

69571

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ANKARA ve ADANA İLLERİNDE AİLE
PLANLAMASI HİZMETİ VEREN 10 MERKEZDE
DEPO MEDROKSİ PROGESTERON ASETAT
UYGULANAN KADINLARIN İZLENMESİ**

DOKTORA TEZİ

Dr. AHMET AFŞAR

DANIŞMAN

Prof. Dr. REMZİ AYGÜN

ANKARA, 1998

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No:
TABLO DİZİNİ	iii
ŞEKİL DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇLAR	1
1.1. Giriş	1
1.2. Araştırmanın Amaçları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Enjekte Edilen Kontraseptif Türleri	5
2.2. Enjekte Edilen Kontraseptiflerin Etki Mekanizmaları	6
2.3. DMPA'nın Gelişimi	7
2.4. DMPA'nın Klinik Farmakolojisi	9
2.5. DMPA'nın Kontraseptif Etkisi	10
2.6. Diğer Jinekolojik Etkiler	11
2.7. Güvenilirlik	15
2.8. Postpartum DMPA Kullanımı	18
2.9. Kontraseptif Olmayan Klinik Yararlar	18
2.10. Kullanıcı Seçimi	19
2.11. Danışmanlık	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	24
3.1. Araştırma Bölgesi	24
3.2. Araştırma Tipi	24
3.3. Araştırma Zamanı	24
3.4. Araştırmanın Yürütüldüğü Kuruluşların Tanıtımı	24
3.5. Araştırmanın Uygulandığı Grup	25
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	26
3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formları	26
3.8. Uygulama ve İzlemede Kullanılan Standart Tanımlar	28

	Sayfa No:
3.9. Araştırmanın Uygulama Şekli	28
3.10. Veri Analizi	32
3.11. Araştırma Takvimi	32
3.12. Araştırmanın Bütçesi ve DMPA'nın Temini	33
3.13. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler	34
4. BULGULAR	35
4.1. Yönteme Başlayan Kadınların Genel Özellikleri ve Başlama Nedenleri	36
4.2. Yöntem Kullanımı	41
4.3. Yöntem Devamlılığı	52
4.4. Yöntem Bırakma	54
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	58
5.1. Yönteme Başlayan Kadınların Genel Özellikleri ve Başlama Nedenleri	58
5.2. Yöntem Kullanımı	60
5.3. Yöntem Devamlılığı	63
5.4. Yöntem Bırakma	65
6. ÖZET	68
7. SUMMARY	70
8. KAYNAKLAR	72
9. ÖZGEÇMİŞ	81
10. EKLER	84

TABLO DİZİNİ

	Sayfa No:
Tablo 3.1. DMPA Pilot Çalışmasının Yürütüldüğü Kuruluşlar	25
Tablo 3.2. DMPA Uygulamalarının İllere Göre Dağılımı	25
Tablo 3.3. DMPA Uygulamalarının Kurum Tiplerine Göre Dağılımı	25
Tablo 4.1. DMPA Kullanmaya Başlayan Kadınların Yaş, Eğitim ve Sağlık Sigortası Durumlarına Göre Dağılımları	36
Tablo 4.2. DMPA Kullanmaya Başlayan Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımları	37
Tablo 4.3. DMPA Kullanmaya Başlayan Kadınların Bazı Doğurganlık Özellikleri	38
Tablo 4.4. DMPA Kullanmaya Başlayan Kadınların Başka Çocuk İsteme Durumlarına Göre Dağılımları	38
Tablo 4.5. DMPA Kullanmaya Başlayan Kadınların Son Üç Ayda Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımları	39
Tablo 4.6. DMPA Kullanmaya Başlayan Kadınların Bu Yöntemi Seçme Nedenlerine Göre Dağılımları	39
Tablo 4.7. DMPA Kullanan Kadınların Bu Yönteme Başlama Zamanı	40
Tablo 4.8. DMPA Kullanan Kadınların Yöntemle İlgili Şikayetlerinin Dağılımı	42
Tablo 4.9. Yöntem Kullanıcılarının Yönteme Başlarken, Yöntem Kullanımının 6. Ayında Ve Bir Yıl Kullandıktan Sonra Ölçülen Ağırlık Ve Kan Basıncı Değerleri	43
Tablo 4.10. DMPA Kullanan Kadınların Adet Düzeni Değişiklikleri	45
Tablo 4.11. DMPA Kullanan Kadınların Yöntemden Memnuniyet ve Başkasına Tavsiye Etme Durumları	46
Tablo 4.12. DMPA'dan Memnun Olanlar Ve Olmayanların Yaş, Eğitim Ve Sağlık Sigortası Durumlarına Göre Karşılaştırılması	48
Tablo 4.13. DMPA'dan Memnun Olan Ve Olmayanların, Yaşayan Çocuk Sayısı Ve Başka Çocuk İsteğine Göre Karşılaştırılması	49

