkında olup olmamaları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 53). MR öncesi danışmanlık verildi diyenlerin %86,4'sı, danışmanlık verilmedi diyenlerin %96,9'sının MR sonrası seçtikleri yönteme devam ettikleri görüldü.

MR öncesi danışmanlık?	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Hayır	1	3,1	10,0	31	96,9	35,2		
Evet	9	13,6	90,0	57	86,4	64,8		0,159

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 53. MR yaptıranların MR öncesinde danışmanlık verilmesinin farkındalığı ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların MR sonrası seçtikleri yöntemle yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki araştırıldı. RIA haricinde seçilen yöntemlere çok az vaka düştüğünden istatistiksel anlamlılık verilemedi. KOK seçenlerin %66,7'sinin, RIA seçenlerin %95,2'sinin, kondom seçenlerinse %100'ünün MR sonrası seçtikleri yönteme devam ettikleri görüldü (Tablo 54).

Seçilen yöntem	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
RIA	4	4,8	40,0	79	95,2	89,8		
KOK	3	33,3	30,0	6	66,7	6,8		
Kondom				3	100,0	3,4		
Enjeksiyon	3	100,0	30,0				-	-

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 54. MR yaptıranların MR sonrası seçtikleri yöntemle yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptırılanların MR sonrasında kontrole çağırılmaları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 55). MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili kontrole çağırıldığını ifade edenlerin %92,6'sının, kontrole çağırılmadığını ifade edenlerin %76,5'inin MR sonrası seçtikleri yöntemle devam ettikleri görüldü.

Kontrolle çağırıldı mı?	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Hayır	4	23,5	40,0	13	76,5	14,8		
Evet	6	7,4	60,0	75	92,6	85,2		0,068

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 55. MR yaptırılanların kontrole çağırılma ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptırılanların MR sonrasında çağırıldıkları kontrole gelip gelmemeleri ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 56). MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili çağırıldıkları kontrole gelenlerden %94'ünün, kontrole gelmeyenlerin %85,4'ünün seçtikleri yöntemle devam ettikleri görüldü.

Kontrolle geldi mi?	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Hayır	7	14,6	70,0	41	85,4	46,6		
Evet	3	6,0	30,0	47	94,0	53,4		0,195

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 56. MR yaptırılanların kontrole gelme ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptırılanların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayetlerinin olup olmaması ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı.

Şikayeti olan olgularda yöntem terk etme sıklığı anlamlı derecede daha fazla bulundu ($p<0.05$) (tablo 57). MR sonrası seçtikleri kontraseptif yöntemi terk edenlerin %70'inin seçtikleri yöntemle ilgili şikayetleri olduğu görülmektedir. Şikayeti olmayanların %95'inin seçtikleri yöntemle devam ettikleri görüldü.

Şikayet?	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Hayır	3	5,0	30,0	57	95,0	64,8		
Evet	7	18,4	70,0	31	81,6	35,2		0,043*

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 57. MR yaptıranların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayetlerinin olup olmaması ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayetlerinin varlığında bir doktora danışıp danışmama ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 58). MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayeti olup da bir doktora başvuranların %63,6'sının, bir doktora başvurmayanlarınsa %92'sinin seçtikleri kontraseptif yöntemle devam ettikleri görüldü.

Şikayet için doktora başvurdu mu?	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Hayır	2	8,0	33,3	23	92,0	76,7		
Evet	4	36,4	66,7	7	63,6	23,3		0,057

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 58. MR yaptıranların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayetlerinin varlığında bir doktora danışıp danışmama ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili kişisel memnuniyetlerinin olup olmaması ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. Kişisel memnuniyeti olmayan olgularda yöntem terk etme sıklığı anlamlı derecede daha fazla bulundu ($p < 0.05$) (tablo 59). MR sonrası seçtikleri yöntemden memnun olanların %97,7'sinin MR sonrası seçtikleri kontraseptif yöntemle devam ettikleri görülürken, memnun olmayanların sadece %33,3'ünün MR sonrası seçtikleri kontraseptif yöntemle devam ettikleri görüldü.

Kişisel memnuniyet?	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Hayır	8	66,7	80,0	4	33,3	4,5		
Evet	2	2,3	20,0	84	97,7	95,5		0,000***

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 59. MR yaptıranların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili kişisel memnuniyetleri ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili eş onayı alınması ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p > 0.05$) (tablo 60). MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili olarak eşlerinin onayını alanların %90,8'inin, almayanların %81,8'inin MR sonrası seçtikleri kontraseptif yöntemle devam ettikleri görüldü.

Eş onayı?	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Hayır	2	18,2	20,0	9	81,8	10,2		
Evet	8	9,2	80,0	79	90,8	89,8		0,312

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 60. MR yaptıranların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili eş onayı alınması ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili eş memnuniyetlerinin olup olmaması ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 61). MR yaptıranlardan MR sonrası seçtikleri yöntemden eşleri memnun olanların %89,6'sının, memnun olmayanların %100'ünün MR sonrası seçtikleri yönetime devam ettikleri görüldü.

Eş memnuniyeti	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Hayır				2	100,0	2,3		
Evet	10	10,4	100,0	86	89,6	97,7		0,805

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 61. MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili eş memnuniyeti ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların MR ve aile planlaması hakkındaki düşünceleri ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 62). MR'un bir AP yöntemi olduğunu düşünenlerin %92,6'sı MR sonrası seçtikleri kontraseptif yönetime devam ederken, MR'un bir AP yöntemi olmadığını düşünenlerin %90,9'unun MR sonrası seçtikleri kontraseptif yönetime devam ettikleri görüldü.

MR AP yöntemi mi?	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Hayır	4	9,1	40,0	40	90,9	45,5		
Evet	2	7,4	20,0	25	92,6	28,4		
Bilmiyorum	4	14,8	40,0	23	85,2	26,1	0,91	0,632

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 62. MR ve aile planlaması hakkındaki düşünceleri ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların AP hizmetlerine ulaşabilme bilgi durumları ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki araştırıldı. AP bilgi kaynaklarının seçenekleri çok fazla olduğundan istatistiksel anlamlılık verilemedi (Tablo 63).

AP bilgi	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Sağlık ocakları (1)	2	8,0	20,0	23	92,0	26,1		
AÇSAP (2)	2	33,3	20,0	4	66,7	4,5		
Devlet Hastaneleri (3)	1	16,7	10,0	5	83,3	5,7		
Eczaneler (4)	1	100,0	10,0					
Bilmiyorum (6)	3	9,1	30,0	30	90,9	34,1		
1+3	1	5,3	10,0	18	94,7	20,5		
1+5(diğer)				1	100,0	1,1		
2+3				1	100,0	1,1		
1+2+3				5	100,0	5,7		
1+3+5				1	100,0	1,1	-	-

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 63. MR yaptıranların AP hizmetlerine ulaşabilme bilgi durumları ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

MR yaptıranların acil kontrasepsiyon bilgi durumları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$) (tablo 64). Acil kontrasepsiyon hakkında bilgisi olanların %90,9'unun MR sonrası seçtikleri kontraseptif yöntemle devam ettikleri görüldü.

Acil kontrasepsiyon bilgi durumu?	Hayır			Evet			Ki-kare	p
	n	%*	%**	n	%*	%**		
Hayır	2	5,4	20,0	35	94,6	39,8		
Evet	1	9,1	10,0	10	90,9	11,4		
Bilmiyorum	7	14,0	70,0	43	86,0	48,9	1,73	0,421

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Tablo 64. MR yaptıranların acil kontrasepsiyon bilgi durumları ile yöntemi terk etme ve devam etmeleri arasındaki ilişki

TARTIŞMA

Aile planlaması, ailelerin istedikleri zaman, bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olmalarıdır. Aile planlaması hizmetleri ailedeki kişi sayısını sınırlandırma anlamı taşımaz. Çocuk yapmada aileler tamamen serbest olup, kendi iradeleri ile istedikleri ve bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olabilirler (1,2).

