

DOĞURGANLIĞIN DÜZENLENMESİ ve SAĞLIK HİZMETLERİ



Ulusal Konferans : V
Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı
5 Kasım 2010, İstanbul



Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı
Turkish Family Health and Planning Foundation

DOĞURGANLIĞIN DÜZENLENMESİ ve SAĞLIK HİZMETLERİ

Ulusal Konferans : V
Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı
5 Kasım 2010, İstanbul



Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Sağlık Hizmetleri Program

5 Kasım 2010

09:30 - 10:00 Açılış ve Kayıt

10:00 - 10:15 **Caroline Koç**

TAP Vakfı Yönetim Kurulu Başkanı

10:15 - 10:30 **Dr. Fehmi Aydın**

Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü

10:30 - 10:40 **Modern Toplum ve Doğurganlık**

Panel Başkanı: **Nazan Moroğlu**

Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi

10:40 - 11:00 **Doğurganlığın Toplumsal Kaynakları**

Prof.Dr. Nükhet Sirman

Boğaziçi Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü

11:00 - 11:20 **Türkiye'de Toplumsal Değişim ve Doğurganlık**

Doç.Dr. Banu Ergöçmen

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

11:20 - 12:00 Tartışma

12:00 - 13:00 Öğle Yemeği

Aile Planlaması Hizmetleri

Panel Başkanı: **Prof.Dr. Baran Tuncer**

TAP Vakfı

13:00 - 13:20 **Aile Planlaması Hizmetlerine Yönelik Geliştirilen Politika ve Stratejilerin TNSA Sonuçları ile İrdelenmesi**

Prof.Dr. Nuran Kömürcü

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Yüksekokulu

13:20 - 13:40	Birinci Basamakta Aile Planlaması Hizmetleri - İzmir Örneği Dr. Neşe Nohutçu <i>İzmir İl Sağlık Müdürlüğü</i>
13:40 - 14:20	Tartışma
14:20 - 14:40	Ara
14:40 - 14:50	Medikal Boyut ve Doğurganlık Panel Başkanı: Prof.Dr. S.Sinan Özalp <i>Eskişehir Osmangazi Üni., Tıp Fak.Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD</i>
14:50 - 15:10	Cinsel Yaşam ve Kontraseptif Kullanımı Doç.Dr. Cem İncesu <i>Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD)</i>
15:10 - 15:30	Kontraseptif Teknolojide Yenilikler Prof.Dr. Nuray Özgülnar <i>İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı</i>
15:30 - 16:00	Tartışma ve Kapanış



Açılış Konuşması	
Caroline Koç	7
Aile Planlaması Hizmetleri	
Prof. Dr. Baran Tuncer	11
Fehmi Aydınli	13
Modern Toplum ve Doğurganlık Aile Planlamasına İlişkin Hukuki Düzenlemeler	
Nazan Moroğlu	19
Türkiye'de Toplumsal Değişim ve Doğurganlık	
Banu Akadlı Ergöçmen	26
Aile Planlaması Hizmetlerine Yönelik Geliştirilen Politika ve Stratejilerin TNSA Sonuçları ile İrdelenmesi	
Nuran Kömürcü, Dilek Coşkuner Potur, Nevin Çıtak Bilgin	41
Birinci Basamakta Aile Planlaması Hizmetleri –İzmir Örneği	
Neşe Zeren Nohutcu	51
Medikal Boyut ve Doğurganlık	
S. Sinan Özalp	57
Kontrasepsiyon ve Cinsel Yaşam	
Cem İncesu	61
Kontraseptif Teknolojide Yenilikler	
Nuray Özgülnar	67



Açılış Konuşması

Caroline Koç

TAP Vakfı Yönetim Kurulu Başkanı

“Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Sağlık Hizmetleri” konulu toplantımıza hoş geldiniz. Vakfımızın üreme sağlığı kapsamında her yıl düzenlediği ve geçen yıl güvenli annelik başlığını taşıyan toplantımızda bu yıl, güvenli anneliğin de önemli bir boyutu olduğuna inandığımız doğurganlık konusunu tartışıyoruz.

Doğurganlık kadınların yaşamlarının; kimliklerinin, statülerinin, sosyal rollerinin ve sağlıklarının önemli bir bileşeni. Doğurganlığın düzenlenmesi konusunda ihtiyaç duyulan bilgiye ve hizmete ulaşabilmek kadın haklarının bir parçası. Yasal düzenlemeler kadının bu hakkını kabul ediyor ve destekliyor.

Ailenin korunması konusundaki Anayasa'nın 41. Maddesi “Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilâtı kurar” diyor.

Ülkemizin 1980 yılında imzaladığı, Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi'nin (CEDAW) 16. Maddesi, taraf devletleri, evlilik, aile ilişkileri konularında da kadın erkek ayrımını önleyecek bütün önlemleri almakla, aile planlaması eğitimi sağlayarak, kadınları doğuracakları çocuk sayısı ve doğum aralıkları konusunda özgür ve sorumlu seçimler yapmalarını olanaklı kılacak bilgi ve eğitim ile donatmakla ve onlara bu hakkı tanıyan aile hukuku, yasaları geliştirmek ve uygulamakla yükümlü kılıyor.

Kadın sorununun pek çok boyutunda olduğu gibi, burada da mevcut yasal çerçeveye karşılık, hakların kullanımı ve hayata geçirilmesi için gerekli

kurumsal mekanizmaların eksikliği, engelleyici yaklaşım ve kültürel tutumlarla karşılaşılabilir.

Ülkemizde kadının statüsü, 2010 yılı “Toplumsal Cinsiyet Sıralaması” ile yeniden gündemimize geldi. Türkiye genel ortalamada 134 ülke arasında 126. sırada yer aldı. Toplumsal yaşamda; karar mekanizmalarından siyasete, istihdamdan eğitime eşit bireyler olarak var olamayan kadınlar için yasaların varlığı da dönüştürücü olamıyor. Kadının yasal haklarını kullanabilmesi için de, toplumsal zeminde var olabilmesi gerekiyor.

Bugün kapsamlı olarak tartışacağımız doğurganlığın düzenlenmesi konusu; kadının üreme haklarını ve cinsel haklarını kullanabilmesi, anne ve bebek ölümlerinin önlenmesi, anne ve bebeklerin sağlıklarının geliştirilebilmesi boyutu ile çalışma gündemimiz içinde yer alıyor.

Anne-bebek ölümlerini önleme noktasında kayda değer adımlar atılmıştır. Ancak ülkemizde halen tehlikeli ve riskli gebeliklerin görülme sıklığının yüksek olması, ölü doğumların ve neonatal bebek ölümlerinin yüksekliği, doğum aralıklarının sıklığı ve aile planlamasında karşılanamayan hizmet gereksinimi dikkate alınması gereken göstergelerdir.

Vakfımız Güvenli Annelik programına 2004 yılında İstanbul'da küçük bir çalışma modeli olarak başlamıştır. 2010 yılına geldiğimizde ise 9 ilde uygulanan ve çabalarımızın yoğunlaştığı bir alan niteliğindedir. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü ile iletişim içinde yürütülen bu model, il sağlık müdürlüklerinin yanı sıra yerel yönetimlerin de katılımıyla üç ilde saha projeleri ile de desteklenmektedir.

Güvenli annelik programı ile bir yandan annelerin ve anne adaylarının aldıkları sağlık hizmetlerini eğitim/danışmanlık boyutu ile güçlendirmeye, diğer yandan sağlık hizmet kullanımına yönelik dirençleri aşmaya çalışıyoruz. Bu yıl 0-2 yaş bebek bakımını da programa entegre etmeye çalışıyoruz.

İstanbul'da toplum merkezleri işbirliği ile uyguladığımız kadın sağlığı eğitimlerinde, sosyal statüsü düşük ve eğitim düzeyi sınırlı kadınlara

bütünsel bir yaklaşımla, beslenmeden hijyene, üreme sağlığını koruyucu davranışlardan haklarını kullanmaya uzanan bir çizgide farkındalıkları ve sağlıkta doğru tutum ve davranışları geliştirmeye çalıştık. Bu eğitim paketini yerel yönetimlerle ve onların kendi eğitim ekiplerini oluşturarak uygulamaya geçmesiyle daha geniş gruplara taşımaya çalışıyoruz.

Aynı zamanda hizmet ve eğitim modelleri geliştirmeyi de hedefleyen bu ve benzeri inisiyatiflerin merkezi ve yerel yönetimler tarafından desteklenmesi, benimsenmesi ve yaygınlaştırılması önleyici ve koruyucu adımlar açısından önemlidir. Örgün eğitimin yetişkin kadın gruplarında yetersiz olması tamamlayıcı çalışmaları zorunlu hale getirmektedir. Bu çalışmaların bilgi aktarımının ötesine geçerek; kadınları nereden ve nasıl hizmet alacakları ve yasal haklarını nasıl kullanacakları konularında da yönlendirmesi kaçınılmazdır.

Aile planlaması hizmetleri 1970'li yıllardan bu yana ülkemizin gündeminde oldu, ulusal ve uluslar arası programlarla yaygınlaştırılmaya çalışıldı. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü yasal çerçeve ile sorumlu olduğu bu alanda süreci yönlendirici ve aktif bir rol üstlendi. 1983 yılında çıkan yönetmeliğin sağlık hizmetlerine yönelik çerçeveyi yeniden olumlu bir şekilde tanımlaması, tüm illerde AÇSAP merkezlerinin kurulması, hizmet-içi eğitimler, kontraseptif malzemelerin kamu kaynakları ile alınması, hizmetlerin niteliğini yükseltmeye yönelik çabalar hem aile planlaması hizmetlerin yaygınlaşması hem de anne-çocuk sağlığında geliştirici adımlar atılmasını sağladı.

Sağlıkta dönüşüm kapsamında doğurganlığın düzenlenmesine yönelik hizmetlerin nasıl etkileneceği, sağlık ve kadın konusunda çalışan tüm kurumların önemseddiği bir sorudur. Bugün aile hekimliği sistemine geçtiğimiz süreçte bu etkileşimi de konuşmak ve gerek akademik gerek sivil alanda geleceğe yönelik sorumluluklarımızı belirlemek durumundayız. Bu toplantının bu tartışma zeminine de katkı sağlayacağını umut ediyorum.

Kadın sağlığında anne ve çocuk sağlığında daha iyi bir noktaya varabilmek

sadece sağlık sektörünün çabaları ile gerçekleştirebileceğimiz bir hedef değil. Hizmetlerin yaygınlaşması ve niteliğinin yükseltilmesine paralel olarak kadnn statüsünü geliştirmeye yönelik abalarmzn artması gerekiyor. lke düzeyinde atılan tüm adımların toplumsal cinsiyet eşitliğe duyarlı olması ve gerekli noktalarda pozitif ayrımcılık ilkelerine sahip çıkması ertelenemez bir gereklilik.



Aile Planlaması Hizmetleri

Prof. Dr. **Baran Tuncer**
TAP Vakfı

Genelde her sene Kasım ayında yaptığımız bu toplantı artık gelenek haline geldi. Toplantılarımızda ana çerçeve üreme sağlığıdır. Bu kapsamında düzenlediğimiz toplantıda gecen senenin konusu Güvenli Annelik idi ve gecen sene Doğurganlığın Düzenlenmesi üzerine talep olduğundan bu sene Doğurganlığın Düzenlenmesi konusunu ele almaktayız.

Doğurganlık özellikle kadınların yaşamında büyük yer tutan önemli bir olaydır. Bu alanda bilgiye ve hizmete ulaşmak büyük anlam taşıyor. Bu alanda yasal bakımdan Dünyada ve Türkiye'de önemli gelişmeler oldu, kadınlar ile ilgili konular anayasamızda da yer aldı. Çeşitli yasal düzenlemeler oldu bu alanda, uluslar arası anlaşmalar da gündeme geldi ancak mesele yasa çıkarmak ile bitmiyor. Bu konuda toplantıda benden çok daha bilgili uzmanlarımız var ve konuyu gündeme getirecekler. Kurumsal güçlükler, kültürel nedenler arzu edilen atılımın yapılmasına, yasaların uygulamasına engel olabiliyor.

Vakfımız başından beri doğurganlık konusuna önem veren ve bu konuda çalışma yürüten bir vakıftır. Son yıllarda doğurganlık konusunu daha çok güvenli annelik programları çerçevesinde yürütüyoruz. İlk olarak 2004 yılında İstanbul'da başladığımız güvenli annelik konusuna zamanla yoğunlaşarak, çalışmaları diğer illere taşıdık. İller düzeyinde İl Sağlık Müdürlükleri ile birlikte çalışıyoruz. Çalışmalar süresince ACSAP ile yakın ilişki içerisinde hizmet götürülen il sayısını dokuza çıkardık. Bu gerçekten emek isteyen bir iş, Sağlık Bakanlığının desteği bu noktada çok önemli. Çalışmalarımıza İl Sağlık Müdürlüklerinin yanı sıra yerel yönetimler de

heves göstermekte ve işbirliğine sıcak bakmaktadırlar. Son zamanlarda toplum merkezleri ile işbirliği içinde çalışmaktayız bu bizce büyük önem taşıyor çünkü toplum merkezlerinde kadınla ilgili sorunları bütünsel bir çerçeve içerisinde ele alabileceğimizi düşünüyoruz.

Bugüne kadar Sağlık Bakanlığının Ana Çocuk sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü aracılığı ile yürüttüğü çalışmalar önemli sonuçlar doğurdu. Türkiye'de aile planlaması alanında, gerek bilgi kazanımında gerek uygulamada önemli aşamalara kaydedildi, önemli sonuçlar elde edildi. Su anda bir dönüşüm süreci geçiyoruz; aile hekimliği dediğimiz süreç. Bu süreçte bu konuların nasıl bir değişim geçireceği ve nasıl sahiplenileceği, nasıl paylaşılacağı bizler için dikkatle izlenecek bir olay, sanıyorum toplantıda bu konularda önemli bilgiler paylaşılacak. Herkes için verimli bir gün olacağına inanıyorum.



Fehmi Aydın

Dr.Fehmi Aydın

Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü

Geçtiğimiz 30 yılda, Türkiye özellikle kadın ve çocuk sağlığına öncelik vererek I. Basamak sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmada büyük ilerlemeler kaydetmiştir. 1960lı yılların basından bu yana politika düzeyinde yapılan temel değişiklikler ile aile planlaması üreme yasındaki kadınlar için daha ulaşılabilir bir düzeye gelmiştir. Uygulamaya başlandığından beri doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım, aile planlaması ve çocuk sağlığı hizmetlerinin entegre bir biçimde yürütülmesine yönelik ulusal programlar yürütülmektedir.

Bu müdahalenin temel amacı anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasıdır. Bu programların olumlu etkileri iki kritik göstergede izlenebilmektedir. Bebek ölüm hızı ve anne ölüm oranı. Ayrıca nüfus artış hızının ve toplam doğurganlık hızının düşmesi sağlık hizmetimizin elde ettiği başarılarıdır.

Bu gelişmelere rağmen 70 milyondan fazla nüfusa ve değişik coğrafi koşullara sahip ülkemizde herkese eşit nitelik ve nicelikte hizmet götürülmesi, anne ve çocuk sağlığının korunması ve daha iyi düzeye getirilmesi ancak iyi planlanmış hizmet yaklaşımı ile mümkün olabilir.

20 yas altındaki annelerin bebek ölüm hızının çok yüksek olduğu belirlenmiş olup, topluma verilen eğitimler ve danışmanlık hizmetleri ile doğum yasını 20- 29 yaş arasına çektiğimizde anne sağlığına katkının yansira bebek ölümleri % 30 azalacaktır.

Etkili bir doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum ve doğum sonu bakım hizmetler ve bunu takiben kaliteli bir aile planlaması hizmeti ile doğum aralıklarını 24 ayın üzerine çıkarmak mümkündür. Böylece kısa aralıklar ile

doğan her 10 bebekten 1 tanesi olurken, bu oran yarı yarıya azaltılabilmektedir.

Ülkemizde yaşayan bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla, hizmetlerden yararlananların arasındaki farklılıklar azaltılması, halkın kendi sağlığına sahip çıkma bilincinin oluşturulması temel ilkimizdir. Bu kapsamda, hizmet kalitesi verilen hizmetin toplum tarafından kabul edilebilirliği ve hizmetlerden yararlananların memnuniyetleri gündeme gelmiştir.

1994 Nüfus ve Kalkınma konferansı ışığında hazırlanan Ulusal Kadın Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmekte olan çalışmalarda elde edilen hedefler:

1. Sağlık göstergelerin açısından bölgesel farklılıkların azaltılması
2. Sağlık personelinin daha etkili ve nitelikli hizmet vermesi için eğitilmesi
3. Toplumun mevcut hizmetten yararlanması için bilincin artırılmasının sağlanması
4. Hizmetlerin ulaşılabilirliği ve kalitesinin yükseltilmelidir.

Günümüzde eğitim kişiyi bilgiye ulaştıran en etkin araçtır. Doğurganlık, hastalık ve olum oranlarının azaltılması, kadınları güçlendirilmesi, çalışan nüfusun niteliğinin iyileştirilmesi ve sürdürülebilir kalkınma büyük ölçüde eğitim ile gerçekleştirilir.

Bilginin toplumun her kesimin ulaşması sağlanmalıdır. Bu birçok ülkede yayın yolu ile gerçekleşir. Yayın ağları toplumun her kesimine özellikle erkeklere, gençlere ve genç çiftlere ulaşmada önemli yer tutmaktadır.

Temel amacın toplumun her düzeyinde nüfusa ilişkin konuların önemini anlamalarının sağlamak ve bu konuları sürekli ekonomik büyüme ve sürdürülebilir kalkınma çerçevesinde ele alarak gerekli eylemlerde bulunmak olduğu göz önüne alındığında kamuoyunda duyarlılık yaratmada tüm sektörlerin katılımını sağlamak önemlidir.

Bugün global bir koy olan dünyada bu konular sadece nüfus ve sağlık

alanında çalışan kamu, özel sektör ve STK gayretleri ile sınırlı kalmaktadır. Ancak her düzeyde seçilmiş temsilciler, bilimsel topluluklar, geleneksel ve modern liderler, sivil toplum örgütleri ve nitelikli iletişim uzmanları nüfus ve sürdürülebilir kalkınma ile buna ilişkin konulara ulaşabilmelidirler.

Modern ve geleneksel çeşitli bilgi, eğitim iletişim faaliyetlerinin etkilerini birkaç cephede, çeşitli kişiler ve farklı kitleler karşısında en yüksek düzeye çıkarmak için bilgi, eğitim ve iletişim koordine edildiği stratejik bir yaklaşım gereklidir.

Farkındalık yaratma ve toplumda kendi sağlığına sahip çıkma bilinci oluşturma sadece Bakanlığımız tarafından değil başta sivil toplum kuruluşları olmak üzere toplumun tüm kesiminin aktif olarak katkı ve katılımını gerektirmektedir.

Bu katılımı sağlamak için üreme sağlığı hizmet sunum kalitesinin iyileştirilmesi ve kurumsal kapasitenin güçlendirilmesinde Bakanlığımıza destek ve toplumsal grupların güçlendirilmesi konusunda sivil toplum kuruluşları ile birlikte çalışmaktayız.

Bugün bizleri bir araya getiren Türkiye Aile Planlaması Vakfına gayretlerinden ötürü teşekkür ediyorum.

İnanıyorum ki bu güzel çalışma sayesinde bugün burada ivme kazanmış olacağız. Bugüne kadar elde edilen deneyimlerin ve gurur duyacağımız başarıların ışığında daha geniş kitlelerde farkındalık yaratmak üzere çalışmalarımızı sürdüreceğiz.



Modern Toplum ve Doğurganlık Aile Planlamasına İlişkin Hukuki Düzenlemeler

Nazan Moroğlu; LL.M

Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi “Kadın Hukuku” Öğretim Görevlisi,
Türk Üniversiteli Kadınlar Derneği Genel Başkanı

Modern Toplum ve Doğurganlık

Bu iki kavram birbiriyle doğrudan ilişkilidir. Toplum yaşamında büyük önem taşıyan aile planlaması hizmetlerinin düzenli bir şekilde amaca uygun uygulanması, diğer bir ifadeyle kontrollü doğurganlık, modern toplum yapısını oluşturmada önemli rol oynamaktadır ve temel faktörlerinden biridir. Aile planlaması, aynı zamanda insanın ve toplumun refahının gelişimine de katkıda bulunur.

Hızlı nüfus artışı, milli gelirdeki artış hızından yüksek olduğunda, ekonomik gelişmenin bir ölçüsü olan “kişi başına gelir” artışı azalacaktır. Özellikle, ülke nüfusunun 1950'lerden sonra hızla artışı nedeniyle, kırdan kente göçler, düzensiz kentleşme, sosyal ve ekonomik sorunlar ülke gündeminde yer almaya başlamıştır. Türkiye'de Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planından (1963-1967) itibaren “nüfus” konusuna yer verilmiştir. 1965 yılında TBMM'de kabul edilen Nüfus Planlaması Kanununda, kişilerin istediği zaman ve istediği sayıda çocuk sahibi olma özgürlüğüne sahip olduğu hükme bağlanmış, hukuki açıdan aile planlamasına ilk adım atılmıştır. Aile planlaması yoksullukla mücadelenin de etkin araçlarından biridir. İstatistiklere göre, aile planlaması uygulamalarıyla, eğitim ve bilinçlendirme ile istenmeyen gebelikler önlendiğinde, anne ölümlerinin dörtte bir oranında azaldığı görülmektedir. Aile planlaması anayasamızda ve çeşitli yasalarda düzenlenmiştir.

Anayasalarımızda Aile Planlaması

1961 Anayasasında “Ailenin Korunması” başlığı altında düzenlenen 35. maddede, “aile, Türk toplumunun temelidir” denildikten sonra, “devlet

ailenin, ananın ve çocuğun korunması için gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar” hükmüne yer verilmiştir. Her ne kadar aile planlaması açık bir ifadeyle yer almasa da Anayasa'da bu yolda ilk adımın atıldığını söylemek mümkündür. Nitekim, 1963 yılında Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında nüfus planlaması konusuna yer verilmiş ve 1965 yılında “Nüfus Planlamasına Dair Kanun” çıkarılmıştır.

1982 Anayasasında, “Ailenin Korunması” başlığı altında açık bir ifadeyle aile planlamasına ilişkin hükme yer verilmiştir. Anayasanın madde 41/ 2. fıkrada yer alan: “Devlet ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar” kuralına göre, aile planlaması uygulamalarında öncelikle sorumluluk devletindir.

Aile Planlamasının² Yasal ve Kurumsal Alt Yapısı

1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Hıfzısıhha Kanunu ile anne ve çocuklara verilecek sağlık ve sosyal hizmetlerle ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin verilmesinin Sağlık Bakanlığının görevi olduğu kabul edilmiştir.

1952 yılında ana çocuk sağlığı sorununa çözüm getirmek için Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur.