Tablo 4.14. DMPA'dan Memnun Olan Ve Olmayanların, Kanama Şikayetlerine Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 4.15. Yöntemi Altı Ay Kullanarak Üçüncü Enjeksiyona Gelen DMPA Kullanıcılarının Adet Düzensizliği Ve Şikayetlerinin Karşılaştırılması	50
Tablo 4.16. Yöntemi Altı Ay Kullanarak Üçüncü Enjeksiyona Gelen DMPA Kullanıcılarının Yaş Grubu, Eğitim Durumu Ve Başka Çocuk İsteği İle Şikayet Nedenlerinin Karşılaştırılması	51
Tablo 4.17. Araştırmanın 20. Haftasına Kadar Yönteme Başlayan Kadınların Yönteme Devamlılığı	53
Tablo 4.18. DMPA Bırakanlardan Bırakma Formu Doldurulanların Son Yaptırdıkları Enjeksiyon Sayılarına Göre Yöntemi Bırakma Nedenleri	55
Tablo 4.19. DMPA Kullanıcılarının Yöntemi Bıraktıktan Sonra Tercih Ettikleri Yeni Yöntemler	56
Tablo 4.20. DMPA'yı Bırakan Kadınların Yöntemi Bıraktıktan Sonra Tercih Ettikleri Yeni Yöntemler ve Bu Yönteme Başlamadan Önceki Üç Ayda Kullandıkları Yöntemlere Göre Dağılımları	57
Tablo 4.21. DMPA'yı Bırakanların Başka Çocuk İsteme Durumları	57

ŞEKİL DİZİNİ

	Sayfa No:
Şekil 2.1. Progesterone Ve MPA'nın Yapısal Formülü	9
Şekil 2.2. Çeşitli Kontraseptif Yöntemler İçin Tahmini Başarısızlık Hızları	11
Şekil 2.3. Üç Ayda Bir 150 mg DMPA Alan Kadınların Her Siklusta Kanama ya da Lekelenme Görülen Gün Sayılarına Göre Yüzde Dağılımları	12
Şekil 2.4. Gebe Kalmak Amacıyla Kontraseptif Yöntem Bırakan Kadınların Yöntemlere Göre Kümülatif Gebe Kalma Hızları	15
Şekil 3.1. Araştırmanın zaman çizelgesi	32
Şekil 4.1. Araştırmanın 20. Haftasına Kadar Yönteme Başlayan Kadınların Yönteme Devamlılığı	53

KISALTMALAR

AÇSAP	Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması
AVSC	Access to Voluntary and Safe Contraception
CYBH	Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
DMPA	Depo medroksi progesteron asetat
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FDA	Food and Drug Administration
HDL	High density lipoprotein
HIV	Human Immunodeficiency Virus
H.Ü.	Hacettepe Üniversitesi
ICPD	International Conference on Population and Development
IPPF	International Planned Parenthood Federation
LAM	Laktasyonel amenore metodu
LDL	Low Density Lipoprotein
MPA	Medroksi progesteron acetate
MR	Menstrüel regülasyon
PID	Pelvic inflammatory disease
RIA	Rahim içi araç
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TL	Tüp ligasyonu
UNFPA	United Nations Population Fund
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization

I. GİRİŞ VE AMAÇLAR

1.1. Giriş

Günümüzde kadın ve erkek için geliştirilmiş, son derece güvenilir ve sağlığa zararlı olmayan doğum kontrol yöntemleri kullanıma sunulmaktadır. Buna rağmen dünyada ve ülkemizde çiftlerin önemli bir bölümü hala etkin olmayan, güvenilirliği düşük ve bazen sakıncalı yollarla doğum kontrolü uygulamaya çalışmaktadırlar. Bu duruma neden olan bir çok faktör arasında kişilerin doğum kontrol yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, hizmete ulaşamamaları ve hizmeti veren sağlık personelinin bilgi eksiklikleri en önemli yeri tutmaktadır (1).