İstenmeyen gebelikler birçok nedenden oluşmasına rağmen, en yaygın sebep AP yönteminin kullanılmaması ya da etkisiz kalmasıdır (70).

Kadınlar kürtajı, planlanmamış gebeliklerini sonlandırmak ve çocuk sayılarını sınırlandırmak için bir doğum kontrol yöntemi olarak görmektedirler. Aile planlamasının öncelikli hedeflerinden birisi istenmeyen gebeliklerin önlenmesidir. 120 ve 150 milyon arasında çocuk sahibi olmak istemeyen ve olası hamileliklerini ertelemek isteyen evli kadın, buna rağmen hiçbir korunma yöntemi kullanmamaktadır (70).

İsteğe bağlı düşük ihtiyacı olanlara sunulması gereken bir hizmettir, ancak bir AP yöntemi olmadığı mesajını içeren eğitim programının tüm ülke çapında, herkese ulaşılabilir nitelikte sunulması, bireylerin AP hizmetlerinden yararlanmalarını sağlayacak davranış biçimlerinin, eğitim ve danışmanlık yolu ile kazandırılması sağlanmalıdır (71).

Yüksel ve arkadaşlarının yasal tahliye için başvuran 107 kadınla yaptıkları bir araştırmada yaş ortalaması 30.4 ± 5.5 idi (72). Güngör ve arkadaşlarının isteğe bağlı düşük yapmak için başvuran 196 kadın ve eşleriyle yaptıkları bir çalışmada yaş ortalaması 31.9 olarak bildirilmektedir (71). Yine 2003 yılında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi aile planlaması ünitesinde Vural ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada yasal tahliye için başvuran hastaların yaş ortalaması 32.8 ± 12.5 idi (73). Diker ve arkadaşlarının Dr. İ. Şevki Atasagun Nevşehir Devlet Hastanesinde MR yöntemi ile gebeliği sonlandırılan hastaları değerlendirdikleri çalışmalarında hastaların yaş ortalamasını 32.02 ± 0.64 olarak belirtmektedirler (74). Bizim çalışmamızda da MR yaptırmak için başvuran hastaların yaş ortalaması önceki çalışmalara benzer şekilde 31.9 ± 7 olarak bulundu. Menstrüel regülasyon (MR) yaptıranların yaşları 19-47 arasında değişmekte idi. MR'ü en çok tercih eden yaş grubu 30-34 yaş grubu (%24,0) idi. Adolesanlar ve ileri yaş grubu olarak kabul edilebilecek 45-49 arası yaş grubundan da ikişer (%1,9 - %1,9) olgu vardı. MR yaptıranların yaş grupları ile MR

sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldığında 24 yaş ve altı grupta yöntem terk etme sıklığının anlamlı derecede fazla olduğunu tespit ettik. Bu yaş grubu, MR sonrası seçtikleri yöntemi terk edenlerin yarısını (%50) oluşturmaktadır.

Güngör ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada istemli düşük için başvuran kadınların %58.7'sinin okur-yazar veya ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur (71). Yüksel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yasal tahliye için başvuran kadınların %75'inin okur-yazar veya ilkokul mezunu, %5'inin okuma yazma bilmediği ve %20'sinin ise orta ve yüksek öğretim mezunu oldukları tespit edilmiştir (72). Vural ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yasal tahliye istemiyle başvuran kadınların %62.1'i okur-yazar veya ilkokul mezunuydu. %28.1'i orta ve yüksek öğretim mezunu idi (73). Diker ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada MR için başvuran kadınların % 79.3'ünün ilk okul mezunu oldukları bulunmuştur (74). Bizim çalışmamızda MR yaptırmak için başvuran kadınların %57,7'si okur-yazar veya ilkokul mezunu idi. %30,7'si ise orta ve yüksek öğretim mezunu idi. Okur yazar olmayanlarsa %11.5'ini oluşturuyordu. Bizim çalışmamız da dahil olmak üzere tüm bu çalışmalar arasında sadece Yüksel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada orta ve yüksek öğretim mezunlarının oranının diğerlerinden daha az olduğu görülmektedir. Çalışmamızın sonuçları diğer çalışmaların sonuçlarıyla benzerdir. MR yaptıranların eğitim durumları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi. Bu nedenle eğitim düzeyine bakılmaksızın, tüm kadınlara aile planlaması hakkında danışmanlık verilebilecek her fırsat iyi değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda MR istemi ile aile planlaması polikliniğimize başvuran kadınların %85,6'sının evli, %14,4'ünün bekar olduğu bulundu. Bu sonuç 2004 yılında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi aile planlaması ünitesinde yapılan bir çalışma ile benzerlik göstermektedir. Haydarpaşa Numune Hastanesi Aile Planlaması Ünitesi'ne gebelik tahliyesi amacıyla başvuran 80 hasta ile yapılan bu çalışmada kadınların %85'nin resmi nikahla evli olduğu, %15'inin ise bekar yada dini nikahla evli olduğu bulunmuştur (75). Çalışmamızda MR yaptıranların medeni hali ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi.

Çalışmamızda MR yaptıranların ortalama gebelik sayısı 4.4 ± 2.3 bulundu. %10,6 olgunun ilk gebeliği idi. Ortalama doğum sayısı 2.3 ± 1.6 idi. %12,5'i hiç doğum yapmamıştı. %81,7'sinin hiç düşük yapmadıkları ve düşük yapma ortalamasının 0.25 ± 0.66 olduğu bulundu. %53,8'inin ise ilk yasal tahliyesiydi. Ortalama yasal tahliye sayısı 1.80 ± 1.08 bulundu. %12,5'in hiç yaşayan çocuğu yoktu. En kalabalık grubu %53.8 ile 2 ve 3 yaşayan çocuğu olanlar oluşturuyordu. Ortalama yaşayan çocuk sayısı ise 2.22 ± 1.45 bulundu. Bizim çalışmamızdaki rakamlar daha önce yapılmış olan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (71-4, ,76). Çalışmamızda MR yaptıranların toplam gebelik sayıları, yapmış oldukları doğum sayıları, yapmış oldukları düşük sayıları, yaptırmış oldukları MR sayıları ve yaşayan çocuk sayıları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi. Bangladeş'te MR yaptıran 1172 ve MR yapılmayan ve kontraseptif yöntem kullanan 499 kadınla yapılan bir çalışmada seçilen yöntemlerin 3 yıllık devamlılıkları araştırılmış. Her iki grupta da devamlılığın farklı olmadığı bulunmuştur (% 64ve % 62).

MR yaptıran grupta, bizim çalışmamızdakine benzer olarak, 25 yaş üstünde devamlılık daha fazla bulunmuştur. Paritesi 2'den fazla olanlarda devamlılık oranı MR grubunda MR yapılmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (77).

Çalışmamızda yasal tahliye isteyen kadınların %14,4'ünün bekar olduğu ve %10.6'sının ilk gebeliği olduğu görüldü. Ailelerin yaşam biçimi, sosyal ve ekonomik koşullarının değişmesiyle birlikte nullipar kadınlar da yasal tahliye isteminde bulunabilmektedir. Nullipar kadın oranı düşük olmasına karşın, evlilik öncesi korunmanın nasıl yapılacağı konusunda rutine girecek bir danışmanlık hizmetine de gereksinim olduğu açıktır.