1965 yılında çıkarılan Nüfus Planlaması Hakkında Kanunla, gerek gebeliklerinin devamı süresince ve gerekse doğumdan sonra ana ve çocuk sağlığını takip etmek görevi bağımsız bir birim olarak kurulan Ana Çocuk Sağlığı Müdürlüğüne verilmiştir.

1963-1967, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında hızlı nüfus artışı sorun olarak ele alınmış, çözüm önerileri getirilmiştir.

1982 yılında Ana Çocuk Sağlığı Müdürlüğü ile Nüfus Planlama Genel Müdürlüğü birleştirilerek, “Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü” adı ile yeniden yapılandırılmıştır.

1983 yılında Nüfus Planlaması hakkında 2827 sayılı Kanun kabul edilmiştir. Bu yasa ile, Türkiye'de aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması amacıyla ebe hemşirelerin etkili yöntem uygulama yetkileri artırılmış, kadın ve erkekte cerrahi aile planlaması yöntemleri uygulanabilmesi kabul edilmiştir.

1985 yılında toplumun aile planlaması hakkında bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi amacıyla Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı kurulmuştur. TAPV, 25. yıldır ülke genelinde bir sivil toplum kuruluşu olarak etkin bir şekilde çalışmaktadır.

1985 yılında Türkiye, Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Kaldırılması Sözleşmesini onaylamıştır.

1993 yılında Sağlık Bakanlığında, sekreteryasını AÇSAP Genel Müdürlüğünün yürüttüğü “Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Danışma Kurulu” kurulmuştur.

1996 yılında Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde, ilgili sektörlerin geniş katılımıyla ilk kez “Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejileri” hazırlanmış, 1998 yılında faaliyet programı oluşturulmuştur.

2005 yılında güncelleştirilen plan, “2005-2015 Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı, Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı” adıyla yenilenmiş ve Türkiye'nin 2015 yılına kadar olan hedeflerine, ilkelerine ve yapılması gerekenlere yer verilmiştir.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında “üreme sağlığı” sorunlarına ve çözüm önerilerine yer verilmiştir.

Uluslararası Sözleşmelerde ve Belgelerde Aile Planlaması

“Kadın” Aile Planlamasının odağında yer alması nedeniyle, kadının insan haklarına ilişkin uluslararası sözleşmelerde ve belgelerde aile planlaması konusuna açık bir ifadeyle yer verilmiştir.

- 1979 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda kabul edilen ve günümüzde 186 ülkenin onaylamış olduğu Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Kaldırılması Sözleşmesinin (İngilizce baş harflerinden oluşan adı ile CEDAW) 14. maddesi 2. fıkrasında, taraf devletlere kadın erkek eşitliği ilkesine dayanarak özellikle kırsal kesim kadınlarına “Aile planlaması konusunda bilgi, danışma ve hizmetler de dahil olmak üzere yeterli sağlık hizmetlerinden yararlanmak” hakkını sağlama yükümlülüğü verilmiştir.
- 15-26 Temmuz 1985 tarihlerinde Nairobi’de toplanan Birleşmiş Milletler 3. Dünya Kadın Konferansında kabul edilen “Kadının Gelişmesi İçin Nairobi İleriye Yönelik Stratejileri” belgesinde aile planlamasına ayrıntılı olarak yer verilmiştir. 155. paragrafında: “...Aile planlaması hizmetleri de dahil olmak üzere analık ve çocuk bakım imkanları tüm kadınların kolaylıkla yararlanabileceği nitelikte olmalıdır”; 156. paragrafında: “...Kadının kendi doğurganlık kabiliyetini kontrolü, diğer haklarını da kullanması açısından en önemli unsurdur. Dünya Nüfus Eylem Planında kabul edilip, Uluslararası Nüfus Konferansında (1984) yeniden onaylandığı üzere, tüm eşler ve bireyler bilinçli olarak ve özgürce, istedikleri çocuk sayısına ve bunlar arasındaki sürenin ne olacağına karar vermek hakkına sahiptir; ana ve çocuk sağlığı ve temel koruyucu sağlık hizmetlerinden biri olarak aile planlaması hizmetleri güçlendirilmelidir; aile planlaması ile ilgili bilgi üretilmeli ve bu konuda yeni hizmet şekilleri yaratılmalıdır”; 159. paragrafında: “...Tüm hükümetler doğum kontrol yöntemleri ve ilaçlarla ilgili olarak kalite, etkililik ve güvenilirlik standartlarında uygunluk sağlama-lıdır. Söz konusu yöntemlerin halka duyurulması ve uygulaması ile ilgili kuruluşlar da sorumlu durumunda olmalıdır” denilerek belirlenen stratejilerin eyleme geçirilmesi öngörülmüştür.

- 1994 yılında Kahire'de toplanan Birleşmiş Milletler Nüfus ve Kalkınma Konferansı, aile planlaması açısından kadın hakları konusunda önemli bir hareket noktası oluşturulmuştur. Kahire toplantısında, yoksullukla mücadelenin en etkin yollarından birinin, doğum kontrol yöntemleri konusunda insanların bilgilendirilmesi ve bu konuda ilaç ve kaynaklara ulaşımın sağlanması, gelişmekte olan ülkelerde kadın ve kız çocukların eğitilmesi olduğuna ilişkin kararlar alınmıştır.
- 1995 yılında Dördüncü Dünya Kadın Konferansında kabul edilen Pekin Eylem Planında Kadın ve Sağlık başlığı altında “..cinsel sağlık ve üreme sağlığın, sadece kadının sorumluluğu olduğunun düşünülmesinin önüne geçilmesi için gerekli önlemlerin alınması, koruyucu sağlık hizmetinin ihmal edilmemesi ve bu kapsamda üreme haklarının tam olarak gerçekleştirilmesi, sağlıklı şartlarda kürtaj için gerekli önlemlerin alınması..” konularına yer verilmiştir.
- 2000 yılında Birleşmiş Milletlerde düzenlenen (Pekin +5) Kadın Özel Oturumunda, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve kadın yoksulluğunun giderilmesi konusuna dikkat çekilmiştir.
- Türkiye'nin CEDAW Komitesine sunduğu dönemsel Ülke Raporlarında, aile planlaması konusundaki gelişmelere yer verilirken, kadın kuruluşlarınca düzenlenen Gölge Raporlarda, aile planlamasının yetersiz kaldığı hususlara dikkat çekilmektedir. Örneğin 2010 Gölge Raporunda: “ kadın örgütleri, herkesin ücretsiz, ulaşılabilir, kaliteli sağlık hizmeti almasını; evli kadınların gebeliği sonlandırmasında eşinin rızasının aranmasını öngören Nüfus Planlamasına Dair Kanunun 6. maddesi 2. bendinin kaldırılmasını, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını” talep ettiklerini belirtmişlerdir.
- (2008-2013) Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planında, belirlenen stratejilerden “kadınların üreme sağlığı başta olmak üzere genel sağlık konuları hakkında bilinçlendirilmesi” konusunda sorumlu kurum olarak Sağlık Bakanlığına ve Kadının Statüsü Genel

Müdürlüğüne; işbirliği yapılacak kuruluşlar olarak da SHÇEK, GAP İdaresi Başkanlığı, TTB, İşçi İşveren Sendika ve Konfederasyonları, STK'lara görev verilmiştir. Ayrıca, Eylem Planında “erkeklerin aile planlaması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve üreme sağlığı başta olmak üzere kadın sağlığı konusunda bilinçlendirilmesi” belirlenen diğer bir strateji olup, uygulama görevi KSGM, Genel Kurmay Başkanlığı, Medya Kuruluşları, İşçi-İşveren Sendika ve Konfederasyonları, STK'larla işbirliği yapmak üzere Sağlık Bakanlığına verilmiştir.

Ülkemizde Aile Planlaması Bir Devlet Politikasıdır

Ülkemizde aile planlamasının bir devlet politikası olması nedeniyle, bu politika değiştirilmemeli ve sürdürülebilir olmalıdır. Bilindiği gibi, 1982 Anayasamızın 41.maddesinde, yurttaş için aile planlaması bir anayasal hak, devlet içinde aile planlaması teşkilatını kurmak ve uygulamak bir anayasal görev olarak düzenlenmiştir. Ancak, 2007 yılında gündeme getirilen, hükümet tarafından hazırlatılan Anayasa Taslağında, “aile planlamasına ilişkin bir kurala” yer verilmediği görülmektedir. Hükümetlerin, kadın erkek eşitliğine ilişkin bakış açıları, uygulamaları ve odak noktasında “kadının” yer aldığı aile planlaması hizmetleri açısından bu konulardaki “belirlenmiş devlet politikası” göz ardı edilmemelidir.

Aile planlaması devlet politikası olarak sürdürülmezse, doğurganlık bir sorun olarak kadını olumsuz etkilemeye ve toplumsal sorun haline gelmeye devam edecektir. Aynı şekilde, aile içi şiddet konusunda da, kararlı bir devlet politikası izlenmez ise, yasalar uygulamaya geçirilmezse, sorun, kadının ve çocuğun sorunu olmaya devam edecektir. Oysa, kadının sorunu, toplumun sorunudur. Gerçek demokrasi ve kalkınma için, aile planlaması dahil tüm sorunlar bütün ilgili kurum ve kuruluşların elele vermesiyle çözülebilecektir.

“Modern Toplum ve Doğurganlık” başlığı altında, birinci oturumda aile planlamasına ilişkin ulusal ve uluslar arası hukuk düzenlemeleri; gelenekselden moderne doğurganlık konusunda toplumun bakış açısı ve

aile planlaması konusunda yaşanan gelişmeler ele alınmaya çalışıldı. Bu açıdan 1. oturumda, sonraki iki oturumda değinilecek konular açısından bir genel açıklama yapıldığını söyleyebiliriz. Aile hekimliği yapılandırılırken aile planlaması konusunda, sivil toplum kuruluşlarının deneyimlerinin ve emeklerinin dikkate alınmasını diliyorum.



Türkiye'de Toplumsal Değişim ve Doğurganlık

Doç.Dr.Banu Akadlı Ergöçmen

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü

Doğurganlığın Değişimi

Türkiye'de toplumsal değişime paralel olarak yaşanmakta olan demografik değişim, özellikle son zamanlarda, dikkat çeken bir konu haline dönüşmüştür. Ülkenin nüfus süreçlerinde yaşanan değişim sonucu ortaya çıkan nüfus yapısının günümüzdeki durumu, bu yapının gelecekteki yansımaları ve bu değişime katkıda bulunan nüfus bileşenleri konuyu üzerinde durulması gereken bir konuma getirmiştir. "2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008)¹ da ülkenin özellikle yirminci yüzyılın son çeyreğinden itibaren yaşamakta olduğu demografik sürece ilişkin eğilimleri ve değişimleri bir kez daha pekiştirerek ortaya koymuştur (HÜNEE, 2009).

Her toplum kendine özgü bir süreç içinde biçimlenirken karmaşık ve çok boyutlu olan bir toplumsal değişme söz konusu olmaktadır. Toplumun yapısındaki değişimin temelinde toplumsal kurumların ve toplumsal ilişkilerin karşılıklı değişimi; en temelde de bireylerin davranış değişimleri yatmaktadır. Bir toplumda farklı ölçülerde ve alanlarda gerçekleşen toplumsal değişmelerde, ekonomik gelişme, teknik ilerleme ve nüfus hareketleri rol oynamaktadır. Toplumsal değişmeye paralel olarak gerçekleşen demografik değişim, sıklıkla "Demografik Geçiş Kuramı" çerçevesinde değerlendirilmekte ve bu demografik geçiş o toplumun geleneksel bir yapıdan daha karmaşık ve modern bir toplum olma

1- TNSA-2008 Türkiye'nin demografik yapısı, doğurganlık düzeyi ve değişimi, bebek ve çocuk ölümlülüğü, gebeliği önleyici yöntem kullanımı, anne çocuk sağlığı ve üreme sağlığı konularında bilgi sağlayan ulusal düzeyde bir örneklem araştırmasıdır. 10525 hane ve 15-49 yaşlar arasındaki 7405 evlenmiş kadını kapsamaktadır. 1968'den bu yana düzenli aralıklarla gerçekleştirilen ulusal ve nüfus sağlık araştırmaları dizisinin dokuzuncusudur.

yolundaki değişimi olarak yorumlanabilmektedir (Davis, 1945; Hodgson, 1987).

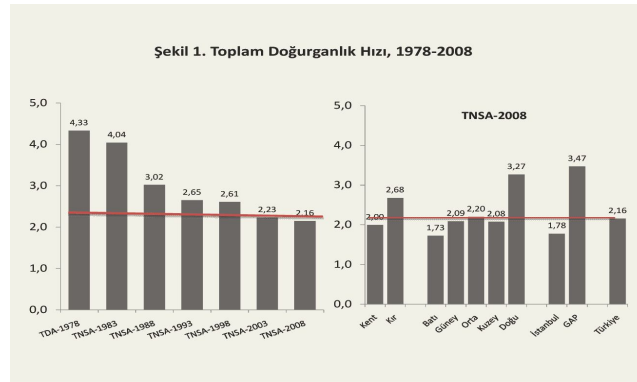
Türkiye'nin demografik değişiminde yaşanan evreler de, demografik geçiş kuramı çerçevesinde ele alındığında, ülke nüfusunun, bugün, kuramın son aşaması olarak nitelenen nüfus artış hızının yavaşladığı, doğurganlık ve ölümlülük hızlarının düşük olduğu bir konuma ulaştığı görülmektedir. Türkiye Cumhuriyeti kurulduğunda önemli bir sorun olan az nüfus ve artışın yavaşlığı, yirminci yüzyılın ortalarına gelindiğinde farklı bir görünüm alarak, 32 yıl içinde kendini ikiye katlayan bir süreç olarak ekonomik kalkınmanın önünde bir engel olarak görülmüştür. Bu durum, Cumhuriyetin kuruluş yıllarından itibaren uygulanan nüfus artışını teşvik eden politikanın 1965'de değiştirilerek yerini antinatalist politikaya terk etmesini getirmiştir². Bir yandan sosyal ve ekonomik değişim, diğer yandan nüfus ve nüfusla bağlantılı konulara yaklaşımdaki değişim ve yanı sıra küresel etkiler, nüfus artışının bileşenlerinden olan doğurganlık ve ölümlülük düzeylerindeki azalma eğilimi ile kendini göstermiştir. Toplam nüfus, nüfusun iç dinamiği ile artmaya devam ettiğinden, 1990'ların başında kendini bir kez daha ikiye katlamıştır. 1990'da 57 milyon olan Türkiye nüfusu günümüzde 73 milyona ulaşmıştır (TÜİK, 2011).

Dünyadaki gelişmelere paralel olarak, ülke düzeyinde yaşanan ekonomik, sosyal, sağlık ve diğer alanlardaki değişimler kadın başına düşen doğum sayısının azalmasını da beraberinde getirmiştir. Yirminci yüzyılın ortasından itibaren azalma eğilimi içinde olan doğurganlık düzeyinde, 1970li yıllardan itibaren belirgin bir iniş gözlenmiş ve toplam doğurganlık hızı³ 1978 ile 2008 arasında yarı yarıya azalarak 4.33'den 2.16'ya inmiştir (Şekil 1). Doğurganlık düzeyindeki bu azalma ile toplam doğurganlık hızı, nüfusun kendini yenileme düzeyi olarak bilinen 2.1'in hemen üzerinde bir

2- 10 Nisan 1965 tarihinde kabul edilen "557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun" ile gerçekleşen bu değişim, Mayıs 1983'de "2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun" ile daha özgürlükçü bir tarz kazanmıştır. 1983'deki düzenleme ile 10. haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılması ve her iki cinsiyet için sterilizasyon yasal hale gelmiş; ebe/hemşirelere de rahim içi araç (RİA) uygulama yetkisi verilmiştir.

3- Bir kadının doğurgan olduğu yaşlar içinde yapacağı ortalama canlı doğum sayısı.

seviyeye gelmiştir. Doğurganlıktaki düşme eğilimi ülke genelinde gözlenmekle beraber, kentsel ve kırsal yerleşim yerleri ile bölgelerde doğurganlığın düşme eğiliminde başlangıç noktalarının ve değişim hızlarının farklı olması, ülke genelinde farklı doğurganlık düzeylerinin olmasına neden olmaktadır. Örneğin doğurganlığın en yüksek olduğu Doğu Bölgesinde, toplam doğurganlık hızı son 30 yıl içinde yüzde 48 azalarak 6.3'den 3.3'e inerken, bölgeler arasında en düşük doğurganlık düzeyine sahip olan Batı Bölgesi'nin 1978'de 2.9 olan toplam doğurganlık hızı 2008'de yüzde 41 azalarak 1.7 düzeyine inmiştir. Doğu Bölgesi yarı yarıya azalmış doğurganlık düzeyiyle bile, doğurganlığı nüfusun yenilenme düzeyinin altında olan Batı Bölgesi'nden, doğurganlıkları yenilenme düzeyine inmiş olan Güney ve Kuzey bölgelerinden ve doğurganlığı yenilenme düzeyinin hemen üzerinde yer alan Kuzey bölgesinden çok yüksek bir doğurganlık sergilemektedir (Şekil 1).



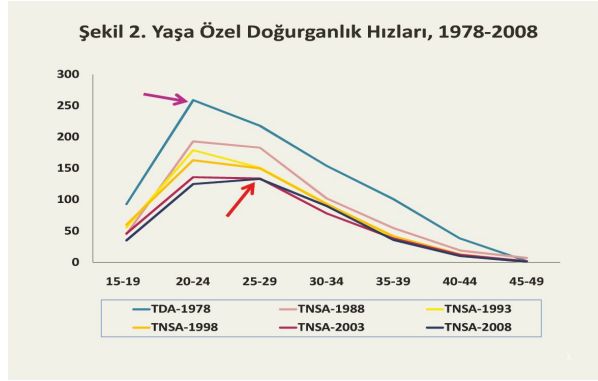
Doğurganlığın değişim sürecinde son döneme gelinceye kadar bazı değişmez yapılar bulunmaktadır. Örneğin, bunlardan biri azalma eğiliminin tüm yaş gruplarının doğurganlıklarında gözlenilmesi; bir diğeri de en yüksek doğurganlığın 20-24 yaş grubunda olduğu yaş örüntüsünün yakın döneme kadar aynı kalmış olmasıdır (Şekil 2). TNSA-2008 bulguları ise, doğurganlığın en yüksek olduğu yaşların, daha önceki yıllardan farklı olarak 25 ile 29 yaşlar arasına doğru ilerlemiş olduğunu ortaya koymuştur. Yaşa özel doğurganlık hızının hala 20-24 yaş grubunda en yüksek olduğu

Doğu bölgesi hariç diğer tüm bölgelerde doğurganlığın en yüksek olduğu yaşlar Türkiye genelinde olduğu gibi 25-29 yaş grubudur. Doğurganlığın yaş örüntüsündeki bu dönüşüm, ilk evlenme yaşının zaman içinde artmasının yanı sıra doğumların ertelenmesinin de bir sonucu olarak belirmektedir.

Kongar (1972), toplumsal gerçeğin yani toplumda meydana gelen olayların ve yaşayan varlıkların çeşitli niteliklere sahip olduğunu ve bunların demografinin, ekonominin, sosyolojinin yapay ayrımlarına göre değil bir bütün olarak meydana geldiklerini belirtir. Demografik olaylar da bir bütün olan toplumsal gerçeğin içinde yer alırken hem ondan etkilenir hem de etkilerler. Doğurganlık düzeyinin değişiminde rol alan sosyal, kültürel, ekonomik ve yapısal faktörler etkilerini bazı biyolojik ve davranışsal faktörler aracılığıyla gerçekleştirmektedirler (Davis and Blake, 1956). Doğurganlığı doğrudan belirleyen biyolojik ve davranışsal faktörler “ara değişkenler” olarak tanımlanmaktadır (Bongaarts, 1978). Türkiye'nin doğurganlık düzeyindeki değişim, Bongaarts (1982) modelinde yer alan dört temel ara değişken kullanılarak incelendiğinde, bu değişkenler arasında evlenme oranlarının ve gebeliği önleyici yöntem kullanımının öne çıktığı bulunmuştur. Bulgular, gebeliği önleyici yöntem kullanımının ve evlenme oranlarının doğurganlık düşüşü üzerindeki etkilerinin zaman içinde arttığını, emzirme süresinin kısalmasından kaynaklı olarak doğum sonrası geçici kısırlığın etkisinin azaldığını, istemli düşüklerin doğurganlık düşüşü üzerindeki etkisinin ise 1980'li yıllarda biraz artmakla beraber daha sonra düşüşe geçtiğini ortaya koymaktadır (HÜNEE, 2010).

Türkiye genelinde doğurganlığın TNSA-2008'de tahmin edilen 2.16 düzeyine inmesinde en etkili ara değişken, yüzde 67'lik bir paya sahip olan, gebeliği önleyici yöntem kullanımı olarak bulunmuştur. Evliliklerin ertelenmesi de doğurganlık düşüşüne yaptığı yüzde 24'lük katkı ile ikinci önemli faktör durumundadır. İsteyerek düşüklerin ve emzirmenin doğurganlık düşüşüne katkıları sınırlı düzeyde olup her iki ara değişkenin

toplam katkısı yüzde 10'un altındadır (HÜNEE, 2010). Bu bulgular ışığında, evlilik ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı, doğurganlığı doğrudan etkileyen değişkenler olarak öne çıkmaktadır.



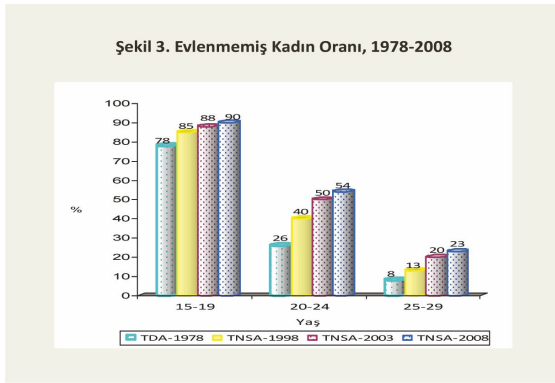
Doğurganlığın Değişiminde Doğrudan Etken Olan Demografik Değişkenler

Demografik açıdan doğurganlık düzeyinde etken olduğu belirlenmiş olan değişkenlerden biri olan evlilik, Türkiye'de yaygın bir kurum olma özelliğini korumaktadır. Demografik olarak bir kadının gebelik riski altına girmesi şeklinde nitelenen evlilik kurumu, oransal olarak zaman içinde azalma gösterse de TNSA-2008 sonuçları, Türkiye'de kadınların tamamına yakınının evlendiklerini bir kez daha göstermiştir. Boşanma oranları ise biraz artmış olsa da halen düşük bir düzeydedir; TNSA-2008 sonuçlarına göre 15-49 yaşlar arasındaki kadınların yüzde 2,3'ü boşanmış ya da ayrı yaşamaktadır.