Ülkemizde yasadışı yollarla yapılan kürtajlar sonucunda pek çok annenin hayatını kaybettiğinin anlaşılması üzerine, 1950'lerin sonlarında Türk hükümetlerinin nüfus artışı konusundaki geleneksel tutumları değiştirmeye başlamıştır. Yüksek kentsel nüfus artışı ve istihdam sorunları da hükümetlerin bu konudaki tutumlarını değiştirmelerinde önemli rol oynamıştır. Nüfus politikasındaki bu değişimin öncülüğünü Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı yapmış ve önceki politikalar, gebeliği önleyici yöntemlerin sınırlı da olsa ithaline izin verecek şekilde değiştirilmiştir. Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun 1965 yılında kabul edilmiş ve yeni aile planlaması politikasını yürütme sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Bu tarihlerde Devlet Planlama Teşkilatı da Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda nüfus planlaması düşüncesini ele almıştır.

Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun, 1983 yılında yeniden gözden geçirilmiş ve daha geniş kapsamlı yeni bir kanun çıkarılmıştır. Bu yeni kanun ile, 10 haftaya kadar olan gebeliklerin kürtajla sona erdirilmesi ve gönüllü cerrahi kısırlaştırma yasallaştırılmış, yardımcı sağlık personelinin Rahim İçi Araç (RIA) uygulama konusunda eğitilmesi amaçlanmış ve aile planlaması ve

ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde bir dizi önlem alınmıştır.

Bugün devletin nüfus artışını kısıtlama yönünde sıkı tedbirlere başvuru olan nüfus planlaması yerine, istenen sayıda ve zamanda çocuk sahibi olmanın desteklendiği aile planlaması kavramı kabul görmektedir. Son yıllarda Türkiye'de aile planlaması uygulamaları, hizmet ağındaki genişlemenin ve yönetim desteğinin de olumlu etkileri ile önemli bir gelişme göstermektedir(8).

Aile planlaması kavramı her şeyden önce ailelerin çocuk sayısı ve zamanlaması kararlarını kendi imkan ve isteklerine uygun bir biçimde vermelerini sağlamaya yönelik çabaları ifade etmektedir. Aile planlamasının makro düzeydeki alternatifi "rasgele çocuk yapmadır." Rasgele çocuk yapma ailenin çocuk sayısı ve zamanlaması konusunda bir tercih oluşturamaması veya bu tercihi uygulamaya koyamaması anlamını taşımaktadır. Aile planlaması rasgele çocuk yapmanın hem bireysel düzeyde hem de toplumsal düzeyde istenmeyen sonuçlar verdiği temel varsayımına dayanır. O halde istenmeyen gebelik olgusu varsa, mutlaka aile planlaması da olacaktır.

Bir toplumda aile planlaması ihtiyacı bireysel ve toplumsal düzeyde istenmeyen gebeliklerin en aza indirilmesi ihtiyacından kaynaklanır. Aile planlaması politikası da istenmeyen gebeliklerin azaltılması için Devletin yapması gereken düzenlemeleri ifade eder(3).

Türkiye'de önemli ölçüde kontraseptif kullanımı olmasına rağmen, kullanıcıların yarısından çoğunun başarısızlık hızı yüksek olan geri çekme ve diğer geleneksel yöntemlerle korunduğu bilinmektedir. Ayrıca başta oral kontraseptifler olmak üzere bazı modern yöntemlerde bırakma hızları da yüksektir. Bunun sonucunda istenmeyen gebeliklerin sayısı da yüksek olmaktadır(4).

1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre evli çiftlerin %69.8'i artık çocuk istememesine rağmen yalnızca %34.5'i etkili yöntemlerle gebelikten korunmaktadır. Halen evli olan ve artık başka çocuk sahibi olmak