Çalışmamızda yasal tahliye amacıyla başvuran kadınların %11.5'inin tahliyesi için başvurdukları bu gebeliklerinden önceki gebelikleri sezaryen ile sonuçlanmıştır. Tercih ettikleri ideal çocuk sayısı konusunda net tavır ortaya koyan bu kadınların, sezaryen öncesinde tubal sterilizasyon konusunda bilgilendirilmeleri ve bir anlamda etkin bir korunma fırsatını kaçırmamaları sağlanmalıdır. Çalışmamızda MR yaptıranların son MR'dan önceki gebeliğinin sonlanma şekli ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi.

Çalışmamızda MR yaptırmayı tercih edenlerin % 39,4'ünün son iki gebeliği arasındaki sürenin 2 yıldan az olduğu görülmüştür. Diğer ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer bir

sonuç (%44.1) elde edilmiştir (74). 2 yıldan kısa aralıklarla oluşan gebeliklerin ve doğumların anne ve çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri düşünülerek doğum ve kürtaj sonrası dönemlerde etkin yöntem kullanımı için gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Çalışmamızda MR yaptıranların son MR'dan önceki gebelik ile MR arasındaki süre ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi.

Köken ve arkadaşlarının eğitim düzeyleri ve meslekleri farklı olan iki grup ile yaptıkları bir çalışmada eğitim düzeyi düşük olan ve çalışmayan (ev hanımı) grupta en önemli kürtaj nedeninin ekonomik şartlar olduğu görülürken, çalışan ve eğitim düzeyi yüksek olan diğer grupta en önemli kürtaj nedeninin meslek ve çalışma koşulları olduğu saptanmıştır (78). Geelhoed'un çalışmasında, istenmeyen gebeliklerin anne ve babanın sosyo-ekonomik problemleri nedeniyle kürtaj ile sonlandırıldığı belirtilmiştir(79). ABD'de Finer ve arkadaşlarının 500 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak kürtaj için gösterilen en önemli sebep, başta ebeveyn olmak için hazır olmamaktır(80). Türkiye genelinde ise birinci sırayı başka çocuk istememe almaktadır(81). Bizim çalışmamızda da MR yaptırmayı tercih edenlerin en çok (%51,0) gebelikleri planlı olmadığı için MR yaptırmayı tercih ettikleri görülmektedir. İkinci sırayı %18,3 ile maddi sebepler almaktadır. %7,7si ise evli olmadıkları için gebeliklerini sonlandırmak istemişlerdir. MR yaptıranların MR tercih sebebi ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi.

Literatür taramaları sırasında rastladığımız bir çalışmada Shanghai'da ve Qingdao'da yaşayan 35 yaşın altındaki evli kadınlarla yapılan bir çalışmada kontraseptif etkililiği üzerine olan müdahalenin etkisi araştırılmış. Müdahale, aktiviteler, aile planlaması bilgi materyallerinin sağlanması, yeni kontraseptiflerin uygulamaya sokulması (implant ve yeni tip intrauterin araç gibi), kontraseptiflerin nasıl doğru bir şekilde kullanılacağı üzerine konferanslar verilmesi, aile planlamasının güçlendirilmesini (aile planlaması alanında personel eğitimi ve çalışmalarını değerlendirme gibi) içermektedir. İzlem bölümü de olan bu çalışmanın temelini oluşturan bir araştırma bir anket formunun doldurulmasıyla Ağustos 1991'den Kasım 1991'e kadar gerçekleştirilmiştir. Müdahale Ocak 1992-Şubat 1992 arasında gerçekleştirilmiştir. Müdahale sonrası araştırma Şubat 1994'den Mart 1994'e kadar yürütülmüştür. Müdahale öncesi isteyerek düşük hızı, hem Shanghai hem de Qingdao'da müdahale sonrasındaki isteyerek düşük hızlarından anlamlı bir şekilde daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Ayrıca bir

yıl içinde kullanılan modern kontraseptif yöntemin bırakılmasının müdahale sonrasında daha düşük sıklıkta olduğu bulunmuştur (82). Ortaylı ve arkadaşları İstanbul'da gerçekleştirdikleri bir çalışmada yasal tahliye sonrası 6. ayda bile %80 oranında modern kontraseptif kullanıldığını, bunun %40 olan Türkiye ortalamasının çok üstünde olduğunu saptamışlar ve yasal tahliye öncesi verilen danışmanlık hizmeti ile yasal tahliye sırasında yöntem sunmanın uzun vadede de işe yaradığı sonucuna varmışlardır (83). Nobili ve arkadaşlarının yasal tahliye yaptıran kadınlarla yaptıkları bir çalışmada hasta merkezli kontraseptif danışmanlıkla müdahale etmenin kontraseptif kullanımı, bilgi düzeyi ve kontraseptif hakkındaki olumlu tutumu artırıp artırmadığını araştırılmıştır. Hasta merkezli danışmanlık ve rutin danışmanlık verilen iki grup ile danışmanlıktan 1 ve 3 ay sonra tekrar görüşülmüştür. Sonuçta bilginin, olumlu davranışın ve kontraseptif kullanımının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yükseldiği görülmüştür (84).

Bizim çalışmamızda ise MR yaptıranların MR öncesinde verilen danışmanlığın farkında olup olmamaları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilemedi. Ancak yine de MR öncesi danışmanlık verildi diyenlerin %86,4'ünün, danışmanlık verilmedi diyenlerin %96,9'unun MR sonrası seçtikleri yönteme birinci yılın sonunda devam ettikleri görüldü. Bu oranın Türkiye ortalamasının çok üstünde olduğunun görülmesi, MR öncesi rutin olarak danışmanlık verilmesinin ve modern bir yöntem önerilmesinin, hastalar farkında olmasalar da, uzun vadede işe yaradığını bizim çalışmamızda da göstermektedir.

Yasal tahliye sonrası rutin aile planlaması eğitimi verilen kadınların, kullandıkları yetersiz bir kontraseptif yöntemi, etkili bir yönteme dönüştürme oranı %45; yasal tahliye sonrası, tahliyenin sağlık açısından zararlarının anlatıldığı kadınlarda %86 ve nihayet tahliye yapılmamış rutin aile planlaması eğitimi verilen kadınlarda %18 bulunmuştur . Yasal tahliye sonrası danışmanlık bunun için çok büyük önem kazanmaktadır (85).

Klinisyenler hastalarını kullandıkları etkili kontraseptif yönteme devam etmeme sebeplerini tartışmaya teşvik etmeli ve kendilerini istenmeyen bir gebelikten korumak için kaygılarıyla veya başka bir etkili kontraseptif yöntemle değiştirmeleriyle ilgili yardım etmeliler (86).

Yüksel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada tahliyesi için başvurdukları gebelikleri oluştuğunda kadınların %20'sinin herhangi bir yöntemle korunmadığı, %66'sının ise geri

çekme ile korunduğu bulunmuştur. Kadınların sadece %4'ünün etkili bir yöntemle korunduğu bulunmuştur (72). Güngör ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada istemli düşük için başvuran kadınların %10.2'si modern bir yöntemle korunurken gebelik oluşmuşken, %63.9'u geri çekme ile gebe kalmıştır (71). Vural ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yasal tahliye istemiyle başvuran kadınların %64.4'ü geri çekme ile %9.5'i etkin bir yöntemle korunurken gebe kalmışlardır. %17'sinin ise korunma yöntemi kullanmadığı bulunmuştur (73). Diker ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada modern yöntem kullanırken gebeliğe maruz kalma oranı 21.6 olarak bulunmuştur (74). İzmir Atatürk Eğitim Hastanesinde yapılan bir çalışmaya göre yasal tahliye istemiyle başvuran 85 kadın ile yapılan görüşmede bu gebelik oluştuğunda %70.6'sının etkin olmayan bir yöntem kullandığı veya korunmadığı görülmüştür (76). Bizim çalışmamızda yer alan kadınların da, diğer çalışmalarda bulunan sonuçlara benzer şekilde, MR yaptırmak için başvurdukları gebelikleri oluştuğunda maalesef çok azının (%9.5) etkili bir yöntemle korundukları öğrenildi. En büyük grubu korunmayanlar oluştururken (%54,8), en yaygın kullanılan yöntemin geri çekme olduğu görüldü (%34,6).