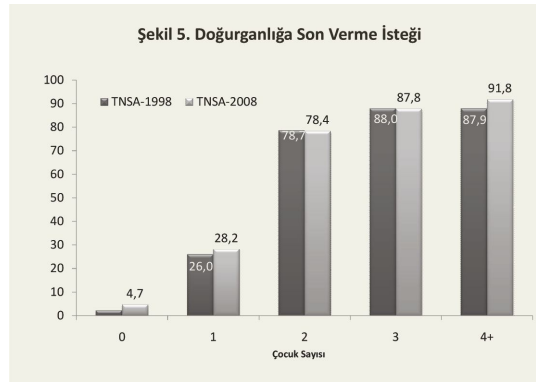
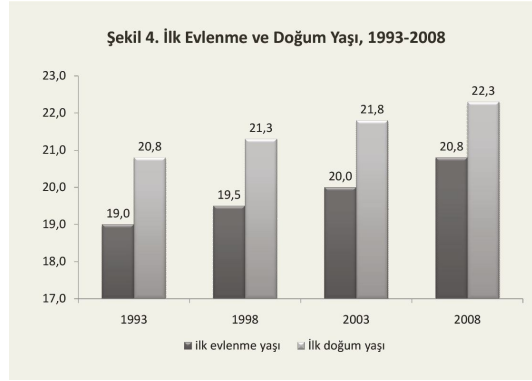
Evliliğin ertelendiği, evlenmenin yaygın olduğu yaş gruplarındaki evlenmemiş kadın oranlarının artışından anlaşılmaktadır. Örneğin 20-24 yaş grubunda evlenmemiş kadın oranı 1978-2008 arasında 2 kat, 25-29 yaş grubunda ise 3 kat artmıştır. İlk evlenme yaşının yükseldiği ve çok genç yaşlardaki evliliklerin de azaldığı görülmektedir (Şekil 3). TNSA-2008 sonuçları genç yaş kuşaklarında ortalama evlenme yaşının biraz daha

yukarıya çekilmiş olduğunu göstermektedir. Örneğin, 25-29 yaş grubundaki kadınların ortalanca evlenme yaşı 22,1, 45-49 yaş grubundaki kadınların ise 19,5'dir.

TNSA-2008'de 15-49 yaşlar arasındaki kadınlar için ortalanca ilk evlenme yaşı 20,8, ilk doğum yaşı ise 22,3 olarak tahmin edilmiştir. Türkiye'de ilk çocuğa sahip olma, evliliği izleyen 1,5 yıl içinde olmaktadır ve bu olgu zaman içinde değişmeyen bir örüntü sergilemektedir (Şekil 4). İlk evlenme yaşı ile ilk doğumun yapıldığı yaş arasındaki farkın çok değişmemesi, evlilik ile ilk doğum arasındaki sürenin toplumsal değişim içinde yer bulmadığına işaret etmektedir.



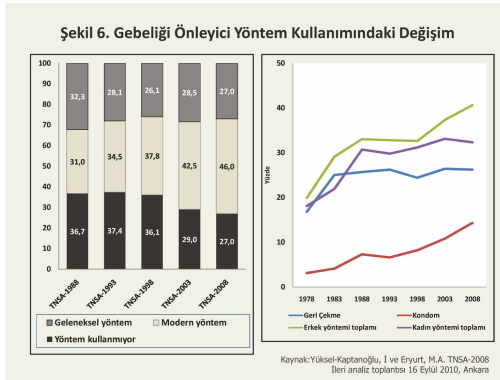
Evlenmenin yaygın olması ve evliliği takiben çocuk sahibi olmak yerleşmiş bir yapı olarak karşımıza çıkarken 2 çocuk sahibi olduktan sonra doğurganlığa son verme isteği de artan bir eğilim olarak belirlemektedir (Şekil 5). TNSA-2008 sonuçları iki çocuk sahibi kadınların yüzde 78'den fazlasının, başka çocuk istemediklerini ortaya koymuştur. Sahip olunan çocuk sayısının artması ile başka çocuk istemediğini belirten kadınların oranı artmaktadır. Genelde bakıldığında da her 10 kadından 6'sı başka çocuk istemediğini belirtmiştir. Bu durum doğurganlığın düzenlenmesinde gebeliği önleyici yöntem kullanımının ne denli önemli olduğuna işaret etmektedir.



Yöntem kullanan 15-49 yaşlarındaki kadınların yüzdesi olarak bakılan gebeliği önleyici yöntem kullanma yaygınlığı ülke genelinde yüzde 73'dür. Evli kadınların yüzde 46'sı gebelikten korunmada modern yöntem kullanırken yüzde 27'si geleneksel yöntemler kullanmaktadır. Zaman içindeki değişim gebeliği önleyici modern yöntemlerin daha yaygın olarak kullanılması yönünde olmuştur. Gebelikten geleneksel bir yöntem ile korunan kadınların oranı 1990lı yılların başından itibaren önemli bir değişime göstermemiştir. Bu nedenle gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının yaygınlığındaki değişimin daha çok yöntem kullanmayanların modern yöntem kullanmaya başlamalarından kaynaklandığını göstermektedir. Modern yöntem kullanımı ise son 20 yıllık dönemde yüzde 31'den yüzde 46'ya yükselmiştir. TNSA-2008'den önceki 15 yıllık dönemde kullanım hızlarında meydana gelen artışın büyük bir kısmı kondomun ve

tüp ligasyonunun daha çok kullanılmasından kaynaklanmaktadır. Geleneksel bir yöntem olan geri çekme yönteminin yaygınlığı ise bu dönemde belirgin bir değişim göstermemiş ve her evli dört çiftten biri bu süreçte geri çekme yöntemini kullanmıştır. Bölgelere göre farklılaşma Doğu Bölgesi ile diğer bölgeler arasında olmaktadır. Modern yöntem kullanmanın en düşük, yöntem kullanmamanın da en yüksek düzeyde olduğu bölge Doğu bölgesidir.

Gebeliği önleyici yöntem olarak geri çekme yönteminin kullanım yaygınlığı da zaman içinde değişmeyen bir seviyede kalmaktadır. Geleneksel bir yöntem olarak nitelenen geri çekme yöntemi aynı zamanda erkek yöntemleri arasında yer almaktadır. Türkiye'de, istenmeyen gebeliklerden korunmada modern yöntem kullanımı teşvik edilse de son 40 yıllık dönem içinde en yaygın olarak kullanılan gebeliği önleyici yöntemin geri çekme yöntemi olması çelişkili bir durum yaratmaktadır.



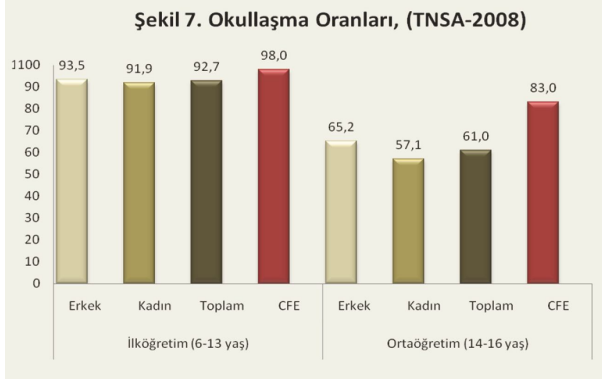
Geçen zaman içinde gebeliği önleyici yöntem kullanımı her ne kadar artan bir eğilim göstermişse de konuya sadece sayısal değil nitelik olarak da bakmak gerekmektedir. Yöntemin etkili ve devamlı kullanımı, ya da yöntem konusunda sağlık personeli tarafından aktarılan bilgi gibi özellikler işin niteliği konusunda fikir verebilmektedir. Örneğin, TNSA-2008 sonuçları kadınların, gebeliği önleyici yöntem konusunda karar verirken bilgilendirilmelerine ilişkin olarak çaba gösterilmesi gerektiğini

göstermiştir. Araştırma sonuçları, kadınların yarısının kullandıkları yöntemin yan etkisi konusunda bilgilendirilmemiş olduklarını, yüzde 56'sının da yan etki durumunda ne yapacağını bilmediğini belirttiğini ortaya koymuştur. Kullandığı yöntem dışında yöntem bilgisi verilmemiş kadın oranı ise yüzde 57'dir. Diğer yandan yöntem kullanımında devamlılığın sağlanmasında da sorunlar olduğu anlaşılmaktadır. Yöntem kullanan kadınların yüzde 35'i yöntemi kullanmaya başladıktan sonra bir yıl içinde çeşitli nedenlerle yöntem kullanmayı bırakmaktadırlar. Örneğin, gebeliği önleyici bir yöntem kullananların yüzde 15'i başka bir yöntemeye geçmek için, yüzde 7'si ise kullanımdaki başarısızlık nedeniyle yöntemi bıraktıklarını söylemişlerdir.

Doğurganlığın Değişimini Dolaylı Olarak Etkileyen Sosyal ve Ekonomik Değişkenler

Sosyal ve ekonomik yapıda meydana gelen değişim, doğurganlık üzerinde evlilik ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı gibi doğrudan etkisi olan değişkenler aracılığıyla doğurganlığın dönüşümünde dolaylı olarak etken olmuştur. Bu bağlamda en başta eğitim önemli bir yere sahiptir. Özellikle kadının eğitimi onun içinde yaşadığı topluma katılabilmesinin yolunu açan önemli faktörlerden biridir. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında, doğurganlığın kontrolünde, anne sağlığının iyi konumda olmasında, çocukların hayatta kalmalarında ve iyi eğitilmelerinde kadının eğitilmiş olması önemlidir. Yoksulluğu azaltan bir faktör olarak değerlendirilen eğitimde zaman içinde önemli bir mesafe alınmışsa da henüz nüfusun tamamının okuryazarlığından söz edilememektedir; 1970'li yıllarda yüzde 56 olan okuryazar oranı 2008 yılı Hanehalkı İşgücü Anketi verilerine göre yüzde 80'dir. Ne yazık ki 15 yaş üzerinde okuryazar olmayanların çok büyük bir kısmı kadındır (yüzde 84), bu oranın sayısal ifadesi 4 milyon 742 bin kadının okuma yazma bilmemesidir. Zaman içinde daha fazla sayıda insan okuryazar hale gelmişse de kadınlar için dezavantajlı durum devam etmektedir. TNSA-2008 okullaşma oranları ilköğretim zorunlu olduğu için bu çağdaki erkek ve kız çocukların okula devam etme oranlarının hemen

hemen aynı olduğunu ama eğitim düzeyi yükseldiğinde, örneğin lise eğitiminde, erkeklerin okula devam etme oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (erkek çocuklar için yüzde 65, kız çocuklar için yüzde 57). Eğitimde cinsiyet farkı endeksi de TNSA-2008'de ilköğretim çağı için 0.98, lise çağı için ise 0.83 olarak hesaplanmıştır (Şekil 7).

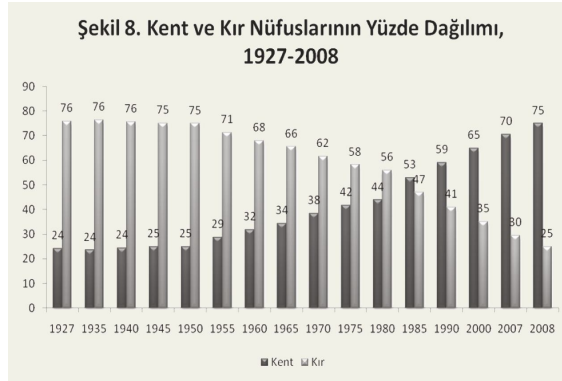


Not: CFE: Cinsiyet farkı endeksi

Eğitimde kadınların geride kalması onların ekonomik hayata katılmalarının önünde büyük bir engeldir. Kadının ev dışında çalışma yaşamında yer almasındaki bir diğer engel de kadının medeni durumu ve çocuklarının olup olmamasıdır. TNSA-2008 sonuçları 15-49 yaşlar arasındaki kadınların araştırma tarihinde sadece yüzde 31'inin çalışmakta olduğunu göstermiştir. Çalışmama nedenleri arasında da başta çocuk bakımı gelmektedir (yüzde 31). Kadınların beşte biri ise eşlerinin ya da ailelerinin çalışmalarına izin vermediğini beyan etmişlerdir. Bu da, toplumsal değişim içinde çok da değişmeyen yapılardan biri olan erkek egemen toplum yapısının kadın istihdamının önünde durduğunu göstermektedir. Diğer yandan, TNSA-2008 sonuçlarına göre kadınların yüzde 69'unun çalışırken bir sosyal güvenlik kapsamı içinde olmadığı da görülmektedir.

2009 yılında Türkiye genelinde yüzde 48 olan işgücüne katılma oranı,

erkeklerde yüzde 71, kadınlarda ise yüzde 26 olarak gerçekleşmiştir. Kadınların işgücüne katılma oranı kırsal yerlerde (yüzde 35) kentsel yerlere kıyasla daha yüksektir (yüzde 22) (TÜİK, 2010). Köyden kente göçün yoğun olarak yaşandığı ülkemizde ücretsiz aile işçisi de olsa köyde işgücü içinde yer alan kadın, kente geldiğinde kentte istihdamın gerektirdiği yeterli donanımına sahip olmadığı için kentteki işgücü piyasasına girememekte ya da sosyal güvencesi olmayan düşük statülü ve az gelirli işlerde çalışmaktadır. Şekil 8'de görüldüğü gibi Türkiye'de kentsel nüfus artışı, 1950'li yıllarda başlamış, özellikle 1980'den sonra daha da artarak devam etmiş ve nüfusun dörtte üçünün kentlerde yaşadığı bir yapıyı oluşturmuştur. Kongar'ın (1998) Türkiye'yi 21.yüzyılda küreselleşmeden sonra etkileyecek ikinci süreç olarak tanımladığı kentleşme olgusu, toplumun sosyal ve ekonomik yapısının biçimlenmesinde yer alan en temel öğelerden biridir.



Sonuç

Türkiye Cumhuriyeti, geride bıraktığı 87 yıl boyunca, yaşadığı toplumsal ve ekonomik değişimlerle karşılıklı etkileşim içinde olarak demografik yapısında da önemli bir dönüşüm yaşamıştır ve bu süreç gelecekte yaşanacak dönüşümün de temellerini oluşturmaktadır. Ülkenin heterojen yapısı düşünüldüğünde ülke genelinde homojen ve eş zamanlı bir doğurganlık dönüşümünden söz edilemezse de günümüze kadar olan gelişmeler geleceğe yönelik bazı çıkarsamalar yapmayı olanaklı kılmaktadır.

Genel olarak yüksek doğurganlık ve ölümlülük seviyelerinden düşük doğurganlık ve ölümlülüğe geçiş süreci, nüfusun yaş yapısında, toplam nüfus içinde çocuk nüfusun payının azalması ve 15-64 ile 65 ve üzeri yaş gruplarının payının giderek artması yönünde köklü değişimler yaratmıştır. 1990'ların ortalarına kadar toplam nüfus içindeki payı hiçbir zaman yüzde 5'i geçmemiş olan yaşlı nüfusun payı yüzde 7 düzeyine ulaşmıştır ve yüzyılın ortalarına doğru da yüzde 19'a ulaşması beklenmektedir.

Nüfusun kendini yenileme düzeyinin biraz üzerinde olan doğurganlık hızının düşüş eğilimi içinde olması ve doğurganlığın daha ileri yaşlara ertelenmesi ülkenin zaten değişim süreci içinde olan yaş yapısındaki farklılaşması biraz daha güçlendirmektedir. Yılda yaklaşık olarak 1,3 milyon olan doğum sayısının 2015 yılında 1,1 milyona düşmesi ve daha sonra bu seviyede sabit kalması beklenebilir (HÜNEE, 2010b). Gerek yaşanan hızlı doğurganlık düşüşü, gerek yaşam beklentisindeki gelişmeler, gerekse de sayıca fazla olan yaş kuşaklarının 65 yaşın üzerindeki nüfusa geçiyor olmaları ülke nüfusunun yaşlanma sürecinin gelecek yıllarda hızlanacağına işaret etmekte ve toplumun genç nüfus yapısına sahip olma konumundan zaman içinde çıkmasını getirmektedir.

Toplam nüfus içinde genç nüfusun payının azalması ve yaşlı nüfusun payının artması ile ülkede çalışma çağı nüfusuna düşen bağımlı nüfus sayısı azalacaktır. Nüfusun yaş yapısını olduğu kadar, ekonomik açıdan

topluma olan yükünü de özetleyen bir gösterge olan bağımlılık yüzde 49 olmuştur. Yüzyılın ilk çeyreğinin sonuna doğru genel bağımlılık oranı azalırken çocuk bağımlılık oranının da azalacağı, bugün yüzde 10.5 olan yaşlı bağımlılık oranının ise artacağı tahmin edilmektedir. Çalışma çağı nüfusu da üzerinde ayrıca durulması gereken bir nüfus grubudur. Geçmişin yüksek doğurganlık düzeylerinden kaynaklanan bir artış içinde olan çalışma çağı nüfusunun, yüzyılın ortalarına kadar artan bir örüntü içinde olması bu grup için istihdam olanaklarının yaratılması gibi sosyal ve ekonomik politikaları beklenmektedir.

Türkiye nüfus süreçleri bakımından kısa sayılabilecek bir zaman diliminde demografik yapısında önemli değişimlerin meydana geldiği bir ülkedir. Toplumun yaşantısını yakından ilgilendiren toplumsal değişme ve doğurganlık zaman boyutu içinde farklı görünüm almıştır. Özellikle nüfus ve kalkınma arasındaki çok boyutlu, çok katmanlı ve çok yönlü karşılıklı ilişki göz önüne alındığında, toplumsal fırsatların yitirilmemesi adına nüfus dinamiklerinin yol göstericiliği göz ardı edilmemelidir.

Kaynaklar

- Bongaarts, J. (1978) "A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility", Population and Development Review. 4(1), s.105-132
- Bongaarts, J. (1982) "The Fertility Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables", Studies in Family Planning. 4(1), s.105-132
- Davis, K. Ve Blake, J. (1956) "Social Structure and Fertility: Analytical Framework", Economic Development and Cultural Change. 13(6/7), s. 179-189
- Hacettepe Institute of Population Studies, 1978 Turkish Fertility Survey. First Report, Volume 1: Methodology and Findings. Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2010a) Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2010b) Türkiye'nin Demografik Dönüşümü: Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne- Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler:1968-2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Kongar, E. (1972) Toplumsal Değişme. Bilgi Yayınevi. Ankara

- T.C Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), (2010), Rakamlar Ne Diyor? Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara.
- T.C Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), (2011), Haber Bülteni. Sayı:19, www.tuik.gov.tr



Aile Planlaması Hizmetlerine Yönelik Geliştirilen Politika ve Stratejilerin TNSA Sonuçları ile İrdelenmesi

Prof. Dr. **Nuran KÖMÜRCÜ**,

Arş.Gör. Dr. **Dilek Coşkun POTUR**

Yard. Doç. Dr. **Nevin Çıtak BİLGİN**

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Okulu

Tüm hizmetlerde mükemmele ulaşabilmede kalite kilit bir rol oynamaktadır. Bu aynı zamanda sürdürülebilir rekabet üstünlüğünün de kilit noktasıdır. Hizmet kalitesini sağlamak, geliştirmek ve sürdürebilmek için hizmeti etkileyen tüm faktörleri bütünün parçaları olarak değerlendirmek gerekir. Böylece ağaçları tek tek değil tüm ormanı görebilir, problemlere daha etkili ve köklü çözümler üretebiliriz.

Hizmette kaliteyi sorgularken;

- Liderler,
- Politika ve stratejiler,
- Kaynaklar, işbirlikleri,
- Çalışanlar,
- Süreçler ile müşterilere, çalışanlara, topluma ve temel performansa ait sonuçları irdelemek gerekir.

Politika ve strateji (P&S) günlük yaşamda farklı anlam ve içerikte kullanılmaktadır. Politikayı; bir kuruluşun günlük işlerindeki genel uygulamaları yansıtan ve referans olarak kullanılan yaklaşım olarak ifade edebiliriz. Şimdiki zamanla ilgili ve sık değiştirilmez olduğunu unutmamak gerekir. Strateji ise; bir kuruluşun verilen hizmetin bulunduğu yerden gelecekte olmak istediği yere sürdürülebilir rekabetçi avantaj yaratarak gitmesidir (Anseff, Perter). Kısaca strateji; kuruluşun vizyona ulaşmak için izleyeceği yollardır. Geleceği işaret eder, sık değiştirilebilir ve hedefleri baz alır. Her iki tanımdan P&S'nin ülke kurum / tüm hizmet alanları için yaşamsal bir değer olduğu anlaşılmaktadır.

Günümüzde kalitenin bir strateji olarak görülmesinin temelinde; hizmetlerin, hizmeti talep edenlerin yani müşterilerin beklentilerinin hızla

değişmesi ve kuruluşların da amaçlarına ulaşabilmeleri için farklı stratejiler geliştirmek zorunluluğu vardır.

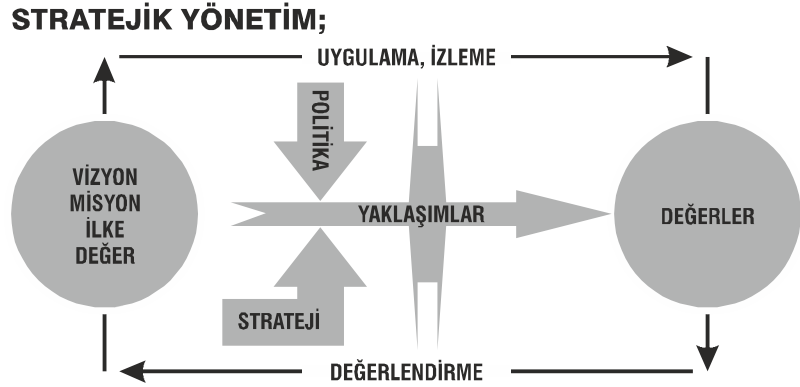
Stratejik karar alırken;

- Paydaşların şimdiki ve gelecekteki beklentilerinin öğrenilmesi,
- Durum analizlerinin yapılması,
- İç ve dış çevre analizlerinin yapılması,
- Edinilen verilerin stratejiye girdi oluşturması için analiz edilmesi (şu anda nerdeyiz?)
- Eldeki kaynakların ve tüm işbirliklerin gözden geçirilmesi
- Ne yapıyoruz? Niçin varız?
- Nereye gitmek istiyoruz?
- Oraya nasıl ulaşacağız?
- Bunlara ulaşabilmek için hangi kurallara (politikalara) sahibiz? Yanıt verilmesi
- Ortak değerlerimizi belirlenmesi
- Hedeflere ulaşmayı sağlayacak yönetsel stratejilerin oluşturması (gittiğimiz / seçtiğimiz yön nedir?)
- Belirlenen teknik (operasyonel) kararlarla ilgili süreçlerin tanımlanması ve süreç sorunlarının belirlenmesi
- Belirlenen stratejileri ilgili tüm kişi ve kurumlara DUYURMASI
- Belirlenen yaklaşımları uygulanması
- Belirli aralıklarla DEĞERLENDİRİLMESİ, GÖZDEN GEÇİRMESİ ve GÜNCELLEŞTİRİLMESİ gerekmektedir.

Kısaca stratejik yönetim süreçleri belirlenirken;

Kurumlar Vizyonlarını,
Misyonlarını,
Hedeflerini,
Politikalarını,
Ortak Değerlerini belirlemeli ve

Bu hedeflere ulaşmayı sağlayacak yönetsel stratejileri oluşturmalı, belirlenen yaklaşımları uygulamalı, değerlendirmeli ve iyileştirmeler yaparak güncelleştirmelidir.



Şekil 1: Stratejik Yönetim Döngüsü

Ülkemizde Üreme Sağlığı (ÜS) politikaları denildiğinde, öncelikle nüfus politikaları akla gelmektedir. Cumhuriyetle birlikte bu konuda nüfus artış hızını azaltmayı/ arttırmayı hedefleyen politikalar benimsenmiştir.

Beş yıllık kalkınma planlarındaki nüfusa ilişkin politikaların genelinde ÜS kavramının Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'na entegre edildiği gözlenmiştir.

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (UNKK) Eylem Programı dört temel alanda (Evrensel Eğitim, Bebek, Çocuk ve Anne Ölümlerinin Azaltılması, Aile Planlaması' sını da (AP) içeren Üreme ve Cinsel Sağlık Hizmetlerine Erişim) 20 yıllık hedefler öngörüldüğü bilinmektedir.

Üreme sağlığı hizmetlerinde Aile Planlaması Hizmetleri anahtar unsur konumundadır. Ülkemizde UNKK'da ÜS ve AP ilişkin karar ve önerileri kabul ederek ulusal eylem planları için çalışmalar yapmıştır. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü 2000 Yılında Kadın Sağlığı ve AP Durumunun Nasıl Olacağı? yanıt aramak amacı ile 1996 yılından itibaren 2 yıl süren ilgili sektör temsilcileri ile (170 kişi) bir araya gelerek aşağıdaki çalışmaları yapmıştır.

Gruplar öncelikle altı temel konuda:

- Hizmet sunumu,
- Kadının statüsü,
- Halk eğitimi,
- Altyapı ve yönetim,
- Personel eğitimi,
- Lojistik ve finans mevcut durum değerlendirmesi yapmışlardır.
- Fırsatlar ve kısıtların analizini (SWOT) yaparak en öncelikli sorunlara odaklanmışlardır.
- Temel konularda vizyon ve hedefleri belirleyerek bunlara ulaşabilmek amacı ile etkili ve uygulanabilir stratejileri saptamışlardır.
- Daha sonra katılımcılarla uygulama planı oluşturulmuş ve bunlar tüm sektörlerle tanıtılmıştır.
- Uygulama planında yer alan etkinliklerin Kimler tarafından, Nerede, Ne Zaman, Nasıl, Hangi Kaynaklarla Yapılacağı ve İzleneceği belirlenmiş grup çalışmaları birleştirilerek Şubat 1998 yılında yayınlanmıştır.
- Sonuç olarak Kadın Sağlığı ve AP Ulusal Faaliyet Planında: Toplam 49 strateji, 304 aktivite planlanmıştır. Bunlardan 29 strateji, 182 aktivite Aile Planlamasına yönelik geliştirilmiştir.

2004 yılında Ulusal Faaliyet Planının uygulama durumu değerlendirildiğinde;

- Planın hazırlama aşamasındaki çalışmaların uygun yapıldığı ANCAK kurumlarca yeterince bilinmediği,
- Kurumların plana bağlı olmaksızın çalışmalar yaptıkları bunun için yeterli kaynağı ayırmadığı,
- Ülkemizdeki sağlık sisteminin henüz sağlam bir alt yapıya sahip olmadığı,
- Strateji ve aktivite sayılarının çok olduğu (aktivitelerin yarısının dahi hayata geçirilmediği),
- Hizmet sunumunda eşitsizlik, iletişim, katılım, siyasi yaklaşım, kaynak sorununun olduğu gibi sonuçlar elde edilmiştir.

Tüm bu nedenlere dayalı olarak;

- Önceliklerin belirlenmesi,
- Yalnızca sorunların değil çözümlerin de belirtilmesi,
- Çözümlerin düşük maliyetle yüksek etki yaratması (maliyet-etkililik)
- Siyasi kararlılık ve hizmetin sürdürülebilirliği
- Kitle iletişim araçları ile talep yaratılması
- Hizmet sunumundaki Sivil Toplum Kuruluşları'ndan (STK) daha fazla yararlanılması önerilmiştir.

Öneriler doğrultusunda;

Sağlık sektörü için Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005 – 2015 geliştirilmiştir. Geliştirilen eylem planında; ülkemizdeki Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığına ilişkin öncelikli sorunlar;

- Anne ölümlerinin yüksek olması,
- İstenmeyen gebeliklerin fazla olması,
- CYBE / HIV / AIDS sıklığının artıyor olması,
- Gençlerin CS / ÜS düzeylerinin düşük olması,
- CS / ÜS açısından bölgeler ve yerleşim birimleri arasındaki eşitsizlikler belirlenmiş ve her birine yönelik strateji, hedef ve girişimler ortaya konmuştur.

Eylem planının sonunda şu önerilere yer verilmiştir;

AP, gebelikten koruyucu yöntemler, üreme hakları ve cinsel haklar konularına orta öğretimde sağlık eğitimi kapsamında ve okul dışında eğitimler verilmesi sağlık profesyonellerinin eğitimlerine yer verilmesi

Toplumsal cinsiyet konusunda bilincin artırılması, özellikle Doğu Anadolu ve kırsal, geçekondü bölgelerinde yerel basında (Tv, radyo, gazete) işbirliklerinin geliştirilmesi ve eşgüdüm sağlanması benzeri öneriler görülmektedir.

Bu bilgilerden yola çıkılarak eylem planlarındaki hedefleri TNSA sonuçları ile birlikte incelediğimizde;

Tablo 1: İstenmeyen Gebeliklerin Önlenmesi ile ilgili TNSA 1998, TNSA 2003, TNSA 2008 verilerinin incelenmesi

Strateji/Hedef İSTENMEYEN GEBELİKLERİN ÖNLENMESİ	Konu ile ilgili göstergeler	TNSA 1998	TNSA 2003	TNSA 2008
Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı Tüm Türkiye’de ve Coğrafi Bölgeler ve Yerleşim Birimleri Bazında 2008 Yılına Kadar %50 2013 yılına kadar %100 kapatılacaktır	Toplam doğurganlık hızı	2.61	2.23	2.16
	Ortalama ideal çocuk sayısı	2.4	2.5	2.5 Kırsal: 2,7 Kent: 2,5
	Karşılanmamış A.P. ihtiyacı	13	6.0	6.2 Batıda: 4,0 Doğuda: 14 G.Doğu: 15

Tablo 1’de İstenmeyen Gebeliklerin Önlenmesi ilgili göstergelerin yıllar bazında olumlu bir eğilim gösterdiği ancak bölgesel ve yerleşim birimleri bazında hala istenenin yakalanmadığı gözlenmektedir.

Tablo 2: Düşüklerin Önlenmesi ve Düşük Sonrası Kullanılan Aile Planlaması ilgili TNSA 1998, TNSA 2003, TNSA 2008 verilerinin incelenmesi

Strateji/Hedef Düşüklerin Önlenmesi ve Düşük Sonrası Kullanılan Aile Planlaması	Konu ile ilgili göstergeler	TNSA 1998	TNSA 2003	TNSA 2008
İsteyerek düşük 2013 yılına kadar en az %50 azaltılacak %5,7 düşürülecek	İsteyerek düşük oranı	14.5	11.3	11
	Toplam düşük hızı	64	38	29
	Düşükten bir ay önce modern yöntem kullanımı	22	22.4	21.6
	Düşük sonrası modern yöntem kullanımı	35	39.9	42.6
	Düşükten bir ay önce geleneksel yöntem kullanımı	44.7	51.9	44.3
	Düşük sonrası geleneksel yöntem kullanımı	30	29.5	25.1

İsteyerek düşük oranının, toplam düşük hızının yıllar bazında giderek azaldığı gözlenmektedir. Düşük sonrası modern yöntem kullanımının,

düşük öncesine göre artmasına karşın; düşük sonrası gerek modern yöntem kullanımının gerekse geleneksel yöntem kullanımının son TNSA verilerinde azaldığı saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3: Aile Planlaması ile ilgili TNSA 1998, TNSA 2003, TNSA 2008 verilerinin incelenmesi

Hedef	Konu ile ilgili göstergeler	TNSA 1998	TNSA 2003	TNSA 2008
2010 yılına kadar tüm I. Basamak hizmet birimlerinin %80'inde en az üç farklı modern gebelikten koruyucu yöntem bilgisi ve hizmeti sunulacak 2013 yılına kadar modern yöntem kullanımı %75'e çıkarılacak Modern yöntem kullanım oranı konusunda bölgeler ve yerleşim birimleri arasındaki fark 2008 yılına kadar %50 azaltılacak	Yöntem bilme durumu	98.9	99.8	99.8
	Modern yöntem kullanım oranı	37.7	42.5	46
	Hap kullanım oranı	4.4	4.7	5.3
	RİA kullanım oranı	19.8	20.2	16.9
	Kondom kullanım oranı	8.2	10.8	14.3
	Tüpligasyon kullanım oranı	4.2	5.7	8.3
	Diğer modern yöntemler (vazektomi, diyafram, enjeksiyon)	1.1	1.1	1.1
	Herhangi bir geleneksel yöntem	26.1	28.5	27.0
	Takvim	1.1	1.1	0.6
	Geri çekme	24.4	26.4	26.2
	Diğer geleneksel yöntemler	0.6	1.0	0.2
	Acil korunma hapi bilme durumu	--	16	29
	Acil korunma hapi kullanma	--	0.06	2.2
	Halen yöntem kullanmıyor	36.1	29.0	27.0

Tablo 3'te aile planlaması ile ilgili yöntemlerin %99.8 oranında bilindiği, modern yöntemlerin kullanımının olumlu trend gösterdiği, RİA kullanımının düşmesine karşın geri çekmenin giderek arttığı en önemlisi en son 2008 TNSA verilerine göre %27 oranında kadınların halen yöntem kullanılmadığı dikkat çekicidir.

Tablo 4: Adölesanların Üreme Sağlığı ile ilgili TNSA 1998 , TNSA 2003, TNSA 2008 verilerinin incelenmesi

Hedef	Konu ile ilgili göstergeler	TNSA 1998	TNSA 2003	TNSA 2008
Adölesan gebelikleri tüm Türkiye'de ve coğrafi bölgeler ve yerleşim birimleri bazında 2013 yılına kadar %50 oranında azaltılacaktır.	Adölesan gebelik	9.3	7.5	5.9
	Adölesanlarda isteyerek düşük	5.8	3.4	3.2
	Adölesanlarda modern yöntemi kullanımı	26.4	33.7	38.4
	Adölesanlarda geleneksel yöntem kullanımı	44.7	56.9	50

Adölesan gebelikler giderek azalmıştır. Ayrıca adölesanlarda modern yöntem kullanımı da artmış olmakla beraber geleneksel yöntem kullanımının da artmış olması dikkat çekicidir (Tablo 4).

Sonuç olarak;

Eylem planlarındaki strateji çıktılarının fark yaratır olması istenen hedeflere ulaşılabilmesi için

1. Doğru strateji yapmak kadar
2. Stratejileri duyurmak
3. Doğru uygulama
4. Değerlendirmek ve
5. Güncellemenin yanı sıra

Öncelikle tepe yönetimlerin bu konuda kararlı olmaları, eylem planında belirlenen hedefleri ilgili tüm kurumların ve çalışanların hedefleri haline getirmeleri gerekmektedir.

Kaynaklar

- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri, Ankara, 1998
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri, Ankara, 2003
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri, Ankara, 2008
- Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015



Birinci Basamakta Aile Planlaması Hizmetleri İzmir Örneği

Dr.Neşe Zeren NOHUTCU

İzmir İl Sağlık Müdür Yardımcısı

İzmir ili 30 ilçeli Türkiye'nin 3. büyük metropol kentidir.2009 yılında Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminde İl nüfusu 3 868 18 olarak gösterilmiş olup, beklendiği üzere erkek nüfus sayısı 1 933 681, kadın nüfus sayısı 1 934 627 dir .

İlimizde 14 Mayıs 2007 yılında Aile Hekimliği uygulamaları başlatılmıştır. 2006 yılı şubat ayından itibaren yoğun hazırlık dönemi yaşanmış olup, bu hazırlık süreci daha çok mevcut sağlık ocaklarında hekim sayısına uygun fizik alt yapı, donanım düzenlemesi, aile hekimliği eğitimleri, hekimleri sistem hakkında bilgilendirme olarak yaşanmıştır. İlimizde 2009 yılsonu itibari ile 1117 aile hekimi mevcuttur. Bu günün koşullarında, aile hekimi sorumluluğuna ortalama 3 463 nüfus düşmektedir.

İlimiz sağlık hizmetini nitelikli sunmak için gerekli insan gücü, bilgi, donanım malzeme ve deneyime sahip alt yapısı güçlü bir ildir.

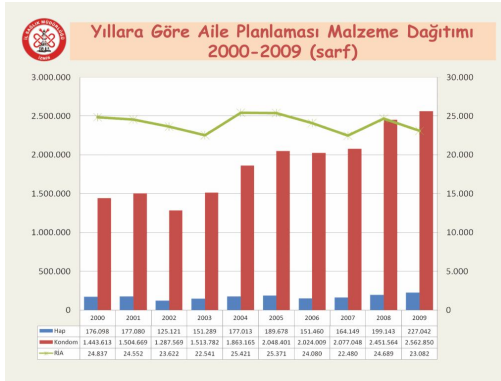
İlimizde 2009 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda birinci basamakta 1 486 pratisyen hekim, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında ise 288 pratisyen hekim çalışmaktadır. Yine Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık kurumlarında 1030, ikinci ve üçüncü basamakta 5111 ebe ve hemşire bulunmaktadır.

İlimizdeki nüfusun %1.3ü (45.130) 0 -12 aylık bebeklerdir.%5,2 si (184 441) 12-59 ay çocuklar olup,2009 yılında 22 613 (nüfusun %0.6sı) gebe kadın tespit edilmiştir. İlimizde aynı yıl 15-49 yaş kadın sayısı 1 008 781 (%28,3)dir.

Bu bilgiler çerçevesinde, İlimizde aile planlaması hizmetlerini 2005 yılı olarak değerlendirdiğimizde (2005 yılı aile hekimliği hazırlık

çalışmalarından etkilenmediği için bu yıl rakamları değerlendirmeye alınmıştır) mevcut 295 birinci basamak sağlık kurumunun %92.8 inde oral kontraseptif ve kondom, %88.8 inde ise RİA uygulama hizmetleri verilmekteydi. 2000 li yıllardan günümüze kadar yöntem kullanma durumlarına baktığımızda hap ve kondom kullanımındaki artış trendi sürekliliğinin yanı sıra, RİA uygulamalarında sabit giden trend 2006 yılından sonra hafif bir düşme eğilimi göstermiştir. Kullanılan malzemelerin sayıları da başvuru trendine göre artma ve azalma eğilimi göstermiştir.

2004-2009 yıllarında sürdürülen aile planlaması hizmetlerinde kullanılan yöntemleri incelediğimizde; oral kontraseptif, kondom, tüp ligasyon sayıları artarken, depo enjeksiyon uygulama sayısında 2004 yılına göre %79 artış yönünde değişim hızı gözlenmektedir.



Aile hekiminin görev tanımları içinde yer alan koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında; gebe, loğusa, bebek izlemleri, bağışıklama hizmetleri, 15-49 yaş kadın izlemleri, aile planlaması hizmetleri, poliklinik, acil ve laboratuvar hizmetleri, sağlık raporları, danışmanlık ve eğitim hizmetleri, saha hizmetleri, kayıt ve bildirimden sorumlu tutulmuşlardır. Bu sayılan hizmetlerinin aile hekimi ve aile sağlığı elemanı tarafından standartlarına uygun yapılabilmesi yoğun emek ve planlama gerektirmektedir.

Birinci basamak sağlık kurumlarımızın tümünde aile planlaması hizmet

standartları belirlenmesine rağmen, fizik donanım ve mekân yetersizliği, beceri eğitilmiş personel eksikliği, yeterli danışmanlık hizmetlerinin sunulamaması, zaman yetersizliği gibi nedenlerle aile sağlığı merkezlerinde yöntem sunumu sırasında tercihler rahim içi araç seçeneğinden hormonal yöntemlere kaymaktadır.

2005 yılında 15-49 yaş evli kadınlar arasında aile planlaması etkili yöntem kullanım oranı % 60 etkisi sınırlı yöntem kullanım oranı % 23,3, gebe kadın oranı % 3,4, % 13,1 ise izlenemeyen olarak belirlenmiştir. Yöntem dağılımı 2006 yılında ise % 61,6 etkili yöntem, % 21,7 etkisi sınırlı yöntem, % 3,4ü gebe, % 12,3ü izlenmeyen olarak belirlenmiştir. 2009 yılında aile hekimliği bilgi sisteminden elde edilen kayıtlara göre; %58,6 etkili yöntem kullanımı, % 22,2 etkisi sınırlı yöntem, % 3,4 gebe, % 14,5 izlenmeyen olarak belirlenmiştir.

Yıllara göre aile planlaması hizmetleri verilen birimlerin Aile Planlaması hizmetlerindeki payları değerlendirildiğinde, 2006 yılında oral kontraseptif ve kondom sunumu %83-84 iken bu pay AÇSAP Merkezleri için %13, hastaneler için 2,8 iken, 2009 yılında aile hekimlerinin oral kontraseptif ve kondom sunumu %92 lere çıkmış olup bu oran AÇSAP Merkezleri için %5-6, hastaneler için %2,2 dir.

Depo enjeksiyonlar için 2006 yılında %88 sağlık ocaklarında hizmet sunumu yapılırken, 2009 yılında aile sağlığı merkezlerinde de aynı oranda hizmet sunumu olmaktadır. Rahim içi araçlar için hizmet sunumunun 2006 yılında Sağlık Ocaklarında %50,4'ü, AÇSAP Merkezlerinde ise %28 oranında uygulanmaktaydı. Hastane kliniklerinde RIA hizmeti %18 oranında verilmekteydi. 2009 yılında Aile Hekimliği Merkezlerinde %32,5 yükselen bu oran Aile Sağlığı Merkezlerinde %28, hastaneler için %36,5'a yükselmektedir. Hastanelerin aile planlaması hizmet sunumundaki artış nedenlerinden biri de, bu hizmetlerden ücret alınmaya başlanmasıdır. Tüm sağlık kurumları toplamında değerlendirildiğinde hizmetin genelinin etkilenmediği, ancak özellikle ASM'lerimizde yöntemler arası kayma olduğu gözlenmiştir. Bu durum danışmanlık hizmetlerinin yeterince verilip

verilmediği sorusunu akla getirmektedir. Sahada yerinde yapılan ziyaret ve denetimler sonucunda da edinilen bilgiler danışmanlık hizmetlerinin yeterli süre ve kalitede olmadığı yönündedir. İlimizde hizmet içi eğitimler her konuda hem aile hekimlerine hem TSM hekimlerine yoğun olarak verilmektedir. Ancak sistemin getirdiği mevzuat uyarınca ve hizmeti aksatmamak amacıyla Aile Hekimlerini Danışmanlık ve Aile Planlaması Beceri Eğitimleri gibi uzun süreli eğitimlere alınamamaktadır.

İL RİA UYGULAMALARINDA KURUMLARIN PAYLARI (%)								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
SAĞLIK OCAĞI	55	52.2	50.4	18				
ASM				18.7	30.2	28.5	28.5	
AÇSAP	25.5	27.7	28	33	33.7	32.6	29.9	
TSM				1	2.3	1.4	0.6	
HAS.	18.1	18.8	18	26	30.1	36	38.8	
ÖZEL.	1.4	1.3	1.4	1	1.4	1.5	2.3	

Aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerini geliştirmek ve standardize etmek ve sağlık personeline eğitim vermek amacıyla ilimizde çeşitli eğitim merkezleri bulunmaktadır. Bu merkezlerin başlıcaları; Üreme Sağlığı Bölgesel Eğitim Merkezi, Üreme Sağlığı Eğitim Merkezi. Gençlik Danışmanlık Sağlık Hizmetleri Merkezi, Aile Planlaması Beceri Eğitim Merkezi, Hastane Nüfus Planlama Klinikleridir. Bu merkezlerde ve yetiştirilmiş üreme sağlığı eğitim ekibi ile ihtiyaç olan tüm kesime, sürekli hizmet içi eğitimler ile hekim, ebe-hemşirelere, sürekli beceri eğitimleri ile sağlık personeline sertifikalı eğitimler, Türk Silahlı Kuvvetleri personeline üreme sağlığı eğitimi, tıp fakültesi, ebe ve hemşirelik yüksek okul öğrencilerine üreme sağlığı eğitimleri, İl Müftülüğü işbirliğinde kuran kursları öğrencilerine, farklı kademelerdeki okullarda öğrencilere, Türkiye Aile Planlaması Vakfı işbirliğinde güvenli annelik eğitimleri, ayrıca sivil toplum kuruluşları, özel sektör işbirliği ile üreme sağlığı eğitimleri verilmektedir.

İlimizde aile hekimliği sisteminin uygulanmaya başlaması ve devamı süresinde aile planlaması hizmetlerinin güçlendirilmesi gereken yönleri ile güçlü yönleri tespit edilerek, düzeltilmesine yönelik önlem ve öneriler geliştirilmiştir. Bu kapsamda belirlenen aile planlaması hizmetlerinde ZAYIF YÖNLERİMİZ şunlardır: Aile planlaması /üreme sağlığı bilgisi zayıf sağlık personelimizin varlığı, uygun donanım ve mekânların yeterli olmaması, danışmanlık hizmetlerinin yetersiz olması, hizmetin herhangi bir değerlendirmesi olmadığı için hizmeti veren-vermeyen arasında fark olmaması, aile planlaması hizmetleri için performans olmaması, hizmetlerin ücretsiz olması; ekonomik olarak güçlük çeken vatandaşlarımızın tek başvuru yerlerinin ASM olması, farklı bir kuruma başvuru seçeneğinin olmaması, mevzuat düzenlemesi sağlanamadığından hekimler için A.P. Beceri Eğitimlerinin henüz verilememesi, veri tabanı, kayıt ve program sorunları yaşanması olarak sayılabilir.

GÜÇLÜ YÖNLERİMİZ ise; eğitim merkezlerimizin kurumsallaşmış hizmetlerini sürdürmeleri, eğitimli personelimizin duyarlılığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü ve İl Yönetiminin AP hizmetlerinin uygun standartlarda yürütülmesi konusunda kararlı tutumu, STK'ların varlığı, isteği ve işbirliği, hizmete inancı olan eğitim ekiplerimiz, eğitimli personel, donanım, malzeme gibi güçlü kaynaklarımız, birinci basamakta aile planlaması hizmetlerinin ücretsiz ve herkese açık olması, uygulanması standartlarla belirlenmiş, kanıta dayalı, laboratuvar destekli hizmet birimlerimizin varlığı, ayrıca hastanelerin de aile planlaması hizmet sunumuna talip olmaları, sosyal güvencesi olup hastanelerden hizmet almak isteyenler için güçlü bir seçenek olmaktadır.