Sevindirici bulunabilecek bir sonuç ise MR'dan sonra daha etkili bir korunma yöntemi seçen kadın sayısının fazla olmasıdır (%94.2). MR yaptırmayı tercih edenlerin büyük çoğunluğunun (%84,7) MR sonrası kontraseptif yöntem olarak RIA seçtikleri görülmektedir. %9,2 KOK, %3,1 kondom ve %3,1 enjeksiyon yöntemi ile korunmayı tercih etmiştir. Ancak yine de 6 kişinin (%5,8) herhangi bir yöntem kullanmayı tercih etmediklerini gördük.

Yüksel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada Bundan sonra nasıl korunmayı düşündükleri sorulduğunda, 48'i (%44) RIA, 22'si (%20) hap, 8'i (%8) tüp bağlatma, 8'i (%8) kılıf, 2'si (%2) enjeksiyon, 2'si (%2) geri çekme yöntemini kullanmayı düşündüklerini, 17'si (%16) ise henüz bir tercihi olmadığını ifade etmiştir (72). Vural ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada olguların %100'ü yasal tahliye sonrası modern bir yöntem tercih etmiştir. %48.2 RIA, %22.1 KOK, %9.5 mesigyna, %7.9 DEPO-Provera, %5.5 TL, %3.6 kondom, %2.8 implanon ve %0.4 vazektomi kontraseptif yöntem olarak tercih edilmiştir (73). Güngör ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada istemli düşük yapan kadınların %89.8'i herhangi bir aile planlaması yöntemini almış ve en fazla tercih edilen yöntem %54.6 ile RIA olmuştur (71). Danimarka'da Vestermark ve arkadaşlarının yasal tahliye için başvuran 288 olgu ile yaptıkları bir çalışmada kadınların %75'inin yasal tahliye sonrasında RIA, oral kontraseptif, sterilizasyon gibi modern bir yöntem kullanmayı tasarladıkları belirtilmiştir (87). Düşükten hemen sonra kontraseptif kullanmaya başlama hızları %90'lara varacak kadar yüksektir (88).

Bizim çalışmamız da dahil yaptığımız literatür taramasında MR sonrası modern yöntem seçme oranlarının yüksek olması, kontraseptif yöntem seçme motivasyonunun çok yüksek olduğu bu dönemin aile planlaması hizmeti veren hekimler için önemli bir fırsat olduğuna işaret etmektedir.

Yaptığımız çalışmada MR yaptırmayı tercih edenlerin %89,8'inin yapılan MR'dan 1 yıl sonra MR sonrası seçtikleri kontraseptif yönteme devam ettikleri görüldü.

Evka 4 sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu evli 110 kadınla yapılan bir çalışmada kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerini değiştirme nedenlerine bakıldığında % 65.5'i seçtikleri yöntemden memnun olduklarını belirterek yöntem değişikliği düşünmediklerini belirtmişlerdir. Kadınların % 22.7'sinin kaşıntı, akıntı, % 7.3'ünün kanama, % 2.7' sinin eşinin istememesi, %1.8'inin ağrı, vb. nedenlere bağlı olarak daha önce kullandıkları yöntemleri değiştirdikleri saptanmıştır (89). Bizim MR istemiyle başvuran kadınlarla yaptığımız çalışmamızda MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayeti olan ve kişisel memnuniyeti olmayan olgularda yöntem terk etme sıklığı anlamlı derecede daha fazla bulundu. MR sonrası seçtikleri kontraseptif yöntemi terk edenlerin %70'inin seçtikleri yöntemle ilgili şikayetleri olduğu bulundu. Şikayeti olmayanların %95'inin ise seçtikleri yönteme devam ettikleri tespit edildi. Olguların bahsettikleri şikayetler sıklık sırasına göre kanama paterninde değişiklik, kanama düzensizliği, ağrı (bel ya da kasık bölgesinde) ve kilo artışıdır.

Çalışmamızda MR sonrası seçtikleri kontraseptif yönteme devam etmeyenlerin büyük çoğunluğunun (%80) yan etki nedeniyle başka yöntem tercih ettikleri bulundu.

Seçilen yöntemle ilgili yan etkiler hakkında kadınları bilgilendirmek ve ortaya çıkan yan etkileri iyi yönetmek kadının seçtiği yöntemle ilgili memnuniyetini artıracak, bu da MR sonrası seçilen kontraseptif yöntemin devamlılığını artıracaktır.

Çalışmamızda MR sonrası kontraseptif yöntem seçenlerin %100'ü modern bir yöntem seçmişken, bunlardan %6,1'inin MR'dan 1 yıl sonra geleneksel bir yöntem (geri çekme) ile korunduğu ve %1'inin de herhangi bir korunma yöntemi kullanmadığı görüldü.

Çalışmamızda MR yaptıranların MR sonrasında kontrole çağırılmaları ve çağırıldıkları kontrole gelip gelmemeleri ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi. MR yaptıranların MR sonrasında seçtikleri yöntemle ilgili olarak %82,7'si kontrole çağırıldıklarını, %60,5'i kontrole geldiklerini ifade ettiler. Güngör ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bizim çalışmamızdakine benzer olarak yasal tahliye sonrası olguların %56,6'sının kontrole geldikleri bulunmuştur (71). Vural ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise çağırılan kontrole gelme oranı bizim çalışmamızdakinden yüksek (%90.1) bulunmuştur (73).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kontraseptif yöntemi eşlerden hangisi kullanırsa kullansın, kontrasepsiyon ve fertilitte kararında erkek belirleyici olmaktadır (90,91). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 sonuçlarına göre, kadınların eşlerinin AP kullanımını onaylaması durumunda modern kontraseptif yöntem kullanma oranında artış olduğu belirlenmiştir (7). Çalışmamızda MR yaptıranların MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili eşlerinin onayının alınması ve eş memnuniyetlerinin olup olmaması ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi.

Çalışmamızda MR yaptıranların eşlerinin neredeyse tamamının (%98) MR sonrası seçilen yöntemden memnun olmaları nedeniyle TNSA 2003'ten farklı bir sonuç ortaya çıktığını düşündük.

Aile planlaması hizmetlerinde istenilen başarıya ulaşabilmek için erkeklerin AP konusunda sorumluluk almaları önemlidir. AP hizmetlerinde başarı ve memnuniyeti artıran faktörler arasında sorumluluğun eşler arasında paylaşılması, kullanılan yöntemin; kolay, güvenilir, ulaşılabilir olması, sağlığı olumsuz etkileyen bir özelliğinin olmaması yer almaktadır (92,93,94).

Güngör ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların %26,5'i isteğe bağlı düşüğü bir AP yöntemi olarak tanımlamıştır. %49,5'i hayır demiş, %24'ü ise kararsız kalmıştır (71). Çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Görüşülen olguların %46,2'si "MR sizce bir AP yöntemi midir?" sorusuna "hayır, değildir" şeklinde cevap verirken, "evet, MR bir aile planlaması yöntemidir" diyenlerle "bilmiyorum" diyenlerin oranının eşit (%26,9) olduğu görülmüştür. Yine de MR yaptıranların MR ve aile planlaması hakkındaki düşünceleri ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldığında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi. Etkili bir korunma yöntemi kullanmayıp gebe kalarak sonra da yasal tahliye için başvuran çalışma grubundaki kadınlar açısından yasal tahliye bir aile planlaması seçeneği gibi algılanmaktadır. Bu yanlışın düzeltilmesinde aile planlaması alanında çalışanlara önemli görevler düşmektedir (72).