Sağlık alanındaki tüm iyileşme ve gelişmelerin tek ölçütü olmadığı bilinmektedir. Toplumun gelişmesini etkileyen parametreler arasında nüfus yapısı, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, coğrafi dağılım, çevresel faktörler, kültür düzeyi, sosyal durum v.b gibi durumların iyileşmesi sağlık hizmet talebinin artmasına etken olduğu bilinmektedir.

Ancak aile planlaması hizmet alanında geliştirilmesi için bazı ÖNERİLER; Aile hekimliği alt yapısında oda ve donanım standardizasyonunun sağlanması, Aile Hekimliği yerleştirme öncesinde/sırasında beceri eğitimi alınması, aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olma koşullarından birinin AP sertifikası olması, aile planlaması hizmetleri ve danışmanlığı için performans uygulanması, veri kaynağı oluşturulması, illerin yöntem kullanım durumunu gerçekçi olarak tespit etmek için il bazında saha araştırmalarının yapılması verilen hizmetin ve sistemin daha güçlenmesini sağlayacaktır.

Bizler en önemli varlıklarımız çocuklarımızı seviyoruz... Bu nedenle onların istenerek dünyaya getirilmesini, sevgiyle ve özenle büyütülmesi için Aile Planlaması hizmetlerinden herkesin yararlanması ve bilinçli seçimini yapabilmesi en önemli hedeflerimizdendir. Bu amaçla hizmeti aksayan her yönüyle değerlendirip, güçlendirilmesi için her yönüyle izlemekteyiz.



Medikal Boyut ve Doğurganlık

Dr. S. Sinan Özalp

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Eskişehir

Çok etkin bir toplantı, çok güzel seçilmiş konular ve konu ile ilgili tüm kuruluşlar ve bu konuya gönül vermiş kişiler burada. Bu toplantının hepimiz için öğretici olduğunu düşünüyorum. Bu toplantının düzenlenmesinde emeği geçen tüm TAPV görevlilerine teşekkür ederim.

Bu oturumun birinci konusu Dr. Cem İncesu tarafından sunulacak olan “Cinsel Yaşam ve Kontrasepsiyon Kullanımı”, cinsel ilişkinin, üreme ve cinsel tatmin olmak üzere iki temel işlevi mevcut. Üreme olmadan cinsel tatminin sağlanması ise kontrasepsiyon ile gerçekleşmektedir. Kontrasepsiyonda ise bariyer yöntemlerle cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma temel yaklaşımlardan biri olmalıdır. Cinselliği etkileyen faktörler ise biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak gruplandırılabilir. Hormonların kadın cinselliği üzerindeki etkilerine gelince, androjenler hem santral uyarıcılardır, hem de periferik etkilileri vardır. Östrojenlerin ise hem santral hem de periferik etkileri, progestinlerin androjenik tipte olmadıkları taktirde hafif santral inhibitör etkileri, prolaktinin, artan düzeylerde santral etkileri, tiroid hormonların, subfizyolojik düzeylerde inhibitörler etkileri vardır. Östrojenler SHBG artırarak serbest androjen düzeyini düşürürler ve libido azalır, buna karşın östrojen düzeylerinin periferik etkisine bağlı, düşük östrojen düzeyine bağlı vajinal kuruluk oluşur. Etkide progestinlerin tipi de önemlidir, 19 nor testosteron deriveleri androjenik etkiye sahipken, yeni progestinlerin androjenik etkileri düşüktür.

Kontraseptif hormonlar ve cinsellik üzerine etkileri incelendiğinde hormon dozlarının zaman içinde değiştiğini, progestinlerin tipinin değiştiğini ve

östrojen, progestin kombinasyonlarının seküental, kombinasyon, trifazik olmak üzere değiştiğini bilmek gerekir. Cinsellikte hormon dışı faktörlerin de olduğunu hatırlamak gerekir. Psikososyal faktörler yöntem seçme ve devamda önemlidir. Kültür, lisan, ilişki tipi, yaş, yan etkiler diğer önemli etkenlerdir, yönteme başlama öncesi depresif hastalıklar, PMS, dismenore ise diğer göz önünde tutulması gereken faktörlerdir.

Kontraseptiflerin, kontraseptif dışı etkilerinin cinsellik üzerine etkileri göz önüne alındığında, genel etkiler, gebe kalma korkusundan uzaklaşma ve buna bağlı azalmış psikolojik stres ve cinsel deneyimde düzelmedir. Bu arada kontraseptiflerin olumlu ve olumsuz yan etkileri de göz önüne alınmalıdır.

Cinsel yaşam ve kontrasepsiyon kullanımı konusunda çok sayıda faktörün önemli olduğunu hatırlamak gerekiyor. Tüm bunlardan ayrı olarak en önemli konulardan biri, kontraseptif kullanan kişilerle olan iletişimidir. Bu konuda hizmet verenlerin donanımlı olmaları kaçınılmaz.

Bu oturumun ikinci konusu ise kontraseptif teknolojide yenilikler ve Dr.Nuray Yolsal tarafından sunulacak. Kontrasepsiyon çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa, istedikleri zamanda sahip olma ve doğum aralıklarını düzenlemeleri anlamına gelmektedir. Kontrasepsiyonda meydana gelen gelişmelerle sağlanmak istenen, daima daha güvenli, daha çok kabul edilebilir ve daha ucuz bir metot geliştirmektir. Tüm dünyada metot seçimini etkileyen en önemli faktörlerden birinin kişilerin eğitim düzeyi olduğunu hatırlamak gerekir. Güncel gelişmelerle sağlanmak istenen kişilerin ihtiyaç ve beklentilerine uygun metotlar geliştirmektir.

Östrojen ve progesteron kombinasyonunu içeren kombine hormonal kontraseptiflerde oral uygulamalar dışında, vaginal, transdermal ve intramusküler uygulamalar pratiğe girmiştir. Sadece progesteron içeren hormonal kontraseptiflerde de oral uygulamalar dışında, vaginal, subkutan, intramusküler, transdermal ve intrauterin uygulamalar gündemdedir.

Günümüzde uygulamaya yönelik önemli ilerleme sağlayamadığımız konulardan biri de erkekte hormonal kontrasepsiyondur. Üzerinde çalışılan konular arasında, sadece testesteron içeren formüller, testesteronun progestinlerle ve GnRH analoglarıyla kombine kullanımı sayılabilir.

Erkek kontrasepsiyonda vas bloğu ve vas içi araç gibi mekanik bloke edici yaklaşımlarda araştırma konuları içindedir.

Son olarak da yeni kontraseptif geliştirme teknolojilerinin gittikçe artan önemi nedeniyle genomic ve proteomic çalışmaları kapsayacağını hatırlamak gerekir.



Kontrasepsiyon ve Cinsel Yaşam

Doç. Dr. **Cem İncesu**

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

Cinsel yaşamda karşılaşılan sorunların çözümü konusunda geçtiğimiz yüzyıl içerisinde çok önemli gelişmeler olmakla birlikte, cinsel tedavilerin yaygın biçimde uygulanmaya başlanması için esas olarak yüzyılın son çeyreğini beklemek gerekmiştir. Sık rastlanmasına rağmen cinsel işlev bozukluklarının tedavileri sağlık profesyonelleri tarafından uzun süre ihmal edilmiştir. Bunun bir nedeni sorun yaşayan bireylerin başvurma ve tıbbi yardım arama konusundaki çekingenlikleri olmuştur. Son yıllarda belirgin bir artış sağlansa da, günümüzde bile hekime başvurma ve tıbbi tedavi görme oranları cinsel işlev bozukluklarında çok düşük seyretmektedir.

Geçmişe bakıldığında cinsellik ve masturbasyon gibi en temel konularda bile en saygın akademisyenlerin çok yanlış inanç ve düşünceleri dikkat çekmektedir. Benjamin Rush gibi Amerikan psikiyatri dünyasının babası sayılan bir kişinin ya da JH Kellog gibi İngiliz bilim dünyasının saygın isimlerinden birinin masturbasyon ile ilgili söylediklerine baktığımızda bile bunu hemen görebilmekteyiz. Ülkemizde ise psikiyatrinin en ünlü isimlerinden Mazhar Osman Uzman'ın 1941'de yayımladığı Tababeti Ruhiye adlı eserinde masturbasyon için yazdıkları ve günümüzde çok yanlış olduğu artık herkes tarafından bilinen konular da bizi aynı yere götürmektedir: Cinsellikle ilgili tabular hekimler, psikiyatristler ya da akademisyenler dahil herkesin sorunuydu. Bu durum esas olarak S. Freud'un 20. Yüzyılın başlarında ortaya koyduğu düşünce ve hipotezlerle kırılmaya başlandı. S. Freud'un insan psikolojisinin ve temel içgüdülerinin çok önemli bir parçası olarak tanımladığı cinsellik ile ilgili görüşleri, tıp

dünyasında bu alanda bir kırılma yaratarak sonraki bir çok gelişmenin de temelini attı.

1960'lı yıllarda Masters ve Johnson çiftinin insan cinselliğini laboratuvar ortamında ilk kez sistematik biçimde incelemeleri, bulgularını yayınlamaları ve cinsel işlevler ile cinsel bozukluklar arasındaki ilişkileri ortaya koymaları bu sürecin sonunda çok sonraları gerçekleşmiştir. Tıp dünyasının cinselliği kabullenışı ve cinsel tedaviler çağının etkin biçimde başlayışı bu bilimsel çalışma ve yayınlardan sonra gerçekleşmiştir. Masters ve Johnson çiftinin bulgularına dayanarak oluşturdukları cinsel terapiler, başta Helen Singer Kaplan olmak üzere çeşitli terapistler tarafından sonraki yıllarda daha da geliştirilmiş olup bugün hala tüm dünyada etkin biçimde ve yüksek başarı oranları ile uygulanmaktadır.

Diğer bir neden ise batıda muhafazakâr politikacı ve bürokrat kesimlerde cinsellikle ilgili yanlış inanç ve önyargıların uzun yıllar hüküm sürmesi olmuştur. 1980'li yıllarda AIDS'in ortaya çıkması ve özellikle 1990'lı yıllardan itibaren ilaç endüstrisinin cinsellik alanına odaklanması ile birlikte bu önyargılı bakış batıda önemli ölçüde yıkılmıştır. Tıp dünyası açısından da önyargılar hep var olmuştur. Bunun sonucu olarak, cinsellik ve cinsel işlevlerin uzun yıllar tıbbın bir alanı gibi görülmemesi, tıp ve uzmanlık eğitimlerinde yeterince yer verilmemesi cinsel tedaviler alanının gelişmesinde bir engel oluşturmuştur. Bu sorunlar günümüzde de kısmen sürmektedir.

Tüm bu gelişmelere paralel olarak 1950'lerden başlayarak günümüze kadar sistematik biçimde gelişen kontrasepsiyon teknik ve uygulamaları ise cinsel yaşamın özgürce ve daha yaygın biçimde yaşanabilmesinin önünü açmıştır. Kontrasepsiyon olanaklarının yaygınlaşması, daha özgür, planlanabilir, güvenli ve üremeden çok hazza odaklı bir cinsel yaşamın önünü açmış, batıda başlayan feminizm gibi akımlar kadınların da kendi seçtikleri türden bir özgür cinsel yaşamın yaygınlaşmasına katkıda bulunmuştur. Cinsel yaşamın kalitesini bozan, kişileri psikolojik olarak olumsuz etkileyen bir

gebelik ya da gebe bırakma korkusu gelişmiş ülkelerde artık önemli ölçüde geçmişte kalmıştır. Bugün kontrasepsiyonsuz bir özgür ve hazzı odaklı cinsel yaşam düşünebilmek mümkün değildir.

Cinselliğin daha yaygın ve özgür biçimde yaşanması 1960'lardan başlayarak cinsel yaşama ilişkin sorunları da gündeme daha yakıcı biçimde getirmiştir. Cinsel işlev bozukluklarına tüm dünyada ırk, toplum ve kültür farklılıkları gözetmeksizin yaygın biçimde rastlanmaktadır. Çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalar, cinsel işlev bozukluklarının yaşam boyu prevalansının %30-50 arasında değiştiğini, genel olarak kadınlarda daha sık ortaya çıktığını, en sık rastlanan cinsel işlev bozukluğunun kadınlarda cinsel istek azlığı, erkeklerde ise erken boşalma olduğunu, diğer sık rastlanan sorunların ise erkeklerde sertleşme bozuklukları ve cinsel istek azlığı ile kadınlarda orgazm bozuklukları ve cinsel ağrı bozuklukları olduğunu ortaya koymaktadır. Farklı kültür ve toplum yapılarına, yaş, cinsiyet, eşlik eden bedensel ve psikiyatrik hastalıklara göre tanı dağılımları ve oranlarda değişiklikler olsa da yüksek prevalans oranları bütün dünyada birbirine benzemektedir.

Çeşitli cinsel sorunlar kontrasepsiyon uygulamalarını güçleştirmekte ya da kısıtlamaktadır. Örneğin erkeklerde yaygın bir cinsel sorun olan performans anksiyetesi, diğer bir deyişle sertleşmeyi sağlayamama ya da sürdürememe kaygısı erkeklerin kondom kullanmasını kısıtlamaktadır. Kondomu ereksiyon olduğu aşamada takma çabaları ya da taktıktan sonra alacağı hazzın azalacağı kaygıları performans anksiyetesi olan erkekleri ve hatta partnerlerini kondom kullanmaktan uzaklaştırmaktadır. Yine birçok erkek ya da kadın yeterince haz alamayacağı ya da haz veremeyeceği kaygısıyla kondom kullanmaktan kaçınmaktadır. Bu kaygılar çeşitli yüzyüze araştırmalara, sağlık hizmet sunucularının muayene ve değerlendirmelerine ne kadar yansıyor bilemiyoruz ama cinsel tedaviler ve terapiler sırasında sık olarak paylaşılan kaygılar arasında bunlar geçmektedir.

Ayrıca oral kontraseptiflerin kilo aldırma, sinirlilik, düzensiz ya da aşırı menstrüel kanama yapma, ileride kansere yol açma vb yan etkilerinden korkma hala yaygın bir kaygı olarak karşımıza çıkmaktadır. Intrauterin araçların kalıcı infertiliteye yol açabileceği kaygısı da yine sık olarak karşılaştığımız düşüncelerdir. Ülkemizde yaygın olarak verilen ana-çocuk sağlığı hizmetlerine ve son 20-30 yılda üreme sağlığı alanında kaydedilen belirgin başarılarla rağmen en eğitilmiş kesimlerde bile kontrasepsiyon teknikleri ile ilgili kaygıların hala abartılı biçimde karşımıza çıkabildiğini tedavi uygulamalarımızda görmekteyiz.

Çeşitli cinsel sorunları olan ve bu nedenle düzenli bir cinsel yaşamı olmayan ya da aseksüel evlilikler yürüten birçok çift de, kontrasepsiyonu “nasılsa bir tehlike olmadığı ya da kalmadığı” düşünceleri ile bırakmaktadırlar. Vajinismus, cinsel isteksizlik ve soğukluk, sertleşme bozuklukları ve ağır erken boşalma gibi cinsel işlev bozuklukları bu tür sorunlardandır. Bu cinsel işlev bozukluklarının toplumumuz içindeki bilinen yaygınlıkları, bu nedenle kontrasepsiyonu bırakmada da önemli bir etken olacağını bize düşündürmektedir. Düzensiz de olsa yaşadıkları cinsel birlikteliklerde plansız biçimde gebe kalmak bu çiftlerde istenmeyen sonuçlar olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu çiftlerin bir başka sorunu da çocuk sahibi olamama ve infertilite kliniklerine başvurmak zorunda kalmalarıdır. İnfertilite kliniklerinde genellikle bu tür çiftlere nasıl yaklaşılması gerektiği konusunda yeterince bilgi ve deneyimin ya da cinsel tedaviler alanında uzmanlaşmış profesyonellerin olmaması bu çiftleri daha da mağdur hale getirebilmektedir.

Kontrasepsiyon konusu tüm cinsel tedavilerde gündeme gelmesi zorunlu olan konulardandır. Cinsel terapinin planlandığı aşamadan itibaren cinsel terapistler, kontrasepsiyon konusunda çiftle konuşmakta, çocuk sahibi olmak istemiyorlarsa cinsel terapi tekniklerine uygun bir kontrasepsiyonu başlatma, çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerde duruma göre bu planı erteleme, uygulanacak olan kontrasepsiyon tekniğinin konuşulması, bu

konuda bir uzmanla temas halinde olmalarını sağlama, kontrasepsiyona bağlı olarak ortaya çıkabilecek yan etki ya da komplikasyonları izleme ve bunlarla baş etme konusunda çifti yönlendirme gibi konularda danışmanlık yapmaktadırlar.

Kaynaklar

- Balon R, Segraves RT. Handbook of sexual dysfunction.2005, Taylor and Francis Group, USA.
- Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological and physical problems in men and women: A cross sectional population survey. 1999, Journal of Epidemiology and Community Health 53 (3):144-48
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors.1999, JAMA 281 (6):537-544
- Mezzich JE, Hernandez-Serrano R. Psychiatry and sexual health. An integrative approach.2006, The Rowman and Littlefield Publishing Group, Maryland, USA
- Heiman JR, Meston CM. Empirically validated treatment for sexual dysfunction. In: Rosen R, Davis C, Ruppel H, eds. Annual Review of Sex Research. Mount Vernon, IA: The Society for the Scientific Study of Sexuality, 1998.
- Segraves RT, Balon R. Sexual pharmacology: Fast facts, 2003, W.W. Norton & Co, New York.
- Perelman MA. The impact of the new sexual pharmaceuticals on sex therapy. Curr Psychiatry Rep 2001; 3(3).



Kontraseptif Teknolojide Yenilikler

Prof. Dr. **Nuray ÖZGÜLNAR**

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Özet: İnsanoğlunun aile büyüklüğünü sınırlama girişimi ilk çağlara kadar gitmektedir. Bugün var olan ve geliştirilmeye çalışılan pek çok çeşitlilikteki gebelikten korunma yöntemleri çiftlerin kendileri için uygun olan en iyi seçimi yapma olanaklarını artırmaktadır. Ne yazık ki var olan hiçbir yöntem henüz mükemmel değildir. Hemen hepsinin yan etkileri vardır. Çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde yaşayan pek çok çiftin de karşılanmamış hizmet ihtiyacı da eklendiğinde etkili, yan etkileri az, kolay kabul görür birçok yöntem gereksinim hep olacaktır. Bu yazıda kadına yönelik kontraseptif yöntemler başlığında rahim içi araç, kombine oral kontraseptifler, transdermal kontraseptifler, enjektabl hormonal kontraseptifler, hormonal implantlar, vajinal halka, kadın kondomu, diyafram, servikal başlık, spermisitler, vajinal süngerler, doğal aile planlaması ve acil kontrasepsiyon da yeni geliştirilen yöntemler incelenmiştir. Erkeğe yönelik kontraseptif yöntemler başlığında ise termal suspansuvarlar, gossypol, erkek kondomu ve erkek hormonal kontraseptiflerindeki yenilik ve gelişmeler aktarılmış ve immunokontrasepsiyona kısaca değinilmiştir.

Giriş: İnsanoğlunun aile büyüklüğünü sınırlama girişimi ilk çağlara kadar gitmektedir. Günümüzün tıbbi olmayan gebelikten korunma yöntemleri arasında yer alan emzirme, geri çekme, periyodik abstinens, fertil günleri belirleme gibi yöntemler yanı sıra kondom ve servikal başlık gibi bariyer yöntemler günümüzden önce de bilinmekte, kullanılmaktaydı(1). Günümüzde tıbbi ya da modern gebelikten korunma yöntemleri başlığında ele aldığımız rahim içi araç, hormonal doğum kontrol hapları gibi yöntemlerin varoluş öyküsü yaklaşık 100 yıl kadar geriye gitmekte bugünde kullanımın yanı sıra geliştirilmeye çalışılmaktadırlar.

Halen kontraseptifler üzerinde çalışılmaya gereksinim var mı sorusuna yanıt bulmak için yöntemlerin kullanım sıklıklarına bakmak yol gösterici olacaktır. Üreme çağındaki kadınlar arasında yöntem kullanım sıklığı ülkeden ülkeye değişmektedir. Bu değişim Çad'da %3 den Norveç'te %88 e dek ulaşan bir yayılım göstermekte olup 2009 yılı için dünyada kontraseptif kullanım sıklığı %63'tür. Bu oran gelişmiş ülkelerde %70 ve üzerinde iken gelişmekte olan ülkeler için ortalama %60'a yaklaşmaktadır. Benzer şekilde karşılanmamış aile planlaması hizmet gereksinimi olan çift oranı %1 (Arnavutluk) ile %41 (Uganda) arasında değişmektedir (2). Dünya üzerinde cinsel aktif olduğu halde yöntem kullanmayan, karşılanamayan hizmet gereksinimi olan 123 milyon kadın vardır (3). Bu durumda etkili, ulaşılabilir, ucuz ve güvenli bir aile planlaması yöntemi önermek çiftleri yöntem kullanma konusunda cesaretlendirecektir. Özellikle de çiftler için seçebilecekleri yöntem yelpazesini genişletmek gebelikten korunma yöntemlerinin kabul edilebilirliği ve sürdürülebilirliğini artıracaktır (4).

Yeni Bir Kontraseptif Yöntem Geliştirme Süreci

Hangi cinse ve hangi kullanım şekline yönelik olursa olsun bir gebelik önleyici yöntemin sahip olması gereken temel özellikler vardır ve bu özellikler o yöntemin araştırma, üretim ve kullanım sürecini belirleyici olarak etkilemektedir.