Korucuoğlu ve arkadaşlarının 15-49 yaşları arasında olan 300 kadın ile yapmış oldukları bir çalışmada bir çift korunmasız ilişkiye girdikten sonra muhtemel gebeliği önlemek için yapılabilecek bir şeyler olduğunu söyleyenler 102 kişi olup (%41), o andan sonra hiçbir şey yapılamayacağını söyleyenler 46 kişi (%18.5) ve konu hakkında bilgisi olmayanlar 101 kişi (%40.6) olarak bulunmuştur (95). Bizim yaptığımız çalışmada MR yaptıranların %51,9'u "korunmasız ilişki sonrasında gebelik önlenbilir mi?" sorusuna "bilmiyorum" şeklinde cevap verirken, %37,5'i "hayır" ve %10,6'sı "evet" olarak cevap vermiştir. Korucuoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma ile karşılaştıracak olursak bizim çalışmamıza katılan kadınların acil kontrasepsiyon hakkında çok daha az oranda bilgi sahibi oldukları görülmektedir.

Günümüzde kullanılan hiçbir yöntemin başarı oranı %100 değildir. Teorik etkililiği %100 olanların bile kullanım etkililikleri daha düşük olabilir ve sonuçta KS yöntemine rağmen istenmeyen gebelik olacaktır (96).

Amerika'da yılda tahminen 3.5 milyon istenmeyen gebelik oluşmaktadır ve bunların 1.7 milyonu kontraseptif başarısızlığından kaynaklanmaktadır (97).

Acil kontrasepsiyon, istenmeyen gebeliklerin engellenmesinde etkili bir yöntemdir (98). Bu metodun ideal kullanımıyla istenmeyen gebelik oranı %74 oranında azaltılabilmektedir(99). Korunmasız bir cinsel ilişki sonrasında olabilecek planlanmamış ve istenmeyen bir gebelik, tüm dünya kadınları için önemli sağlık sorunlarından biridir. Acil kontraseptif yöntemlerin yardımıyla istenmeyen ve planlanmayan gebelikler önlenebilecektir. Acil kontraseptif yöntemler korunmasız bir cinsel ilişki sonrasında, bir ırza geçme olayı sonrasında veya kullanılan kontraseptif yöntemin başarısızlığı söz konusu olduğunda tercih edilebilirler. Fakat acil kontraseptif yöntemler aile planlaması yöntemleri değildirler (100).

SONUÇ

İstenmeyen gebelikler birçok nedenden oluşmasına rağmen, en yaygın sebep aile planlaması (AP) yönteminin kullanılmaması ya da etkisiz kalmasıdır (70).

1965 yılına kadar ülkemizde Türk Ceza Kanunu'nun 468. ve onu takip eden maddeleri ile çocuk düşüren kişiye, düşürtene, yol gösterene ceza verilmekte idi. Ülkemizde 1965 yılında 557 sayılı nüfus planlaması ile ilgili yasayla başlatılan aile planlaması çalışmaları, 1983 yılında çıkarılan 2827 sayılı yasa ile yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenlemeler çerçevesinde yalnız tıbbi nedenlerle yapılan gebelik sonlandırılmasına yeni bir yaklaşım getirilmiştir. Sağlıksız koşullarda yapıla gelen, kadın sağlığını ve yaşamını olumsuz etkileyen düşük, devlet denetimine alınmış, istenmeyen gebeliklerin gebeliğin 10. haftası doluncaya kadar istek üzerine sonlandırılması 2827 sayılı yasa ile yasallaşmıştır (12).

MR sonrası seçilen kontraseptif yöntem en az devamlılık gösteren grubun 24 yaş ve altı olduğunu bulduğumuz çalışmamızın sonucunda özellikle adolesan yaş grubuna ve evlilik öncesi cinsel ilişkisi olanlara danışmanlık verilmesinin hem istenmeyen gebelikleri, hem isteyerek düşükleri azaltacağı, hem de seçilen kontraseptif yöntemin devamlılığını artıracığı sonucuna vardık.

MR yaptıranların eğitim durumları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi. Bu nedenle eğitim düzeyine bakılmaksızın, tüm kadınlara aile planlaması hakkında danışmanlık verilebilecek her fırsat iyi değerlendirilmelidir.

Menstrüel regülasyon (MR) öncesi rutin olarak aile planlaması danışmanlığı verilmesinin ve modern bir yöntem önerilmesinin, hastalar farkında olmasalar da, uzun vadede işe yaradığı sonucuna vardık.

Çalışmamızda MR sonrası seçtikleri kontraseptif yöntem deva etmeyenlerin büyük çoğunluğunun (%80) yan etki nedeniyle başka yöntem tercih ettikleri bulundu.

MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayeti olan ve kişisel memnuniyeti olmayan olgularda yöntem terk etme sıklığı anlamlı derecede daha fazla bulundu. MR sonrası seçtikleri

kontraseptif yöntemi terk edenlerin %70'inin seçtikleri yöntemle ilgili şikayetleri olduğu bulundu. Şikayeti olmayanların %95'inin ise seçtikleri yönteme devam ettikleri tespit edildi. Sonuçta seçilen yöntemle ilgili yan etkiler hakkında kadınları bilgilendirmek ve ortaya çıkan yan etkileri iyi yönetmek kadının seçtiği yöntemle ilgili memnuniyetini artıracak, bu da MR sonrası seçilen kontraseptif yöntemin devamlılığını artıracaktır.

Aile planlaması hizmetlerinde istenilen başarıya ulaşabilmek için erkeklerin de AP konusunda sorumluluk almaları önemlidir. Seçilen yöntemi eşlerin de onaylamaları ve yöntemden memnun olmaları yönteme devamlılığı artıracaktır.

Kadınlar kürtajı, bir doğum kontrol yöntemi olarak görmektedirler. Aile planlamasının öncelikli hedeflerinden birisi istenmeyen gebeliklerin önlenmesidir. Çocuk sahibi olmak istemeyen ve olası hamileliklerini ertelemek isteyen çok sayıda evli kadın, buna rağmen hiçbir korunma yöntemi kullanmamaktadır.

Sonuç olarak isteğe bağlı düşük ihtiyacı olanlara sunulması gereken bir hizmettir, ancak bir AP yöntemi olmadığı mesajını içeren eğitim programının edinilen her fırsatta, herkese ulaşılabilecek nitelikte sunulması, bireylerin AP hizmetlerinden yararlanmalarını sağlayacak davranış biçimlerinin, eğitim ve danışmanlık yolu ile kazandırılması sağlanmalıdır.

Günümüzde kullanılan hiçbir yöntemin başarı oranı %100 değildir. Teorik etkililiği %100 olanların bile kullanım etkililikleri daha düşük olabilir ve sonuçta KS yönteme rağmen istenmeyen gebelik olacaktır (96).

Acil kontrasepsiyon, istenmeyen gebeliklerin engellenmesinde etkili bir yöntemdir (98). Bu metodun ideal kullanımıyla istenmeyen gebelik oranı %74 oranında azaltılabilmektedir(99). İncelediğimiz toplulukta acil kontrasepsiyon hakkında yeterli bilginin olmadığını gördü. Bu nedenle, acil kontrasepsiyon yöntemleri hakkında bilgilendirmenin yaygınlaştırılması gerektiğine ve bu önemli yöntemin kadınların kullanımına sunulması gerektiğine inanmaktayız.