Bir gebelik önleyici yöntemin taşıması gereken temel özellikler (5, 6):

- Cinsel ilişkiden bağımsız ve etkilemez olması
- Her iki eş içinde kabul edilebilir olması
- Libido, cinsel aktivite ve cinsel gücü etkilememeli
- Kısa ya da uzun süreli toksik ya da yan etkileri olmamalı
- Gelecekte çocuk sahibi olmayı etkilememeli
- Çok kısa sürede etkisi başlamalı ve doğurganlığın geri dönüşü de aynı hızla olması

Yeni bir gebelikten korunma yönteminin halka ulaşılır, kullanılır hale gelmesi için uzun bir zaman dilimine ihtiyaç vardır. Bugünün yeni

kontraseptifleri 10-20 yıl önce başlayan bir yatırım ve araştırma sürecinin sonucudur. Bir ülkenin sağlık otoritelerince kabul edilir hale gelmesi için öncelikle bazı süreçleri tamamlaması gerekmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yeni bir kontraseptifin kullanıma geçebilmesi için Avrupa'daki İlaç Değerlendirme Kurulundan (European Medicines Evaluation Agency (EMA)) ve Amerika Birleşik Devletlerindeki (Food and Drug Administration (US FDA)) onay alması gerekmektedir. Bu kurullarda değerlendirme için yeni bir yöntemin belli aşamalardan geçmesi gerekmektedir. Yeni bir kontraseptifin özellikle de aşağıda özetlenen aşamalara geçmeden önce test tüplerinde ya da invitro çalışmalar yapılması ve sonra hayvan deneylerinde denenmesi gerekmektedir. Invitro çalışmalar ve de hayvan deneylerinde güvenli ve etkili olduğu anlaşıldıktan sonra bir klinik araştırmanın taşınması gereken evrelerde araştırılıp kullanıma girer. Bu süreç aşağıda özetlenmiştir. (4)

Evreler	Araştırma Süreci	Araştırmaya katılan sayısı	Amaç
Faz I	1-2 yıl	20-80 sağlıklı kişi	Güvenli dozu ve insanda oluşabilecek yan etkileri saptamak
Faz II	1-2 yıl	100-300	İlk etkinliği değerlendirmek, doza karar vermek ve güvenli oluşu değerlendirmek
Faz III	2-4 yıl	200-3000	Etkinliği doğrulamak, güvenilirlik ve yan etkileri izlemek diğer kontraseptiflerle karşılaştırmak, yöntemin güvenli kullanıldığına dair bilgi toplamak
Faz IV (her zaman gerekmez)	Süre yok	Sınırsız	Onay alındıktan sonraki evredir. Nadir olayları, yararları, doğru kullanılıp kullanılmadığını takip etmeyi amaçlar

Yeni bir kontraseptif geliştirme uzun zaman gerektiren ve pahalı bir süreç olması nedeniyle ilaç şirketleri tarafından öncelikle tercih edilmemektedir. Günümüzde ilaç ve araştırma şirketleri daha az klinik deney ve daha az masraf gerektirdiği için bilinen kontraseptif yöntemleri geliştirmeye yönelik çalışmalara daha fazla katılma eğilimindedirler (4).

Dünya Sağlık Örgütüne göre gelecekte doğurganlığın kontrolüne yönelik çalışmalar: Var olan yöntemleri geliştirme (yan etkiler, etkililik, kullanımı kolaylaştırma, etkinlik süresi, maliyet, üretim vb...), Sağlık yararlarını geliştiren yeni yaklaşımlar, Yeni kontraseptif hedefler (gametogenesis,

sperm motilitesi, sperm kapasitasyonu, akromozal reaksiyon, folikül gelişimi, implantasyon) ve İmmunokontrasepsiyon üzerine yoğunlaşacaktır (7).

Bu yazıda kadın ve erkeğe yönelik kontraseptif yöntemler başlıklarında var olan yöntemler yanı sıra geliştirilen yöntemler incelenmiştir. Yöntemlerle ilgili kısaca bilgi verilip yenilik ve gelişmeler aktarılmıştır. Kadın ve erkeğe yönelik cerrahi yöntemler bu yazının kapsamı dışında bırakılmıştır.

Kadınlara Yönelik Kontraseptif Yöntemler

Kadınlar için doğum kontrol yöntemlerinde temel olarak ovulasyonun inhibisyonu, fertilizasyon ve implantasyonun engellenmesi, baskılanmasını hedeflemektedir.

Rahim İçi Araç

Yirminci yüzyılın ikinci yarısına dek yaygın kullanılan yöntemlerin başında gelen rahim içi araç (RİA) 1909 yılında Almanya'da keşfedilmiştir. Plastik gövdesine bakır eklenmiş ilk RİA 1969 yılında yapılmıştır ve bu RİA'nın geliştirilmesinde amaç aracın boyutunu küçültmek ve bakır ekleyerek kontraseptif etkinliği artırmak idi (1).

Birinci nesil RİA'lar inert plastik materyallerden yanı sıra paslanmaz çelikten yapılmıştır. Bu RİA'lara örnek olarak Grafenberg halkası (1930), Lippes Loops (1960), T şeklinde sarmal RİA (1965), Majzin yayı (1969), Dalkon Shield (1970) verilebilir. Dalkon Shield RİA ile infertilite ve pelvik enfeksiyon hastalığı arasında ilişki bulunması RİA'ların itibarını epeyce sarsmıştır (1). Günümüzde dünyada en yaygın kullanılan gebelikten korunma yöntemi olmasına rağmen Amerika ve Batı Avrupa'da kullanımı aynı yaygınlıkta değildir (2).

Bakır eklenen ikinci nesil ve progesteron eklenen üçüncü nesil RİA'lar bu süreçte ortaya çıkmıştır (8). Günümüzde bakır eklenmiş RİA'lar yaygın olarak kabul görmekte ve özellikle içerdikleri bakır miktarı arttıkça kontraseptif etkinliklerinin arttığı, kanama gibi yan etkilerinin azaldığı ve 12 yıl kadar uzun bir süre kullanılabilecekleri gösterilmiştir (4). İkinci nesil

RİA'ları geliştirme çalışmaları RİA'nın şekli, T şeklindeki iskeletten kolları kaldırma (çatısız RİA), bakırın boncuk dizisi gibi yerleştirilmesi üzerine yoğunlaşmıştır. Bütün bu yenilik ve değişikliklerde amaç kontraseptif etkinliği artırmak, atılmayı engellemek, kanama, ağrı gibi yan etkileri azaltarak yöntemle devam etme süresini uzatmaktır.

İkinci nesil bakırlı RİA'larda T şeklinden kolların çıkartılıp, çatısız bir gövde üzerine bakırın boncuk dizileri şeklinde yerleştirildiği yeni bir RİA 2003 yılında Avrupa ve Çin'de kullanıma girmiştir. Naylon bir ipliğe geçirilmiş bakır boncuklardan oluşmaktadır. İpliğin üst bölümünde bir düğüm yer alır ve RİA bu düğüm uterus fundusuna gömülerek takılır. Uterus içi implant sistem olarak da adlandırılmaktadır. Belçika'da Contrel tarafından üretilen bu bakırlı RİA GyneFix®330 (6 boncuk) ve GyneFix®200 (4 boncuk) ticari isimleri ile piyasadadır ve 5 yıl kullanım süresine sahiptir (9).

İkinci nesil bakırlı RİA'lara kanama gibi yan etkileri azaltmak için bakırın yanı sıra indometasin eklenmektedir. Cu-RİA'ya yan etkileri azaltmak amacıyla indometasin eklenmesinin özellikle Cu-RİA kullanan kadınlarda ortalama 19 ml olan kanama miktarını 6 ml ye indirdiği belirtilmektedir. Çin'de indometasin eklenmiş kullanımda olan 3 tip RİA vardır: Medicated (Bakır 200 mm²+ İndometasin 25 mg), Yuangong I-220 (Bakır 220 mm²+ İndometasin 10 mg), Yuangong 365 (Bakır 365 mm²+ İndometasin 30mg) (10). RİA'nın şeklinin uterus biçiminde olmasının kanama kontrolüne etkisini inceleyen çalışmalar Çin'de yürütülmektedir (11).

İkinci nesil RİA'lara bakırın yanı sıra altın ve gümüş de eklenerek bakır iyonu üzerine bu metallerin elektrokimyasal etkisi ile kontraseptif etkinliği ve yan etkileri azaltma hedeflenmektedir. Macaristan'da iki RİA bu özelliklere sahip olarak üretilmektedir. Silverlily® (Bakır+gümüş) ve Goldlily® (bakır+ altın) 3 boyda (standart, kısa ve mini) üretilmektedir. 7 yıl kullanım süresi öngörülen bu RİA'ların Faz IV çalışmalarında etkinliği yüksek bulunmuştur (11).

Progestasert ilk hormon içeren RİA olarak 1976 yılında geliştirilmiştir. Günlük 65 µg progesteron salınan bu RİA'nın yıllık değiştirilmesi önerilmekte idi. 2001 yılından beri kullanılmamaktadır. Levonogesterel (20µg) eklenmiş RİA (Mirena®) üçüncü nesil RİA'lar içinde değerlendirmekte ve 5 yıl kadar koruyuculuğu yanı sıra pelvik enfeksiyon riskini azaltma, dismenore, daha az menstrüal kanama gibi kontraseptif dışı yararlarının olması kullanım alanlarını artırmaktadır (6, 11). Belçika da üretilen T şeklindeki diğer bir RİA ise Femilis™ dir. 20 µg/gün Levonogesterel içeren bu RİA'nın kullanım süresi 5 yıldır (12).

Üçüncü nesil hormon içeren RİA'larda kollarının kaldırıldığı(çatısız) ve gövdesinde 14 µg/gün Levonogesterel içeren FibroPlant® Contrel tarafından Belçika'da üretilmektedir. 3 cm uzunluk, 1,2 mm çapında olan bu RİA'nın kullanım süresi 5 yıldır. Uterus içi implant sistem olarak da adlandırılır. Endometriyumu baskılayarak daha az menstrüel kanamaya neden olduğu için İngiltere ve Finladiya' da aşırı menstrüel kanaması olanlarda tedavi amaçlı olarak da kullanılması önerilmektedir (13).

RİA'nın gövdesinden kollarının kaldırılması yani çatısız RİA'ların geleneksel RİA'larla benzer kontraseptif etkinliğe sahip olduğu ancak kanama ve ağrıyı azaltmadığını gösteren çalışmalar da vardır (14).

RİA'larda nanoteknoloji'nin kullanılarak boyutunun küçültmesi, bakırın etkin olarak salınımının sağlanması yönünde Çin'de çeşitli araştırmalar sürdürülmektedir. Yine Çin'de benzer şekilde "Memory Cu-MCu" olarak adlandırılan titanyum-nikel gövdeli U şeklinde RİA'larla araştırmalar sürdürülmekte ve kullanımın kabul gördüğü belirtilmektedir (11). Geliştirilmekte olan bir diğer RİA ise Progesteron reseptör modulatorü salınan RİA (CDB-2914) dir. 2007 de hayvan deneyleri sonuçlanmış ve Faz I çalışmaları başlamıştır (3, 15).

Kombine Oral Kontraseptifler

Kombine östrojen/progesteron içerikli oral kontraseptifler Amerika'da 1959 (Enovid®) Avrupa'da 1961 (Anovlar®) yılından beri kullanılmaktadırlar(6).

Bu kadar uzun süredir kullanımda olmaları nedeniyle etken madde özellikleri, kullanım etkinlikleri ve yan etkileri açısından uzun yıllardır araştırılarak ve yoğun bir bilgi birikimine sahip bir alanı da oluşturmaktadırlar. Doğurganlığın düzenlenmesi yanı sıra menstrüel siklus düzensizliklerinin, dismenore, premenstrüel sendrom ve acne vulgaris tedavisinde kullanılmaları bu alanda çalışmaların araştırmaların sürdürülmesini sağlamaktadır. Kombine oral kontraseptifler de yenilikleri ve gelişmeleri içerdikleri etken madde, monofazik-bifazik-trifazik olmalarına ve kullanım sürelerine göre incelediğimizde:

Hemen tüm kombine oral kontraseptiflerde östrojen formülasyonu etinil-östrojen olarak dozajı değişmekler birlikte (15-35 µg) sabit kalmakta buna eklenen progesteron türevleri değişmektedir. Bu progesteron türevlerine baktığımızda:

- Birinci nesil progesteronlar 19-nortestosterone türevleri (norethisterone, norethisterone acetate, lynestrenol, ethinodiol diacetate)
- İkinci nesil progesteronlar: levonogestrel
- Üçüncü nesil progesteronlar: desogestrel, gestodene, norgestimate,
- Dördüncü nesil progesteronlar: drospirenone (DRSP), dienogest (DNG), trimegestone (TMG), Nestorone (NES) ve nomegestrolacetate (NOMAc)

Yeni geliştirilen progesteronlar da androjenik, östrojenik, glikokortikoid etkileşimleri ve yan etkileri en aza indirerek ideal bir progestin bulma hedeflenmektedir (16).

Kombine oral kontraseptiflerle ilgili yürütülen çalışmalar öncelikle etinil-östradiol ve progestagenlerin dozunu azaltma yönünde sürdürülmüştür. Bu çalışmalar yanı sıra Etinil Estradiol içeriği 17 beta-estradiol (E2) ile değiştirme çalışmaları da yürütülmüştür. Başlangıçta E2 içeren preparatların kontraseptif etkinliği kanıtlanmış ancak kanama profilindeki olumsuzluklar nedeniyle çalışmalar çeşitli E2 deriveleri ile sürdürülmüştür. Estradiol valerate (E2 V) oral alınımdan sonra E2 ye hidrolize olmaktadır. Bu

özellikten yararlanılarak estradiol valerate ve diogenest (DNG) kombinasyonu geliştirilmiştir (6). E2V/DNG (Qlaira®, Natazia™) ilk E2-içerikli kombine oral kontraseptif olarak etkili bir siklus kontrolü ve ovulasyon inhibisyonu sağlamaktadır. Oluşturulan preparat her gün bir hap şeklinde oral kullanımla 26 gün aktif tedavi 2 gün plaseboda oluşmakta ve bu süreçte siklusun ilk bölümünde östrojen baskınken östrojen düzeyi gün gün azalmakta progestagen hâkimiyeti siklusun ortasında ve sonunda sürmektedir. Ayrıca 28 gün boyunca E2 düzeyi hemen hemen sabit kalmaktadır (17). Bu preparatın kontraseptif etki dışında uzamış, aşırı kanama ve sık kanamalı siklusları tedavi edici özelliği de vardır. Beş farklı renkte tableten oluşan bu preparatı kullanırken her gün aynı saat almak, hap unutmamak, hap atlamamak önem kazanmaktadır (18). Yakın gelecekte estradiol ve nomogestrol acetate kombinasyonunun da kullanıma girmesi beklenmektedir.

Yeni nesil oral kontraseptiflerde Estradiol (E2) le birlikte üçüncü nesil ya da yeni progestinleri (dienogest, 19-norprogesterone, nomegestrol acetate) içeren kombinasyonları kullanılmaktadır.

Yeni geliştirilen bazı preparatlar ve özellikleri:

Sadece 75µg Desogesterel içeren Cerazette® endikasyonları ve ara vermeksizin kullanımı gerektiren bir preparat olarak geleneksel mini haplara benzemektedir. Servikal mukusu kalınlaştırır ve ovulasyonu engeller. Ancak alım zamanında 12 saatlik bir ertelemeye izin vermesi en önemli üstünlüğüdür (19). Bu üstünlük nedeniyle dikkate değerdir.

20µ Etinil estradiol/ 3 mg drospirenone içeren Yaz® akne ve kıllanmayı azaltıcı, vücutta daha az su tutulumu ve iyi hissettiren ruh hali gibi özellikleri ile akne vulgaris ve premenstrüel sendrom tedavisinde de kullanılan bir kombine oral kontraseptiftir. 24 gün hormon 4 gün plasebo içerir. Türkiye'de bu etken madde içeriğinde Yasmin® 21 lik ve YAZZ® 24+4 preparatları bulunmaktadır (20).

Oral kontraseptiflerle etken madde dışında kullanım sürelerini uzatan

daha az menstrüasyon olmasını sağlayan kullanım çalışmaları sürdürülmüştür. Uzun süreli ara vermeden oral kontraseptif kullanımı ile ilgili üzerinde çalışmalar yürütülen iki uygulama vardır. Bunlar:

Uzamış sikluslar: 3 siklus boyunca ara vermeden etkin madde içeren oral kontraseptif kullanımı: 30 µg ethinyloestradiol (EE)/150 µg levonorgestrel içeren iki preparat Seasonale® Seasonique® Amerika Birleşik Devletlerinde onay almıştır. Siklus süresi 91 güne uzamıştır. 84 gün hormon (4 siklus), 7 gün plasebo şeklinde kullanılır. Bırakma hızı yüksek bulunmuştur (%7,7). Daha az kanama olmaktadır, ancak bu kanamanın ne zaman olacağını önceden kestirmek güçtür (6).

Düşük dozlu, sürekli, non-siklik oral kontraseptif kullanımı: hiç adet kanaması olmaması hedeflenmektedir. 90 µg levonorgestrel/20 µg ethinyl estradiol içeren Lybrel® Amerika Birleşik Devletlerinde onay almıştır. Ancak kadınların %21 inde geri çekilme kanamaları olmaktadır (21).

Transdermal Kontraseptifler

Geliştirilen yeni progestinler (nomegestrol acetate, nestorone, trimegestone) oral kullanım dışında sprey şeklinde deriden emilim, vajinal halka, transdermal bantlar, jeller şeklinde kullanıma girmiş ya da geliştirilme yönünde araştırmalar yürütülmektedir (16).

Sprey şeklinde hormonal kontraseptif amacıyla Nesterone'un deriden emilimi denenmektedir. Population Council'in desteğinde, Avustralya'da Faz I çalışması sonuçlanmıştır (Metered Dose Transdermal System® MDTs; Acrux Ltd., Melbourne, Australia) (22). Nestorene jel günde 1,2 mg deriden emilerek kullanıldığında 3 ay sonunda katılımcıların %83'ünde ovulasyonun baskılandığı belirlenmiştir (4).

Transdermal bantlar günlük 20 µg ethinyl estradiol, 150 µg norelgestomin salınımlayan OrthoEvra® 3 bant içermektedir. Haftada 1 bant şeklinde, 3 hafta kullanılır, 1 hafta ara verilir ve adet kanaması gerçekleşir. Meme dışında her hangi bir vücut bölgesine yerleştirilebilir (23). Daha küçük ve

içeriğinde etinil estradiol /gestodene içeren preparat Almanya'da Fidencia® ismiyle önümüzdeki 3 yıl içinde piyasaya sürülecektir (6).

Enjektabl hormonal kontraseptifler

Kombine ya da sadece progestin içeren enjektabl kontraseptifler üzerinde çalışmalar sürdürülmektedir. 25mg medroxyprogesterone acetate ve 5mg estradiol cypionate içeren 1 aylık etkinlikte yeni bir preparat subkutanöz kendi kendine enjekte edebilme olanağı sağlayan Uniject® araç içinde kullanıma geçecektir (6). Benzer şekilde 104 mg/0.65 mL medroxyprogesterone acetate içeren Depo-subQ provera™ uniject olarak 3 ayda bir kullanılabilecektir (24).

Hormonal İmplantlar

1966 yılında araştırılmaya başlayan hormonal implantlarda etken madde olarak progesteron türevlerinde megestrol acetate, norethindrone, norgestrinone ve levonorgestrel kullanılmaktadır. İlk kez 1990 yılında levonogesterel içeren subdermal implant kullanıma sunulmuştur. Norplant® adıyla bilinen levonogesterel içeren 6 çubuktan oluşan bu implant 2002 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde kullanımdan kaldırılmıştır (1, 6). Altı çubukla başlayan subdermal implantla kontrasepsiyon sağlama sürecinde her biri 75 mg levonogesterel içeren silikon 2 çubuktan oluşan subdermal implantlara (Jadelle®-[Norplant 2], Sino-implant II) ve sonunda tek çubukla (Implanon®) kontrasepsiyon sağlama noktasına gelinmiştir (25).

Implanon® 68 mg etonogesterel (ENG) içeren tek çubuk olarak 3 yıl kontraseptif etki sağlamaktadır. 2010 yılından bu yana ilgili firma lokalizasyonunun daha kolay belirlenebilmesi için radyoopak madde içeren yeni bir ürünü (Implanon NXT®) piyasaya sürmüştür (6).

Sino-implant II iki çubuktan oluşmakta ve 75 mg levonogesterel içermekte olup kullanıp süresi 4 yıldır. En önemli üstünlüğü benzerlerinden % 60-70 daha ucuz olmasıdır. Çin'de 1994 yılından beri, Endonezya'da 5 yıldan beri yaygın olarak kullanımdadır. Çin'de üretilmekte olan bu implant Kenya'da

Zarin® adıyla lisans olarak kullanılmaya başlanmıştır (26).

Geliştirilmekte olan implantlarda farklı progesteron türevleri de denenmektedir. Doğal progesteron benzeri sentetik progestin olan 100 µg Nestorene- Elcometrine® (progestin ST-1435), 1 çubuk, 2 yıl süreyle kontraseptif etkinliğe sahiptir. Population Council araştırmaları desteklemekte ve emziren anneler özellikle hedeflenmektedir. Faz II çalışmaları tamamlanmıştır. Nestrone'un bir kapsül şeklinde subdermal yerleştirildiği altı ay kontraseptif etkili olduğu şekline yönelik çalışmalarda sürdürülmektedir. Bir diğer subdermal implant ise norgesterel (nomegestrol acetate) içeren 1 yıl etkili Uniplant ve Surplant dır (6).

Günümüzde yaygın olarak kullanımda olanlar Jadelle®, Implanon® ve Sino-implant II®'dir.

Vücutta eriyen çubuk ve kapsüller, yeni progesteron türevlerini içeren subdermal implantlarla ilgili çalışmalar da sürdürülmektedir.

Vajinal Halka

Kontraseptif steroidler vajinal emilimlerinin iyi olması yanı sıra siklus düzensizliğine yol açmadan en az dozda hormon salınımlayarak etkin kontrasepsiyon sağlamaktadır. Geçmişte progesteron, levonogesterel salınımlayan pek çok vajinal halka çeşidi geliştirilmiştir.

Sadece progesteron içerenler vajinal halkalar

- Progerin® Silesia (3 ay süreyle)
- Nestorone- Population Council (12 ay süreyle)

Östrojen- progesteron kombinasyonu içeren vajinal halkalar

- Nuvaring® Organon (1 ay)
- Nestorone/EE –Population Council/WHO (12 aylık)

Bugün dünyanın pek çok ülkesinde yaygın olarak kabul gören ve ülkemizde de satışa sunulmuş olan NuvaRing® günlük olarak 15 µg Etinilestradiol ve 120 µg Etonogestrel içermektedir. Şeffaf, yumuşak ve tek kullanımlık olan halka vajina içine siklusun 1-5 günleri arasında yerleştirilir. 21 gün vajina da

kalır. 7 gün çıkartılarak ara verilir ve yeni bir halka takılarak devam edilir (6).

Nomegestrol içeren vajinal halka geliştirilmektedir (6). 19- norprogesterone türevi olan Nestorene nonandrojenik özellikleri yanı sıra oral alımda etkili olmayan ancak transdermal, implant gibi oral dışı kullanımlarda çok etkin bir maddedir. 150µg nestorone ve 15µg ethinylestradiol günlük salınımla bir yıl boyunca tekrar tekrar kullanılabilir bir preparatın 3. faz klinik araştırmaları tamamlanmıştır. Etkili bir siklus kontrolü yanı sıra menoraji, dismenore ve polikistik over sendromunda tedavi sağlamaktadır.(27).

İkili koruma sağlayabilecek HIV'e karşı antiretroviral etkili ve levonorgesterel içeren vajinal halka geliştirme çalışmaları sürmektedir. Ancak Faz 1 çalışmalarına henüz başlanmamıştır (28).