Korunmasız bir cinsel ilişki sonrasında olabilecek planlanmamış ve istenmeyen bir gebelik, tüm dünya kadınları için önemli sağlık sorunlarından biridir. Acil kontraseptif yöntemlerin yardımıyla istenmeyen ve planlanmayan gebelikler önlenebilecektir. Acil kontraseptif yöntemler korunmasız bir cinsel ilişki sonrasında, bir ırza geçme olayı sonrasında veya kullanılan kontraseptif yöntemin başarısızlığı söz konusu olduğunda tercih edilebilirler. Fakat acil kontraseptif yöntemler aile planlaması yöntemleri değildirler (100).

MR sonrası modern yöntem seçme oranlarının yüksek olması, kontraseptif yöntem seçme motivasyonunun çok yüksek olduğu bu dönemin aile planlaması hizmeti veren hekimler için önemli bir fırsat olduğuna işaret etmektedir. Seçilen kontraseptif yöntemin devamlılığını özellikle MR öncesi verilecek danışmanlık, kadının şikayeti olduğunda danışabileceği merkezler hakkında bilgilendirilmesi ve bu merkezlere başvurması hakkında teşvik edilmesi ve seçtiği yöntemle ilgili memnuniyetinin artırılması sağlayacaktır.

ÖZET

Bu çalışmada, Nisan 2005-Ağustos 2006 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Aile Planlaması Polikliniğine başvurmuş ve gebelik yasal tahliyesi isteminde bulunmuş ve hastane kayıtlarındaki isim ve telefon numaralarından ulaşılabilen kadınların yasal tahliye sonrası seçtikleri kontraseptif yöntemle bir yıl sonraki devamlılıkları, terk etme sebepleri, devam veya terk etme üzerine etkisi olabilecek durumlar araştırıldı ve sonuçları değerlendirildi.

Çalışmamızda her yaş grubundan menstrüel regülasyon (MR) istemi olan olgu bulunsa da en kalabalık grubu 30-34 yaş arası olanlar oluşturdu. Yaş ortalaması 31.9 ± 7 'ydi Olguların büyük çoğunluğu evliydi ve eğitim düzeyi düşüktü. Ortalama gebelik sayısı 4.4 ± 2.3 bulundu. %10,6 olgunun ilk gebeliği idi. Ortalama doğum sayısı 2.3 ± 1.6 idi. %12,5'i hiç doğum yapmamıştı. Ortalama doğum sayısı 2.32 ± 1.59 bulundu. %81,7'sinin hiç düşük yapmadıkları ve düşük yapma ortalamasının 0.25 ± 0.66 olduğu bulundu. %53,8'inin ise ilk yasal tahliyesiydi. Ortalama yasal tahliye sayısı 1.80 ± 1.08 bulundu. %12,5'in hiç yaşayan çocuğu yoktu. En kalabalık grubu %53.8 ile 2 ve 3 yaşayan çocuğu olanlar oluşturmaktadır. Ortalama yaşayan çocuk sayısı ise 2.22 ± 1.45 bulundu.

24 yaş ve altı grupta yöntem terk etme sıklığının anlamlı derecede fazla olduğunu tespit ettik. Bu yaş grubu MR sonrası seçtikleri yöntemi terk edenlerin yarısını (%50) oluşturuyordu.

MR yaptıranların eğitim durumları, medeni hali, toplam gebelik sayıları, yapmış oldukları doğum sayıları, yapmış abortus sayıları, yaptırmış oldukları MR sayıları ve yaşayan çocuk sayıları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında bir ilişki varlığı araştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi.

Çalışmamızda MR yaptırmayı tercih edenlerin % 39,4'ünün son iki gebeliği arasındaki sürenin 2 yıldan az olduğu görüldü.

MR yaptırmayı tercih edenlerin en çok (%51,0) gebelikleri planlı olmadığı için MR yaptırmayı tercih ettikleri görüldü. MR tercih sebebi ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi

MR yaptıranların MR öncesinde verilen danışmanlığın farkında olup olmamaları ile MR sonrası seçtikleri yöntemi terk etme ve devam etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilemedi. Ancak yine de MR öncesi danışmanlık verildi diyenlerin %86,4'ünün, danışmanlık verilmedi diyenlerin %96,9'unun MR sonrası seçtikleri yönteme birinci yılın sonunda devam ettikleri görüldü

MR yaptırmak için başvurdukları gebelikleri oluştuğunda çok azının (%9.5) etkili bir yöntemle korundukları öğrenildi. En büyük grubu korunmayanlar oluştururken (%54,8), en yaygın kullanılan yöntemin geri çekme olduğu görüldü (%34,6). Sevindirici bulunabilecek bir sonuç ise MR'dan sonra daha etkili bir korunma yöntemi seçen kadın sayısının fazla olmasıydı (%94.2).

MR yaptırmayı tercih edenlerin %89,8'inin yapılan MR'dan 1 yıl sonra MR sonrası seçtikleri kontraseptif yönteme devam ettikleri görüldü.

MR sonrası seçtikleri yöntemle ilgili şikayeti olan ve kişisel memnuniyeti olmayan olgularda yöntem terk etme sıklığı anlamlı derecede daha fazla bulundu. MR sonrası seçtikleri kontraseptif yöntemi terk edenlerin %70'inin seçtikleri yöntemle ilgili şikayetleri olduğunu bulduk. Şikayeti olmayanların %95'inin ise seçtikleri yönteme devam ettiklerini tespit ettik.

MR sonrası seçtikleri kontraseptif yönteme devam etmeyenlerin büyük çoğunluğunun (%80) yan etki nedeniyle başka yöntem tercih ettikleri görüldü.

Çalışmamızda MR sonrası kontraseptif yöntem seçenlerin %100'ü modern bir yöntem seçmişken, bunlardan %6,1'inin MR'dan 1 yıl sonra geleneksel bir yöntem (geri çekme) ile korunduğu ve %1'inin de herhangi bir korunma yöntemi kullanmadığı görüldü.

Çalışmamızda görüşülen olguların %26,9'unun MR'u bir aile planlaması yöntemi olarak gördüğünü bulduk.

Çalışmamızda görüşülen kadınların sadece %10,6'sının acil kontrasepsiyon hakkında bilgi sahibi olduğu bulundu.

KAYNAKLAR

1. Elçioğlu ÖŞ, Ünlüoğlu İ, Özalp S. Aile planlaması danışmanlık hizmetleri ve kalite. Sağlık ve Toplum 2000; 10: 3-7.
2. Toker SO. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin aile planlaması hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Aile ve Toplum 2005; 2: 101-110.
3. Bayık A: Aile Planlaması Eğitim Kitapçığı. İzmir: E.Ü. Hemşirelik Y.O. ve Karşıyaka Belediyesi ortak yayını, 1991: 1-2.
4. Saraç İ, Yalçın ÖT, Özalp S, Hassa H. Bir üniversite hastanesinde rahim içi araç uygulamaları. Sağlık ve Toplum 1999; 9: 29-31.
5. The State of the World's Children 2003. A publication of the United Nations Children's Fund (UNICEF), UNICEF House – New York, USA.
6. Countdown 2015. A publication of Population Action Int., Family Care Int. and International Planned Parenthood Federation, Eason Associates Inc., Washington, DC – USA, 2004.
7. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü yayını, Ankara, 2004.
8. Ege E, Timur S, Zincir H. Ebelik son sınıf öğrencilerinin aile planlaması eğitimi etkinliğinin değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005; 14: 202-207.
9. Yıldırım A. Zeynep Kamil Hastanesi aile planlaması kliniğine yasal tahliye olmak için başvuran kadınların aile planlaması hakkında bilgilendirilmesi ve kürtaj sonrası tercih ettikleri yöntemlerin değerlendirilmesi. Dirim 1998; 73: 153-155.
10. Aile Planlaması Ders Kitabı. S.B. AÇSAP Genel Müdürlüğü ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü ortak yayını, Ankara, 1984.
11. Bilgel N. Halk Sağlığı Bakışıyla Ana Çocuk Sağlığı. İstanbul, Güneş&Nobel Tıp Kitabevi, 1997; 104-126.
12. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005; 264-78.
13. Coker AL, Hukla BS, Mc Cann MF, Walton LA; Barrier methods of contraception and cervical neoplasia, Contraception. 1992; 45: 1.
14. Schwartz B, Gaventa S, Broome CV, Reingold AL, Hightower AW, Perlman JA, Wolf PH; Nonmenstruel toxic shock syndrome associated with barrier contraceptives, report of case study Dis 11 (suppl 1): 543, 1989.