Acil Kontrasepsiyonda Yenilikler

Korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra planlanmamış bir gebeliği önlemek için ilaç ya da rahim içi araç kullanılması acil kontrasepsiyon olarak tanımlanmaktadır. Postkoital haplar dünyanın pek çok ülkesinde kullanılmakta ve çoğu zamanda reçetesiz satılmaktadır. Başlangıçta östrojen/progestereon kombinasyonları kullanılırken günümüzde Levonogesterel'in (1500 µg lık bir tablet ya da 750 µg lık iki tablet) tek doz olarak korunmasız cinsel ilişkiden sonraki üç gün içinde alımı en sıklıkla kullanılan şeklidir. Levonogesterel'in 12 saat arayla iki doz kullanımı yerine tek doz kullanımı önerilmektedir (23). 30 mg ulipristal acetate (ellaOne®) yeni bir acil kontrasepsiyon hapi olarak Avrupa'da satılmaya başlamıştır. Bu hap korunmasız cinsel ilişkide sonraki 5 gün içinde kullanılabilir (6, 23). Gestrinone, Cu-T380 ARIA, antiprogesterinler ve seçici progesteron reseptör modulatorlerinin acil kontrasepsiyonda kullanımı denlenmektedir. Antiprogesterinler ve seçici progesteron reseptör modulatorleri korunmasız cinsel ilişkiden sonra geçen daha uzun süreler içinde etkin olmaları yönünden umut verici olarak değerlendirilmektedirler (6).

Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

Doğurganlık bilincinin geliştirilmesine ve kadının bedeninde olanları izlemesine dayanan doğal aile planlaması yöntemlerinden iki tanesi yenilikler kapsamında önerilmektedir. Bunlar:

Standart günler yöntemi: Adet görme sıklığı 26-32 gün arasında olan kadınlarda siklusun 8.-19. günleri arasında cinsel ilişkiden kaçınmak ya da bariyer bir yöntem kullanmak temelinde gerçekleşir. Takip etmeyi kolaylamak amacıyla bir kolye geliştirilmiştir (CycleBeads™) (3,4,6).

İki gün yöntemi: (The Two Day Method™) Servikal mukusun gözlenmesi ve basit iki soruyu yanıtlama temeline dayanır. Adetleri düzenli, düzensiz veya farklı aralıkta olan tüm kadınlar kullanabilir. Servikal mukusa bakıp “Bugün salgı-mukus gördüm mü?” “Dün salgı-mukus gördüm mü?” sorularının ikisine de verilen “hayır” yanıtı gebelik olasılığının olmadığını, “evet” yanıtı ise gebe kalma olasılığını gösterir (4, 29) Teorik etkinliği 100 kadın da 4 iken, kullanım etkinliği 100 kadında 14'e yükselmektedir (4).

Siklusu izleyerek fertil ve infertil günleri belirlemeye yardımcı olmak amacıyla termometreler (Cyclotest®, Babycomp®, Bioself® vb...) ve hormonal araçlar (Persona®, Ovarian Monitor® vb...) geliştirilmiştir. Ancak bu araç-gereçlerin sempto-thermal metoddan daha az etkin olduğu belirlenmiştir (6).

Bariyer Yöntemler

Spermin kadın üst genital organlarına geçmesini engelleyen bariyer yöntemler ikili koruma sağlayarak hem gebeliği önlemekte hem de cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılım ve geçişini azaltmaktadır.

Kadın Kondomu

İlk kez 1992'de Avrupa'da kullanıma sürülen kadın kondomları doğal kauçuk lateks (NRL), sentetik lateks ve poliüretandan üretilmektedir. Tasarım özellikleri farklı olsa da ortak özellikleri bir kılıf ile iç ve dış iki değişik boyda halkadan oluşmalarıdır (30). Maliyeti düşürmek ve kullanışlılığı artırmak için birçok farklı tipte kadın kondomu geliştirilmektedir.

Fc1 Kadın Kondomu

Fc1 ilk olarak üretilip piyasaya sürülen kadın kondomudur. Reality® , Femy®, the Care Contraceptive Sheath® ve Femidom® (diğer ülkelerde) gibi ticari isimlerle piyasaya sürülmüştür. Kalıp poliüretandan üretilmektedir. FC1 üretimi 2009 yılı sonunda sona ermiş ve bunun yerini FC2 almıştır (30).

FC2® Kadın Kondomu:

Bazı ülkelerde 2005 yılından itibaren kullanıma sunulmuş olan bu kondom şekil, fonksiyon ve görünüm olarak FC1 kadın kondomlarına benzemektedir. FC1 den farklı olarak sentetik nitril kauçuk lateksten üretilmiştir ve birleşim yeri içermemektedir (4). Yapılan çalışmalarda FC2® kadın kondomunun kayma, invajinasyon, yırtılma açısından FC1'e benzer olduğu belirlenmiştir. Kontraseptif ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları önleme etkinliği üzerine henüz veri olmasa da FC1 ile benzer olduğu düşünülmektedir (30).

VA w.o.w®. Condom Feminine Kadın Kondomu:

V-Amour ya da Reddy kadın kondomu olarak da bilinen bu kondom, doğal kauçuk lateksten yapılmaktadır. İç halka yerine kapalı uç kısmında yumuşak bir sünger içermektedir ve bu sünger kondomun vajinanın derinine yerleşmesini sağlar (4). "V" şeklinde bir çerçevesi vardır Bu çerçeve FC1 ve FC2'deki halka ile aynı işlevi görür. Ürün silikon yağ ile kayganlaştırılmış olarak satılır ve daha fazla kayganlaştırılmak istenirse sadece su ya da silikon bazlı kayganlaştırıcılar kullanılabilir (30).

PATH The Woman's Condom Kadın Kondomu:

PATH The Woman's Condom poliüretandan yapılmıştır. Yerleştirmek için kullanılan bir kapsül içermektedir. Vajinaya yerleştirildiğinde kapsül çözünerek kondomu vajinanın içine bırakır. Kondomun gövdesinde 4 noktada hidrofilik özellikte sünger bulunmaktadır. Süngerler vajinal duvara yapışarak tutunmayı sağlar. Kondomun kayması bu şekilde engellenmektedir. Kondom yağ ve su bazlı kayganlaştırıcılar ile birlikte

kullanılabilir. Ticari olarak satışı henüz başlamamıştır (30). Diğer kadın kondomlarıyla kullanımı karşılaştırıldığında benzer oranda tercih edildiği belirlenmiştir (31).

The Phoenurse Kadın Kondomu:

Çin'de üretilen The Phoenurse kadın kondomu, bir yerleştirme aparatı, su bazlı bir kayganlaştırıcı, hijyenik mendil ve atma poşeti ile birlikte satılmaktadır (30). Çin'deki güncel bir çalışma da ürünün kadınlar tarafından kabul edilebilirliğinin yüksek olduğu, hata oranı ve kontraseptif etkisinin ise FC1 ile benzer olduğu belirlenmiştir (32).

The Cupid Kadın Kondomu:

Hindistan'da üretilen Cupid kadın kondomu Hindistan ve bazı Avrupa ülkelerinde bulunabilen yeni bir üründür. Kondom doğal kauçuk lateksten yapılmıştır. Sekizgen bir çerçevesi vardır ve silikon yağ ile önceden kayganlaştırılmış olarak satılır. Parfümlü tek kadın kondomudur (30).

Panty Kadın Kondomu:

Panty kadın kondomu diğer kadın kondomlarından farklı bir yapıya sahiptir. Külot kadın kondomlarındaki dış halka görevini görmektedir. Bu kondomlar külot olmadan kullanılamamakta külot ise yeni kondom kılıfı ile birden fazla sefer kullanılabilmektedir. Külotlu kadın kondomları diğer kadın kondomlarına göre daha az bulunur ve daha pahalıdır (30).

Kadın kondomu “kullanılmak istenmeyecek bir yöntem”, “pahalı”, “kabul görmez”, “marjinal” gibi spekülasyonların fazla olduğu bir bariyer yöntemidir. Dünyanın 40 farklı ülkesinde kadın kondomlarının kabul edilebilirliği üzerine 40'dan fazla çalışma yürütülmüş ve bu mitlerin doğru olmadığı gösterilmiştir. Özellikle hem cinsel yolla bulaşan hastalıklar hem de gebelikten korunma için desteklenmesi önemlidir (33).

Diyafram ve servikal başlık spermilerin vajinadan serviks ve uterusu ulaşmasını engelleyerek etki gösteren intra vajinal bariyerlerdir. Antik çağda kullanılmaya başlandığı bilinmesine rağmen ilk bugünküne benzer servikal başlık 1836'da Almanya'da tanımlanmıştır. İlk örnekleri sıkıştırılmış kauçuktan üretilen intavajinal bariyerler daha sonraları gümüş

ve bakır gibi metallere, impermeable plastikten çeşitli boyut ve formatlarda imal edilirken günümüzde silikon ve lateksten üretilmektedirler (34).

Bugünkü diyaframın ilk örneğine yönelik yayın 1882'de Almanya'da yapılmış olmasına rağmen Antik Mısır da kullanıldığına yönelik bilgi yanı sıra, 18. yüzyılda Kazanova yöntemlerinden biri olarak sıkılmış yarım limonun kabuğunun serviksi kapatmak amacıyla kullanıldığı tarihsel öyküsü de vardır (35). Bu süreçten yaklaşık 150 yıl sonra bugünün modern kadın kondomları, diyafram ve çeşitli servikal başlıkları geliştirilmiştir. Kadınlara yönelik bariyer yöntemlerinin kullanım sıklığı %1'in çok altındadır. Dünya 2009 kontraseptif kullanma sıklığına ortalaması %0.2 dir. Bu oran bölgeler arasında farklılık göstererek gelişmiş ülkelerde %0,6 iken az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere %0.1 civarındadır (2).

Diyafram

Kullanılırken spermisit ilave edilen, çeşitli boy ve şekillerde imal edilen diyaframların günümüzde en fazla lateks malzemeden üretilenleri piyasaya almaktadır. Ortho All-Flex diaphragm®, Ortho Coil Spring diaphragm®, Milex Wide Seal diaphragm®, Semina diaphragm® gibi çeşitli markalarda çeşitli boyutlarda yumuşak lastik ya da lateks malzemeden imal edilmektedir. Yumuşak silikondan imal edilmiş ve takıp çıkarmayı kolaylaştırma amacıyla kenarında tutama çukurları olan SILCS Diyafram'la ilgili çalışmalar 1994 yılında başlamış ve günümüzde tek boyutta yeniden kullanılabilen bu diyaframın 2011 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde onay alarak kullanıma girmesi beklenmektedir (36).

Servikal Başlık

Diyaframa göre daha sert olan ve serviksi vakum yaparak kapatan bu bariyer yöntemde başlığın içine spermisit ilave edilmektedir. Lateks, silikon, plastikten imal edilmiş türleri vardır. FemCap™, silikondan 3 farklı boyutta, Dumas™ lateks ve kauçuktan 5 farklı boyutta, Vimule™ ve

Prentif™ servikal başlık lateks ve kauçuktan 3 farklı boyutta imal edilmektedir (6). Oves Cap™ ise tek kullanımlık silikondan imal edilmiş servikal başlıklardır (37).

Lea Kalkanı

Yeniden kullanılabilen silikondan yapılmış, tek boy üretilen servikal bir bariyerdir. Hava ve servikal sekresyonların geçişine tek yönlü izin veren tek yönlü bir mekanizmasının ve ön yüzünde çıkarılmasını kolaylaştıran halkası üstünlükleri arasındadır. Dizaynı spermisit ve mikrobisit içermesine uygun olan bu araç 2008 yılından beri başta Avrupa ülkeleri olmak üzere kullanılmaktadır (37).

Spermisitler

Antik çağdan beri vajina içine çeşitli bitkisel ve kimyasal madde ve malzemeler yerleştirilerek gebelik önlenmeye çalışılmıştır. Tek başına etkili olmakla birlikte kondom, diyafram ve servikal başlıkla da kullanılan bu kimyasal sperm öldürücüler 40 yıldan fazla bir süredir marketlerde yer almaktadır. En bilinen ve yaygın kullanımı nonoxynol-9 içeren spermisitlerdir. Bu etken maddeler yanı sıra octoxynol-9, menfegol ve benzalkonium chloride içeren spermisitler vardır. Jel, köpük, köpüren tablet şeklinde formları vardır (6, 38).

Vajinal Süngerler

Küçük bir disk şeklinde poliüretandan yapılmış, vajinal dokuya benzer köpüklerdir. Tek kullanımlıktır. Üç spermisit etkili sünger vardır: Protectaid® (etken maddesi F-5 Gel), Today Sponge® (etken maddesi: nonoxynol-9) ve Pharmatex Sponge (etken maddesi: benzalkonium chloride) (6).

1980 li yıllarda spermisitlerin kontraseptif etki yanı sıra cinsel yolla bulaşan hastalıklara etkili olduğu düşünülürken 1990'lı yıllarda tam tersine vajinal epiteli tahrip ettikleri ve vajinal floradaki bakterileri de öldürdükleri

belirlenerek cinsel yolla bulaşan hastalık etkenlerinin geçişini artırdıkları tespit edilmiştir. Be nedenle spermisit içeren kondomlar piyasadan çekilmiştir. Ancak düşük cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riskindeki kadınlar için uygun bir gebelik önleyici yöntem olmaya devam etmektedirler(38).

Kontraseptif Etkili Mikrobisitler

Hem cinsel yolla bulaşan hastalıklara hem de gebeliğe karşı etkili olabilecek mikrobisit içeren yeni yöntemlere yönelik çalışmalarda jel, vajinal halka, jel ve köpük içeren bariyer yöntemler geliştirme çabaları sürmektedir. Levonorgestrel (LNG)/Tenofovir (TFV)-salınımlayan vajinal halka (TFV jel HIV geçişini %39, HSV-2 geçişini ile %51 oranında azalmaktadır) 90 gün süreyle ikili etkiyi hedefleyen klinik araştırmalar sürmektedir. Bir diğer yöntem ise Acyclovir (ACV)/TFV salınımlayan vajinal halkadır. Anti-herpes simplex virus ve anti-HIV özelliğinin güçlendirilerek mikrobisit etkinliğini arttırıldığı klinik araştırmalar sürmektedir (39). ACIDFORM, Ushercell™, Acid buffering gel, Buffer Gel® Duet gibi kontraseptif ve mikrobisit etkili ürünler üzerinde çalışmalar sürmektedir (38).

HIV enfeksiyonunun geçişini azaltmaya yönelik geliştirilen Algae Gel® (7 yıl içinde marketlerde yer alabilecek), Cellulosa sulfate gel ve moleküler kondom (hayvan deneyleri sürüyor 5 yıl sonra klinik deneylere başlanabilir) bu alanda sürdürülen çalışmalara örnek teşkil etmektedir (6).

Erkeklerle Yönelik Yöntemler

Erkek kontrasepsiyonu başlıca

- a) sperm üretimini baskılamak,
- b) sperm olgunlaşması ve/veya yapısını bozmak,
- c) sperm transportunu durdurmak şeklinde sağlanabilir.

Günümüzde erkekler tarafından kullanılan gebelik önleyici yöntemler “modern yöntem” olarak adlandırılan kondom ve vazektomi yanı sıra geleneksel olarak adlandırılan geri çekme ve periyodik abstinensdir. Ülkeler arasında erkeklerin yöntem kullanım sıklıkları değişmekle birlikte

dünya için 2007 yılı kondom kullanım sıklığı %6,1, vazektomi için % 2,8, geri çekme için ise %2,8 oranında bulunmuştur (2). Erkeklerin yöntem kullanımını değerlendirmeye yönelik yapılan surveylerde erkeklerin en azından %25'i hormonal bir kontraseptif kullanabileceklerini belirtmelerine rağmen henüz tamamlanmış bir erkek hormonal kontraseptifi yoktur (40). Erkeklerin kontrasepsiyona katılımı ve kadın partnerlerinin/eşlerinin bu sürece güvenip güvenmeyecekleri ise konunun tartışılan bir diğer boyutunu oluşturmaktadır.

Deneyssel düzeyde kalmış testisleri günlük ısıtma (termal suspansuvarlar), gossypol gibi yöntemler ise zaman zaman gündeme gelip günümüzde etkin olamamışlardır. Bu yöntemlerden kısaca bahsedecek olursak termal suspansuvarlar testiküler ısıyı yükseltmek için, testisleri vücuda yakın tutan ve günlük olarak giyilen askılardır. Bu şekilde spermatogenezis ve sperm üretimi azalması hedeflenmektedir. Değişik şekillerde dizayn edilen suspansuvarlarla klinik çalışmalar yürütülmüş sperm sayısının 0-1,6 milyon/mm² arasında olduğu ve hiç gebelik gerçekleşmediği gösterilmiştir. Tamamen doğal, güvenli, yan etkisi olmayan, müdahalesiz bir yöntem olarak da değerlendirilmiştir (41). Etkinliğin başlaması içi 2-6 ay kadar suspansuvarın takılması gerekmektedir. Fertilizasyon yeteneğinin geri dönüşü ise suspansuvarın kullanım süresine göre değişmekle birlikte ortalama 6-18 aydır (42).

Gossypol

Rafine edilmemiş pamuk çekirdeği yağında bulunan enzim inhibitörü bir molekül olan Gossypol 1929 yılında bulunmasına rağmen ancak 1959 yılında pamuk yağı ile yemek yapan ailelerde düşük doğurganlık oranlarına yol açtığı fark edilmiştir. Çin Hükümeti tarafından 1970'lerde başlatılan ve 10000 kişiden fazla örnekle yürütülen çalışmalarda gelecek vaat eden bir yöntem olarak değerlendirilirken çeşitli araştırmalarda %5-15 oranında kalıcı azoospermi, %10 kadar hipokalemi olgusunun belirlenmesi ve

toksiste üzerine bulgular nedeniyle 1998 yılında Dünya Sağlık örgütü tarafından çalışmalar durdurulmuştur (42, 43).

Bu bölümde erkek kondomu ve hormonal yöntemlerdeki yeniliklerle ilgili daha ayrıntılı bilgi verilecek cerrahi yöntemlerden vazektomiye değinilmeyecektir.

Erkek Kondomu

İlk örneklerinin MÖ 1350'lerde Antik Mısır'da ortaya çıktığını bilinen erkek kondomu başlangıçta cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma amacıyla kullanılmıştır (1). Özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruma özelliği Fallopius tarafından 1504'lerde belirlenmiştir. Ancak bu dönemde ilişkiden sonra sünnet derisinin altına yerleştirilen bir araç olarak kullanıldığı sanılmaktadır. İngilizler koyun barsağından kondom yapımına öncülük ederken 1844'te Amerika'da Hancock and Goodyear kauçuğu kükürtle sertleştirerek bugünün kondom benzerlerinin 1870'lerde kullanıma girmesini sağlamışlardır (44).

İlk üretilen kondomlardan bu yana kullanıcıların kabul edilebilirliğini ve kullanım sürekliliğini artırmak ve daha yaygın kullanımlarını sağlamak için kondomlar imal edilen madde ve kayganlaştırıcının özelliği ve boyut, incelik açısından yenilenme ve geliştirilmeye çalışılmaktadır.

Lateks Kondomlar

Lateks kondomlar silindir şeklinde ve açık ucunun kenarı kullanımı kolaylaştırmak için kalınlaştırılmış ve kapalı ucunda meninin toplanması için bir rezervuarı olan bariyer araçlardır (45). Kullanılan kayganlaştırıcı silikon bazlı, su bazlı olabilir. Bazılarına spermisitte eklenmiştir. Spermisitli olanlar anal kullanım için uygun değildir. Lateks kondomların cinsel ilişki sırasında yırtılma ve kayma oranları düşüktür. Dünya üzerinde 3000 kadar lateks kondom markası vardır. Randomize kontrollü iki çalışmada elde edilen sonuçlarının birleştirildiği bir araştırmada üç farklı kondom çeşidinin kullanım etkinlikleri karşılaştırılmıştır. [Ramses Sensitol™ -silikon bazlı kayganlaştırıcı içerir-, Life Styles™-silikon bazlı

kayganlaştırıcı içerir-, Trojan-Enz™ -su bazlı kayganlaştırıcı içerir-] Bu çalışmada ilk 5 kondom kullanımı sırasında kondomun yırtılma oranı %0,4, kayma oranı %1,1 ve 6 menstrüel siklus boyunca tipik kullanımda %7 oranında, düzenli ve doğru kullanımda ise %1 oranında gebelik olduğu belirlenmiştir. Bu üç kondomun etkinliklerinin ve performanslarının benzer olduğu bulunmuştur (46).

Lateks kondomlarda görülen alerjiyi engellemek yanı sıra raf ömrünü uzatmak, kullanımı kolaylaştırmak, yağ bazlı kayganlaştırıcılar kullanmak gibi nedenler daha farklı maddelerden erkek kondomu geliştirme ve üretme çabalarına yol açmıştır. Lateks olmayan maddelerden üretilmiş kondomlar gelişmiş ülkelerde örneğin ABD'de 1995'ten beri kullanıcılara ulaşırken, gelişmekte olan ülkelere ulaşılabilir, bulunabilir olmaları son derece sınırlıdır (4).

Lateks Olmayan Maddelerden Üretilen Erkek Kondomları

Yeni kondomlar üzerindeki araştırmalar genellikle termoplastik elastomerler denilen sentetik bileşenlere odaklanmıştır. Bu kondomlar lateks kondomlardan daha sağlamdır ve vücut sıcaklığını daha iyi ileterek hassasiyeti artırırlar. Yağ bazlı kayganlaştırıcılarla birlikte kullanılabilirler. Elverişsiz depolama şartlarında bozulmazlar, daha homojen bir yapısı vardır ve olduklarından daha ince hissedilecek şekilde üretilebilme üstünlüğüne sahiptirler (47).

Avanti erkek kondomu: Duron denilen ve polyester poliüretan yapılı bir termoplastik elastomerden üretilmektedir. Görünüm olarak klasik lateks kondoma benzemektedir. Ancak daha geniştir ve kondomun açık ucunda rulo yapılmış ve preslenmiş poliüretandan oluşan bir tutma halkası vardır. Silikon bazlı kayganlaştırıcı içerir. Başlangıçta bu kondomun ilk versiyonu çok ince olarak üretilmiş ancak yırtılma oranları yüksek bulununca kalın formu üretilerek sadece bu form piyasaya sürülmüştür (47, 48).

Tactylon erkek kondomu: tactylon olarak adlandırılan styrene ethylene butylene styrene (SEBS) maddesinden üretilmiştir. Standart, torba şeklinde ve dar yapılı kondom olarak dizayn edilmiş 3 farklı şekli vardır. Standart

şekilde dizayn edilen silindir şeklinde rezervuar ucu olana bir lateks kondom benzeridir. Silikon bazlı kayganlaştırıcı ve kayganlaştırıcısız şekilde satılmaktadır. Dar yapılı tactylon kondomlar silikon bazlı kayganlaştırıcı içerir. Diğer kondomlara göre daha elastik ve %1000 uzayabilme özelliğine sahiptir. Torba şekilli tactylon kondomlar da açık uç standart şekildedir. Açık uçtan sonraki bölümde çapı genişler. Bu özellik daha konforlu kullanım ve daha az sıkışmaya neden olmaktadır. Tactylon kondomda daha az genital ağrı ve alerjik reaksiyon belirlenmiş ve latekse göre daha fazla tercih edilmektedir (47).

Trojan erkek kondomu: poliüretandan yapılmış olana bu kondomların silikonlu ve silikon ile Nonoksinol-9 ile kayganlaştırıcı eklenmiş iki şekli vardır. Gerilmeye, yırtılmaya lateksten daha dayanıklıdır (47).

eZon™ Erkek kondomu: termoplastik elastomerden yapılmış torba şeklinde silikon bazlı kayganlaştırıcı ve her iki tarafı da kullanılabilen bir kondomdur. Kondom gevşek bir kılıf ve buna iliştilmiş bir halka ve kelepçesinden meydana gelir. Bu kelepçe kondomu tutmaya yarar. Kondomun şaftı bu kelepçenin içine sarılmıştır ve kondomu takarken kendiliğinden açılır. Geleneksel kondomlardan farklı olarak penis üzerinde kaydırılarak yerleştirilir. Kondom her iki yöne çekilerek açıldığı için ters takma olasılığı yoktur. (47). Ezon kondomun kayma oranları lateks kondomlarla benzer, yırtılma oranı ise daha yüksektir (49).

Ortho-McNeil Termoplastik Elastomer kondom: Polyester poliüretandan yapılmıştır. Geleneksel lateks kondomlara benzer ancak daha incedir. Tüm kondom sıcak kalıp yöntemi ile poliüretan filminden üretilmiştir (47).

Natural Skin erkek kondomu: Koyun barsağından (çekum) yapılan ve tamamen doğal olan bu kondom beden ısısına lateks kondomlardan daha duyarlıdır. Yapıldığı kuzu-koyunun genç ya da yaşlı olmasına göre kalınlığı değişir ve standart bir boyutu yoktur. Su bazlı bir kayganlaştırıcı ile kullanılmalıdır. Doğal ürün olduğu için membranlarından cinsel yolla bulaşan hastalık etkenlerinin geçtiği gösterilmiştir. Sadece gebelikten korur ve oldukça pahalıdır (47).

Erkekler İçin Hormonal Kontrasepsiyon

Erkek kontrasepsiyonu amacıyla pek çok deneysel ve farmakolojik yöntem denenmiş olmasına rağmen en umut vaat edenleri hormonal kontraseptiflerdir. Erkek hormonal kontrasepsiyonunda yaklaşımlar hipotalamus, hipofiz ve testisler arasındaki endokrin feed-back mekanizmalarına dayanmaktadır. Temel yaklaşım spermatogenezisi baskılama ve sperm konsantrasyonunu azaltmaya dayanmakta ve azospermi yada sperm sayısını 1000000/mL nin altına indirerek kontraseptif etki oluşturma hedeflenmektedir.

Erkeklerde spermatogenezis Gonadotropin Releasing Hormonun (GnRH) düzenleyiciliğinde hipofizer gonadotropinlerin (FSH ve LH) etkisiyle testislerde gerçekleşir. Sperm üretimi ve testiküler testosteron üretimi o kadar iç içedir ki androjenleri inhibe etmeden spermatogenezisi engellemek olası değildir. Tek başına Folikül Stimulan Hormonun baskılanması (FSH) sperm konsantrasyonunda azalmaya yol açar ancak azospermi gerçekleşmez. FSH ve luteinizan hormonun (LH) birlikte baskılanması azospermiyle sonuçlanır ancak beraberinde libido, potens, erkek davranışları ve genel metabolik süreçte etkileyen androjen yetmezliği bulguları da gözlenir. Bu nedenle gonadotropinler inhibe edilirken beraberinde androjenlerinde verilmesi gerekmektedir (50).

Günümüzde erkek hormonal kontrasepsiyonu ile ilgili pek çok çalışma sürdürülmektedir. Bu çalışmalarda LH ve FSH supresyonu, intratestiküler testosteron azalması ve spermatogenezin atrofisi ve androjenitenin sağlanması için periferel testosteronun yerine konulması hedeflenmektedir. İlk bakışta testosteronun tek başına kullanılması gonadotropinlerin baskılamaya ve androjenik özellikleri korumaya yeter gibi görünse de yapılan çalışmalarda beyaz erkeklerin ancak üçte ikisinde azospermi oluşmuştur. Spermatogenezisi tümüyle baskılamak için gonadotropin releasing hormon analogları ve farklı tiplerde steroid kombinasyonları oral, transdermal, subkutan ve intramusküler olarak verilerek etkinliklerinin denendiği pek çok çalışma vardır. Bu çalışmaların çoğunda hafif akne,

duygu durumu değişiklikleri ve orta düzeyde kilo alma gibi yan etkiler belirlenmiştir. 2008 yılında yürütölen randomize plasebo kontrollö bir çalışmada bu yan etkilerin plasebo kullanan grupta da benzer olduğu gösterilmiştir (51). 30 araştırmanın sonuçlarını entegre ederek yorumlayan bir metaanaliz çalışmasında ilacı bıraktıktan sonra sperm sayısında geridönüşün olguların % 67'sinde ilk 6 ayda gerçekleştiği, 24 ayın sonunda ise tümünde sperm sayısı normale döndüğü belirlenmiştir (52). Sonuçta erkeklerde denenen hormonal kontraseptiflerle ilgili çalışmalarda geri dönüşün olduğu söylenebilir.

Erkeklerde Hormonal Kontraseptiflerle Yürütölen Klinik Araştırmalar

A-Sadece adrojen kullanımının denendiği klinik araştırmalar

Testosteron ilk kez 1930'larda sentezlenmesine ve etkileri bilinmesine rağmen erkek kontrasepsiyonu ile ilgili denendiği araştırmalar 1970'lerde başlamıştır. Bu araştırmalarda testostere enanthate, testostere buciclate, testostere undecanoate, testostere pellets, 19-Nortestosterone, 7alfa-methyl-19 nortestosterone çeşitli süre ve dozlarda ve çeşitli kullanım şekillerinde denenmiştir (50).

Bu çalışmalarda testostere'a spermatogenezi baskılama açısından Çinli erkeklerin beyaz erkeklerden daha fazla oranda olumlu yanıt verdiği belirlenmiştir. Bu etnik farklılık genetik faktörler yanı sıra beden kitlesi ve yağ oranları gibi nedenlerle açıklanmaya çalışılmaktadır. Beyaz erkeklerde spermatogenezi baskılamak için testostere'a gonodotropin releasing hormon antagonistleri veya gestagenler eklenmelidir. (53).

B- Androjenlerle GnRH analoglarının kullanımı

GnRH agonistleri ile testostere beraber kullanıldığında sperm sayısını yeterli oranda azaltmadığı belirlenerek GnRH agonistlerinin erkek kontrasepsiyonuna uygun olmadığı saptanmıştır. GnRH antagonistleri ile testostereonun birlikte kullanıldıği deneylerde ise azosperminin hızla geliştiği belirlenmiştir. Yeni geliştirilen GnRH antagonisti "Acycline"le bu amaçla çalışılmaktadır. Ancak bu cesaret verici sonuçlara rağmen günlük ya da haftalık enjeksiyonlar gerektirmesi ve maliyetini yüksek olması gibi dezavantajlara sahiptir (50).

C- Androjenlerle gestagenlerin kullanımı

Androjenlerle gestagenleri bir arada kullanmayı deneyen birçok çalışma vardır. Depo Medroksi Progesteron Asetat + 19-Nortestosterone, Levonogesterel+ testosterone enanthate, Levonogesterel+ testosterone undecanoate, Levonogesterel implant+ testosterone pellets, Norethisterone enanthate + testosterone undecanoate, Norethisterone acetate+ testosterone undecanoate, Cyproterone acetate+ testosterone undecanoate, Desogestrel+ testosterone enanthate, Etonogestrel implant+ testosterone pellet kombinasyonları ile klinik çalışmalar yürütülmüştür. Ancak 45 klinik deneyi değerlendiren Cochrane araştırması bu alanda yapılan araştırmaların randomize kontrollü olmadığını ve genellenemeyeceğini belirtince ilaç firmaları bu alanda araştırma yapmayı bırakmıştır (50). Oysaki Desogestrel+ testosterone enanthate, Etonogestrel implant+ testosterone pellet kombinasyonları faz III etkinlik araştırmalarında %90 oranında spermatogenesisi baskıladığı gösterilmiştir.

Gebelikten korunma konusunda kadınlar giderek daha fazla artan oranda sorumluluğu paylaşmak eğilimindedir. Yapılan çalışmalarda erkeklerin hormonal kontraseptif kullanabilecekleri de gösterilmiştir. Özellikle çeşitli ülkelerde yürütülen klinik araştırmalarda erkeklerin gereken semen örneklerini vermeye gönüllü olmaları da bu konuda bir istekliliğin göstergesidir. Ancak bu konuda erkeklerin öncülük yapacak liderler yanı sıra destekleme kampanyalarına da ihtiyaç vardır (40).

İmmunokontrasepsiyon

Gebeliğin aşı yoluyla önlenmesi olarak tanımlanabilecek immunokontrasepsiyon vücudun doğal immun yanıt mekanizmalarının kullanıldığı bir doğum kontrol yöntemidir. Metabolik ve endokrin yan etkilerinin olmaması, implant, araç-gereç yerleştirme gibi bir müdahaleyi gerektirmemesi uzun süreli ancak kalıcı olmayan gebelikten korunma sağlaması, koitustan bağımsız olması gibi özellikleri üzerinde çalışılan immunokontrasepsiyon etkin bir aşı geliştirildiğinde yaygın kullanım alanı bulacaktır.

Bu yaklaşım kapsamında gamet üretimi (gonodotropin-releasing hormon, folikül stimulan hormon ve lüteinizan hormon) gamet fonksiyonu (zona pellucida proteinleri ve sperm antigenleri) ve gamet çıktısı (human koriyonik gonodotropini- hCG) hedeflenerek aşı geliştirilmeye çalışılmaktadır (6,54)

Postpartum kadınlarda uzamış anovulasyon ve prostat kanserli erkeklerde GnRH immunokontrasepsitflerin kullanıldığı klinik araştırmalar yapılmıştır. Gamet üretimine yönelik immün yanıt geliştirme çalışmaları östrojen-testosteron yapımını da olumsuz etkileyeceğinden gamet üretimi üzerine aşı geliştirme çalışmaları umut vaat edici olmamıştır. Bu nedenle kadınlarda oositlere, erkeklere spermatositlere yönelen bir immün yanıt oluşturulması hedeflenmektedir (54).

Oosit antijenleri: özellikle sperm-oosit etkileşiminde rolü olan zona pellucida (ZP) üzerinde yoğunlaşarak oosit yüzey antijenleri (ZP1, ZP2, ZP3) ile porcine zona pellucida (pZP) proteini kullanılarak çalışmalar yürütülmüştür. Hayvan deneylerinde etkin olduğu belirlenmiştir. Oosit etrafındaki sperm reseptörleri geliştirilebnzona pellucida antijenleri ile bloke edildiğinde sperm hücreleri penetre olamaz fertilizasyon gerçekleşmez (6).

Spermatosit antijenleri: spermatozoa yüzeyindeki fertilizasyonla ilgili antijenler immunokontrasepsiyonda kullanılmaktadır. Lactate dehydrogenase C4, PH-20, sperm protein (SP)-10, fertilization antigen (FA)-1,FA-2, cleavage signal (CS)-1, NZ-1, ve Z-2 bir çok sperm antijeni aşı geliştirme çalışmalarında güçlü adaylar olarak yer almaktadır (55).

Embriyonun erken gelişim evrelerinde implantasyonu inhibe etme amacıyla hCGnin hedeflendiği bir aşı üretimine yönelik uzun yıllar çalışmalar yürütülmüştür. 3 ulusal ve uluslar arası kurum aşı geliştirme çalışmalarında bulunmaktadır. Dünya sağlık örgütünün desteklediği çalışmada bir doz aşının 6 ay süreyle gebeliği engelleyebildiği gösterilmiş ve Faz I ve II çalışmaları gönüllü kadınlarda yürütülmektedir (6, 54).

Genetikte olan gelişmeler aşı geliştirmeye de önemli katkılar sağlayacaktır.

Sonuç

Modern kontraseptif yöntemlerin kısa bir tarihsel geçmişi olması ve bu süreçte oral kontraseptifler çoğunlukla araştırılmasına rağmen yeni yöntemlerde hormonal kontraseptiflerin veriliş yolları ve içeriğine yönelik çalışmalar sıklıkla yürütülmüştür. Günümüzde ilaç ve araştırma şirketleri daha az klinik deney ve daha az masraf gerektirdiği için bilinen hormonal kontraseptif yöntemleri geliştirmeye yönelik çalışmalara daha fazla katılma eğilimindedirler.

Son yıllarda yeni kontraseptif geliştirme sürecine sadece kar amacı gütmeyen Population Council, Dünya Sağlık Örgütü gibi kuruluşlar destek vermektedir. Yeni bir kontraseptif geliştirme sürecini HIV/AIDS epidemisi ve azalan Dünya toplam doğurganlık hızı da etkilemiştir. HIV/AIDS epidemisini önlemeyi amaçlayan kadın ve erkek için ucuz, kolay kullanılabilir kondom gibi bariyer yöntemler ve tek başına veya bariyer yöntemlerle birlikte kullanılacak mikrobisitler de geliştirilmeye çalışılmaktadır. Günümüz HIV epidemisi sırasında sadece gebelik önlemeye odaklanmak araştırmacılara ve finanse eden gönüllü kuruluşlara etik dışı görünmektedir.

Bugün var olan ve geliştirilmeye çalışılan pek çok çeşitlilikteki gebelikten korunma yöntemleri çiftlerin kendileri için uygun olan en iyi seçimi yapma olanaklarını artırmaktadır. Ne yazık ki var olan hiçbir yöntem henüz mükemmel değildir. Hemen hepsinin yan etkileri vardır. Çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde yaşayan pek çok çiftin de karşılanmamış hizmet ihtiyacı da eklendiğinde etkili, yan etkileri az, kolay kabul görür bir/birçok yöntem gereksinim hep olacaktır.

Kaynaklar

- Glasier A. Historical perspective, contraception – past and future, Nature Cell Biology & Nature Medicine, s:3-6, www.nature.com/fertility [Erişim T:24.10.2010]
- World Contraceptive Use 2009, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, www.unpopulation.org [Erişim T:28.10.2010]
- D'Arcangues C, Vogelsong K. Future methods of fertility regulation. Training Course in Sexual and Reproductive Health Research, World Health Organization. Geneva, February 2009. http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_SRH_2009/Future_methods_fertility_regulation_dArcangues_Vogelsong_2009.htm [Erişim T:28.10.2010]
- Upadhyay UD. New contraceptive choices. Population Reports, Series M, No. 19. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project. April 2005, Volume XXXII, Number 3 <http://www.populationreports.org/m19/> [Erişim T:28.10.2010].
- Nieschlag E. Clinical trials in male hormonal contraception. Contraception, 82457–470, 2010.
- Rabe T. Contraception – update and trends. J Reproduktionsmed Endokrinol 2010; 7 (Special Issue 1): 18–38.
- D'Arcangues C. Future methods of fertility regulation. Training in Reproductive Health Research. World Health Organization, Geneva, 2006. http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2006/pdf/Future_Methods_Darcangues_2006.pdf [Erişim T:28.10.2010].
- Sivin I, Batar I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception:
- III. Intrauterine devices. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, April 2010;15:96–112
- <http://www.wildemeersch.com/en/gynefix> [Erişim T:25.10.2010]

- Xiaowen Z, Ying L, Xiaoqun J, Lu Q and Jianping L. Release of copper and indomethacin from intrauterine devices immersed in simulated uterine fluid. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, June 2010;15:205–212.
- Sivin I and Batar I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: III. Intrauterine devices. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, April, 2010;15:96–112.
- Andrade A, Wildemeersch D. Menstrual blood loss in women using the frameless FibroPlant® LNG-IUS. *Contraception* 79(2009)134–138.
- Wildemeersch D, Janssens D, Andrade A. The Femilis LNG-IUS: contraceptive performance-an interim analysis. *The European journal of contraception & reproductive health care*, 2009;14(2):103-10.
- O'Brien P, Marfleet CC. Frameless versus classical intrauterine device for contraception (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art.No.:CD003282. DOI:10.1002/14651858.CD003282.pub2.
- http://www.popcouncil.org/projects/89_CDB-2914IUS.asp [Erişim T:25.10.2010]
- Sitruk-Ware R, Nathb A. The use of newer progestins for contraception. *Contraception* 82 (2010):410–417.
- Zeun S, Lu M, Uddin A, Zeiler B, Morrison D, Blode H. Pharmacokinetics of an oral contraceptive containing oestradiol valerate and dienogest. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009; 14: 221–32.
- <http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/21700/SPC/Qlaira> [Erişim T:25.10.2010]
- <http://www.cerazette.co.uk/160/HCP-home> [Erişim T:25.10.2010]
- <http://www.bayerscheringpharma.com.tr/html/pdf/Yazz.pdf> [Erişim T:25.10.2010]

- Archer DF, Jensen JT, Johnson JV, Borisute H, Grubb GS, Constantine GD. Evaluation of a continuous regimen of levonorgestrel/ethinyl estradiol: phase 3 study results. *Contraception*, 2006; 74: 439–45.
- Ian S. Fräsera, Edith Weisberga et.al. An initial pharmacokinetic study with a Metered Dose Transdermal System® for delivery of the progestogen Nestorone® as a possible future contraceptive. *Contraception*, Volume 76, Issue 6, December 2007, Pages 432-438.
- Ramchandran, D. and Salem, R.M. “New Findings on Contraceptives,” *Population Reports*, Series M, No. 20. Baltimore, INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, June 2008.
- http://www.path.org/files/RH_depo-subq_brief.pdf [Erişim T:25.10.2010]
- Salem RM, Jacobstein R, Yacobson I, Spieler J, and Frazee E. (2010) Essential Knowledge About Hormonal Implants. Implants Toolkit.
- Available:
http://www.k4health.org/toolkits/implants/essential_knowledge/essential
[Erişim T:25.10.2010]
- http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/news/sino_implant.pdf
[Erişim T:25.10.2010]
- http://www.popcouncil.org/projects/115_OneYearCombVagRing.asp
[Erişim T:25.10.2010]
- http://www.popcouncil.org/projects/309_DualProtectionRing.asp
[Erişim T:25.10.2010]
- Freundl G, Sivin I and Batar I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: IV.Natural family planning.The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, April 2010;15:113–123.

- Beksinska M, Smit J, Joanis C, Usher–Patel M, Potter W. Female condom technology: new products and regulatory issues, Review Article, Contraception, 2010, (Article in Press), [http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(10\)00427-0](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(10)00427-0) [Erişim T:28.10.2010]
- Joanis C, Beksinska M, Hart C, Tweedy K, Linda J, Smit J. Three new female condoms: which do South – African women prefer? Contraception, 2010 (Article in Press) [http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(10\)00465-8](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(10)00465-8) [Erişim T:28.10.2010]
- Hou L, Qiu H, Zhao Y, Zeng X, Cheng Y. A crossover comparison of two types of female condom, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2010,108, 214 – 218.
- Peters A,Jansen W, Driel F V.The female condom:the international denial of a strong potential. Reproductive Health Matters 2010;18(35):119–128.
- Sivin I and Batar I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: I. Mechanical barrier contraception.T he European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, April 2010;15:67–88.
- <http://en.muvs.org/contraception/barriers/> [Erişim T:25.10.2010]
- SILCS diaphragm, Design history. http://www.path.org/files/TS_silcs_adv_pkt.pdf [Erişim T:25.10.2010]
- Vaginal Barriers, Supplement to Population Reports, New Contraceptive Choices, Series M, Number 19, April 2005, <http://info.k4health.org/pr/m19/supplements/vaginal.shtml> [Erişim T:25.10.2010]
- Batar I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: II.Chemical barrier contraceptives.The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, April 2010;15:89–95.
- <http://www.conrad.org/research-technologies.html>

- Anna Glasier. Acceptability of contraception for men: a review, *Contraception* 82: 453–456, 2010.
- Mieusset R, Bujan L. The potential of mild testicular heating as a safe, effective and reversible contraceptive method for men. *International Journals of Andrology* 17:186–191, 1994.
- Herdman J, Nakash A & Beedham T. Male contraception: Past, present and future. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, November 2006;26 (8):721–727.
- Waites GMH, Wang C, Griffin PD . Gossypol: reasons for its failure to be accepted as a safe, reversible male antifertility drug. *International Journal of Andrology* 21:8–12, 1998.
- Malcolm Potts and Martha Campbell. History of Contraception. *Gynecology and Obstetrics*, 6(8), 2002.
- Erin T. McNeill, Caroline E. Gilmore, William R. Finger, JoAnn H. Lewis, William P. Schellstede. The Latex Condom: Recent Advances, Future Directions.
<http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/booksReports/latexcondom/index.htm>
- [Erişim Tarihi: 24.10.2010]
- Terri L. Walsh, Ron G. Freziers, Karen Peacock, Anita L. Nelson, Virginia A. Clark, Leslie Bernstein, Brian G. D. Wrayall. Effectiveness of the male latex condom: combined results for three popular condom brands used as controls in randomized clinical trials. *Contraception* 70: 407–413, 2004.
- Caroline E. Gilmore. The development of Non-Latex Condoms. Chapter 7, In: Erin T. McNeill, Caroline E. Gilmore, William R. Finger, JoAnn H. Lewis, William P. Schellstede. The Latex Condom: Recent Advances, Future Directions.
<http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/booksReports/latexcondom/nonlatexcondom.htm> [Erişim Tarihi: 24.10.2010]

- Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF. Nonlatex vs. latex male condoms for contraception: a systematic review of randomized controlled trials. *Contraception* 68:319–326, 2003.
- Cook L, Nanda K, Taylor D. Randomized cross over trial comparing the eZon™ plastic condom and a latex condom. *Contraception* 63:25–31, 2001.
- Nieschlag E. Clinical trials in male hormonal contraception. *Contraception* 82:457–470, 2010.
- Mommers E, Kersemaekers WM, Elliesen J, et al. Male Hormonal Contraception: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *J Clin Endocrinol Metab* 93(7): 2572-2580, 2008.
- Liu PY, Swerdloff RS, Christenson PD, Handelsman DJ, Wang C. Rate, extent, and modifiers of spermatogenic recovery after hormonal male contraception: an integrated analysis. *The Lancet*, 367(9520): 1412 - 1420, April 2006.
- Nieschlag E. Male Hormonal Contraception: Love's Labour's Lost? *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 94(6): 1890 – 1892, 2009.
- Naz RK. Contraceptive vaccines. *Drugs*. 2005;65(5):593-603.
- Naz RK. Status of contraceptive vaccines. *Am J Reprod Immunol*. 2009 Jan;61(1):11-8.



TAPV

Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı
Turkish Family Health and Planning Foundation

Güzel Konutlar Sitesi A Blok D. 3-4 Ulus Mahallesi 34760 Etiler/İstanbul

Tel: 0212 257 79 41 Faks: 0212 257 79 43

e-posta: info@tapv.org.tr www.tapv.org.tr