15. Huber SC, Piatrow PT, Orlans B, Dommer G; Intrauterine devices, Popul Reports, Series B, No.2, 1975.
16. Richter R, Ein mittel zur Verhütung der Konzeption, Deutsche Med Wochenschr 1909; 35: 1525.
17. Grafenberg E; An intrauterine contraceptive method, in Sanger M, Stone HM, editors, The Practice of Contraception: Proceedings of the 7th International Birth Control Conference, Zurich, Switzerland, Williams&Wilkins, Baltimore, Maryland, 1930, pp 33-47.
18. Ota T; Study on birth control with an intrauterine instrument, Jpn J Obstet Gynecol. 1934; 17:210.
19. The Population of Turkey, 1923-1994. Demografik Structure and Development, Devlet İstatistik Enstitüsü-Ankara, Nisan 1995.
20. Hatch RA et al. Contraceptive Technology 16th revised edition. New york; Irrington Publishers 1994.
21. Golziher JW, Pharmacology of Contraceptive steroids. Shoupe D, Haseltire FP (eds). Contraception New York; Springer Verlag, 1999.
22. Hulagu AC : Abortus Sebepleri Ve Tedavisi. İstanbul, Nobel Kitabevi. 1962 15-18
23. Gök Ş, Kazancıgil A : Terapotik Abortusta Sosyal Endikasyon. Birinci Türk Milli Jinekoloji Kongresi, Kongre Kitabı, Ankara, 1972, 1-7
24. Optiz K. Kuran'da Tababet. Ankara, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1971; 55-68
25. Medical Method for Termination of Pregnancy; Report of WHO Scientific Group WHO Technical Report Series 871. Genova, 1997; 871-5
26. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi(Cilt II), Bölüm11-18, 3.Basım, Cilt II. Ankara, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şirketi; 311-561
27. Hanneford PC, Kay CR. Oral contraceptives and diabetes mellitus. Br Med J 1989;299:315.
28. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 5. Baskı, Baltimore, Williams and Wilkins.1994; 687-806
29. Ball MJ, Gillmer AE. Progestagen only oral contraceptives: comparison of the metabolic effects of levonorgestrel and norethisterone. Contraception 1991; 44:223.
30. WHO. A multicentered phase III comparative clinical trial of depot-medroxyprogesterone acetate given three-monthly at doses of 100 mg or 150 mg:I. Contraceptive efficacy and side effects. Contraception 1986 ; 34:223.

31. Jimenez J, Ochoa M, Soler MP, Portales P. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception* 1984;30:5232.
32. Pardthaisong T, Yenchit C, Gray R. The long-term growth and development of children exposed to Depo-Provera during pregnancy or lactation. *Contraception* 1992; 45:313.
33. Mattson RH, Cramer JA, Caldwell BV, Siconolfi BC. Treatment of seizures with medroxy progesterone acetate: preliminary report. *Neurology* 1984;34:1255.
34. Karen R, Merckstroth, Philip D. Darney. *Implantable Contraception. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2000; Volume 4
35. Gökmen O, Çiçek N; *Günümüzde Kontrasepsiyon, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri,* 2001, 319.
36. Nilsson CG, Lahteenmaki P, Luukkainen T. Ovarian function in amenorrheic and menstruating users of a levonorgestrel-releasing intrauterine device, *Fertil Steril* 1984;41:52
37. Andersson J, Rybo G. Levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of menorrhagia, *Br J Obstet Gynaecol* 1984; 97:690.
38. Trussell J, Hatcher RA, Cates W Jr, Steward FH, Kost K. Contraceptive failure in the United States: an update. *Stud Fam Plann* 1990; 21:51.
39. Cameron IT, Haining R, Lumsden M-A, Thomas VR, Smith SK. The effects of mefenamic acid and norethisterone on measured menstrual blood loss, *Obstet Gynecol* 1990; 76:
40. Zhao G, Minshi L, Pengdi Z, Ruhua X, Jiedong W, Renqing X. A preliminary morphometric study on the endometrium from patients treated with indomethacin-releasing copper intrauterine device. *Hum Reprod* 1997; 12:1563.
41. Milsom I, Andersson K, Jonasson K, Lindstedt G, Rybo G. The influence of the Gyne-T 380S IUD on menstrual blood loss and iron status. *Contraception* 1995; 52:175.
42. Sivin I, Stern J. International Committee for Contraception Research, Health during prolonged use of levonorgestrel 20µg/d and the copper Tcu 380Ag intrauterine contraceptive devices: multicenter study. *Fertil Steril* 1994; 61-70.
43. Farr G, Rivera R. Interaction between IUD use and breast-feeding status at time of IUD insertion: analysis of T Cu-380 A acceptors in developing countries. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 144.

44. Kelaghan J, Rubin GL, Ory HW, Layde PM. Barrier method contraceptives and pelvic inflammatory disease. *JAMA* 1982;248:184.
45. Fihn SD, Latham RH, Roberts P, Running K, Stamm WE. Association between diaphragm use and urinary tract infection. *JAMA* 1985; 254: 240.
46. Keith L, Berger G, Moss W. Prevalances of gonorrhoea among women using various methods of contraception. *Br J Venereal Dis* 1975; 51:307.
47. American Collage of Obstetrician and Gynecologist: Sterilization. *ACOG Tech Bulletin* 1988; 113.
48. Kjer J. Sexual adjustment to tubal sterilization. *Eur J Obstet Gynecol* 1990; 35:211.
49. Vessey M, Huggins G, Lawless M, Mc Pherson K, Yeates D. Tubal sterilization: finding in a large prospective study. *Br J Obstet Gyneacol* 1983; 90:203.
50. Healy B: From the National Institutes of Health: Does vasectomy cause prostate cancer? *JAMA* 1993; 269:2620.
51. Grafenberg E. An intrauterine contraceptive method, in Sanger M, Stone HM, editors, *The Practice of Contraception: Proceedings of the 7th International Birth Control Conference, Zurich, Swithzerland, Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 1930; 33-47.*
52. International Medical Advisory Panel (IMAP) Statement on emergency contraception *IPPF Medical Bulletin* 1994; 28(6):1-2.
53. Westhoff C. Clinical Practice. Emergency contraception. *N Engl J Med* 2003; 349; 1830-5
54. David G. Weismiller, M. D., SC.M. Emergency contraception, *American Family Physician*. 2004, 70-4.
55. International Medical Advisory Panel. Statement on emergency contraception. London: International Planned Parenthood Federation, May 2000.
56. World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 2D ed.
57. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, Ng E, Gemzell-Danielsson K, Oyunbileg A, Wu S, Cheng W, Lüdicke F, Pretnar-Darovec A, Kirkman R, Mittal S, Khomassuridze A, Apter D, Peregoudov A; WHO Research Group on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicenter randomised trial. *Lancet* 2002; 360: 1803-10.

58. American Health Consultants. Postcoital could cut unplanned pregnancies by half. *Contraceptive Technology Update* 1993; 14(3):33-4
59. Aile Planlamasında Temel Bilgiler, Bölüm 19, Ankara, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd.
60. Raymond EG, Creinin MD, Barnhart KT, Lovvrm AE, Rountree RW, Trussell J. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 271-7
61. Ragan RE, Rock contraceptive-associated nausea. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:330-3.
62. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-33.
63. World Health Organization. Family Planning and Population. Emergency contraception: a guide for service delivery. Geneva: the Organization, 1998.
64. ACOG practice bulletin. Emergency oral contraception. No. 24. March 2001. American Collage of Obstetricians and Gynecologist. *Int J Gyneacol Obstet* 2002; 78: 191-8.
65. Women's Health Update. Need a break for a mistake? You can use the 'morning after' pill. *Supplement to Contraceptive Technology Update* 1994;15(5): 1-2.
66. Martin L, Ralph C, Benson C : Current Obstetrics And Gynecology Diagnosis And Treatment. California, Lange Medical Publication. 1987.
67. Belsey M. World Health Organization studies differentiating between spontaneous and induced abortions. In *Methodological issues in abortion research*. New York: The Population Council, 1989.
68. World Health Organization. Induced abortion. Report of WHO Scientific Group. WHO Technical Series No. 623. Geneva: World Health Organization, 1978
69. Özaydın N, Akın A. İstenmeyen gebelikler ve isteyerek düşüklerin kadın sağlığına etkileri, *Sağlık ve Toplum*, Yıl 8, Sayı 3-4, Temmuz-Aralık 1998
70. N. Sadik. *The State of World Population 1997*. UNFPA, NewYork
71. Güngör L, Açık Y, Güngör YM, Oğuzöncül AF. Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması polikliniğine isteğe bağlı düşük yapmak için başvuran kadınlar ve eşlerinin aile planlaması ve isteğe bağlı düşük hakkındaki bilgi, tutum, davranışları, *Fırat Tıp Dergisi*, 2003, Cilt 8, Sayı 1, 29-33

72. Yüksel H , Odabaşı AR , Kafkas S , Onur E , Çetinşahin M. Aydın`da yasal gebelik tahliyesi amacıyla başvuranların korunma biçimi ve tahliye sonrası için düşündükleri korunma yöntemi, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2001; 2(3) : 5 -8
73. Vural TZ, Gönenç I, Köse G, Aka N. Yasal tahliye sonrası seçilen kontraseptif yöntemler ve gelişen komplikasyonlar, Türk Aile Hek Derg 2004; 8(4): 162-165
74. Diker J, Erkoç A, Karataş N. Dr. İ. Şevki Atasagun Nevşehir Devlet Hastanesinde MR (Menstrüel Regulasyon) yöntemi ile gebeliği sonlandırılan hastaların değerlendirilmesi, Sağlık ve Toplum Yıl:13, Sayı:2, Nisan-Haziran 2003
75. Eray O, Haydarpaşa Numune Hastanesinde Yasal Gebelik Tahliyesi Yapılan Kadınlarda Ağrı İle Anksiyete ve Depresyonun İlişkisinin Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi) İstanbul, 2004
76. Guldal D, Semin S. Induced abortion: a method for birth control? Adv contracept 1999;15:49-59.
77. Akhter HH, Rider RV. Continuation of contraception following menstrual regulation-- a Bangladesh experience. J Biosoc Sci. 1984 Jan;16(1):137-51.
78. Karaman D, Köken G, Çoşar E, Şahin FK, Arıöz DT, Yılmaz M. Çalışan ve çalışmayan fertil çağındaki kadınlarda istemsiz gebelik sıklığı ve gebe kalmak istememe nedenlerinin araştırılması, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2007; Cilt: 4 Sayı: 3 Sayfa: 190- 4
79. Geelhoed D , Nayembil D, Asare K, J H Schagen van Leeuwen , J van Roosmalen. Gender and unwanted pregnancy: a community based study in rural Ghana. J of Psychosom Obstet Gyneacol, 2002; 23 (4): 249- 55.
80. Finer LB, Frohwirth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Reasons U.S. Women Have Abortions: Quantitative and Qualitative Perspectives. 2005; 37: 110- 8.
81. Klima CS. Emergency contraception for midwifery practice. J Nurse-Midwifery, 1998; 43: 182- 9
82. Ersheng G, Wenquan W, Kejuan ZLF, Qiwei GJQ, Jiahua LYW, Jianguo T, Shuangling QSZ, Tu Xiaowen, Doğurganlık çağındaki evli kadınlarda kontraseptif etkililiği üzerine müdahalenin etkisi, Reprod Med 1999 Vol. 8 Suppl 1
83. Ortaylı N, Bulut A, Nalbant H. The effectiveness of preabortion contraception counselling. Int J Gynaecol Obstet 2001; 74: 281-5
84. Nobili MP, Piergrossi S, Brusati V, Moja EA. The effect of patient-centered contraceptive counseling in women who undergo a voluntary termination of pregnancy. Patient Educ Couns. 2007 Mar;65(3):361-8. Epub 2006 Nov 27.

85. Bulut A. Acceptance of effective contraceptive methods after induced abortion. *Stud Fam Plan* 1984;15:281-4.
86. Huber LR, Hogue CJ, Stein AD, Drews C, Zieman M, King J, Schayes S
Contraceptive use and discontinuation: findings from the contraceptive history, initiation, and choice study. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 May;194(5):1290-5. Epub 2006 Apr 21.
87. Vestermark V, Petersen FV, Asping UI Use of contraception among women applying for abortion *Ugeskr Laeger.* 1991 Sep 16;153(38):2617-9.
88. Senlet P,. Kontraseptif Yöntemler: Uluslararası Basım, 1. Baskı, Demircioğlu Matbaacılık, Ankara, 1990; 9-17.
89. Türkistanlı E.Ç, Mermer G, Yıldız F. EVKA 4 Sağlık Ocağı bölgesinde 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları, VIII. 23-28 Eylül 2002 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Diyarbakır, Kongre Kitabı, 169-172
90. Depe Y, Erenel AŞ. Erkeklerin aile planlamasına ilişkin görüş ve davranışları, *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 10 (3)
91. Özvarış ŞB, Doğan BG, Akın A. Türkiye’de Erkeklerin Aile Planlamasına Katılımları, V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı 12-16.10.1996, İstanbul: 55-59
92. Akın A. (2001) Aile planlamasından üreme sağlığına geçiş. *Aktüel Tıp Dergisi*;6 (1): 4-8.
93. Özvarış ŞB (2001) Aile planlaması: *Aktüel Tıp Dergisi*, 6 (1): 45-51.
94. Özcebe H, Akın A (2003) Kadın-erkek Eşitsizliği ve Erkeklerin Üreme Sağlığına Katılımı: 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, Bayt yayıncılık, s 85-89
95. Korucuoğlu Ü, Biri A, Bozkurt N, Özcan P, Yılmaz E, Tıraş B. Kadınların acil kontrasepsiyon konusunda bilgi ve tutumları, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2007; Cilt: 4 Sayı: 3 Sayfa: 195- 8
96. Akın A, Özvarış ŞB, İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler, Tıp Fakültesi Dönem III Ders Metni
97. Chiou VM, Shrier LA, Emans SJ. Emergency postcoital contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1998; 11 :61.
98. Megan S. Cunnane, Gretchen Dickson, Robert L. Cook. Women's experiences with emergency contraception in an internal medicine practice. *J Womens Health (Larchmt).* 2006; 15: 1080-9.

99. Trussell J, Ellertson C, Stewart F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *FamPlan Perspect* 1996; 28: 58.
100. Toker SO, Aile planlaması ve acil kontrasepsiyon, *Nobel Medicus*, Mayıs-Ağustos 2006, Cilt: 2, Sayı: 2