istemeyen ya da doğumların arasını açmak isteyen ancak bunlara karşın halen gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmayan kadınların %12.0, etkisi sınırlı yöntem kullanan kadınların %28.1 olduğu belirlenmiştir. Aile planlamasında karşılanamayan gereksinim olarak tanımlanan gebe kalmak istemediği halde herhangi bir yöntem kullanmayanlar ile, etkisi sınırlı yöntem kullananların toplamının %40.1 olduğu görülmektedir. Bu da istenmeyen gebeliklerin gerektiği ölçüde önlenemediğini göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı'nca düzenlenen "Türkiye'de Aile Planlamasının Yarını, Yeni Yaklaşımlar, Yeni Hedefler Konferansı'nda, Türkiye'de aile planlamasının genellikle etkisi sınırlı yöntemlere dayanması, kontraseptif seçeneklerin sınırlı oluşu, aile planlaması hizmetlerinin kalitesinde en çok bilgilendirme ve danışmanlık konularında olmak üzere boşluklar bulunduğu sonuçlarına varılmış, ana sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin daha etkin olması için bir strateji geliştirilmiştir. Bu strateji doğrultusunda, uzun etkili hormonal kontraseptiflerden implant ve enjekte edilen kontraseptiflerin ulusal aile planlaması programına alınması kararlaştırılmıştır. Böylelikle, ailelere sunulan kontraseptif seçenekler artacak, diğer modern kontraseptif yöntemlerden hoşnut olmayan ya da bunları kullanmayan kadınlar için korunma olanağı yaratılacak, etkili, modern kontraseptif yöntemlerin kullanımı artacaktır (4). Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejilerinin hazırlanmasında da aile planlaması programında yöntem çeşitliliğinin artırılması için Norplant ve depo enjeksiyonlar gibi yeni yöntemlerin uygulanmasının kontrol altında yaygınlaştırılması ve sürekliliğinin sağlanması benimsenmiştir(6).

Enjekte edilen kontraseptifler kullanıldıkları her yerde popüler olmuştur. Ülkemizde de kadınların %3.2'si enjekte edilen kontraseptifleri kullanmak istemektedir(2). Ancak kanama değişiklikleri, uzun etkili progestin yöntemlerine yönelik hoşnutsuzluğun önde gelen nedeni olmayı sürdürmektedir. Kadında gebe olduğu kaygısına neden olduğundan amenore belki de en önemli sorundur. Uzun süren kanama ya da lekelenme şeklindeki kanamalar da özellikle sosyal ya da dinsel törelerin adet gören kadınların

faaliyetlerini kısıtladığı yerlerde sorun yaratabilmektedir. Bu durumda enjekte edilen kontraseptiflerin yaygın olarak sunulmaya başlanmasından önce bu yöntemlerin kabul edilebilirliğini ve uygulamada karşılaşılabilecek problemleri ortaya koyacak çalışmalara gerek duyulmaktadır.

1.2. Araştırmanın amaçları:

- Bir aile planlaması yöntemi olarak DMPA'yı seçen kadınların demografik özelliklerini,
- DMPA kullananların bu yöntemi seçmesine etki eden faktörleri,
- DMPA kullanıcılarında karşılaşılabilecek yan etki ve komplikasyonları,
- Kullanıcıların DMPA'dan memnuniyet durumlarını ve
- Yönteme devamlılığını saptamaktır.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. Enjekte Edilen Kontraseptif Türleri

Enjekte edilen kontraseptifler güvenilir, etkili ve kolay kullanılabilir yöntemlerdir. Sunulmaya başlandığından beri pek çok çift tarafından seçilmiştir. Bu yöntemler cinsel ilişkiden bağımsız olarak kullanılmakta ve kadınların belirli aralıklarla enjeksiyon yaptırmaya gitmekten başka bir çaba harcaması gerekmemektedir.

Enjekte edilen kontraseptiflerin sınıflanmasında kullanılacak yöntemlerden biri etkinlik süresidir. Enjekte edilen Preparatlar 1,2 ya da 3 aylık etkinlik süresi sağlayacak sentetik hormonlar içerirler.

- **DMPA (depot-medroxiprogesterone acetate)** en uzun etki süresine sahip olan preparattır. Ticari adıyla Depo Provera® olarak bilinir Kontraseptif etkisinden yararlanmak için kas içine üç ayda bir kez 150 mg dozunda uygulanır. Progesteron hormonunun sentetik bir formudur. İçinde östrogen bulunmadığı için buna bağlı yan etkilerden de arınmıştır. Enjeksiyonun yapıldığı bölgeden çok yavaş olarak salınır ve bu nedenle uzun bir etkinlik süresi vardır. 150 mg'lık DMPA enjeksiyonu kontraseptif etkisini 14 hafta kadar sürdürebilir(18).
- **NET-EN (norethisterone enanthate)** yine sadece progestin içeren bir preparattır. Dünya Sağlık Örgütü'nün bir çalışmasında 60 günde bir uygulandığı zaman iki yıllık kullanım sırasındaki gebelik hızının her yüz kadın için 0.4 olduğu gösterilmiştir ki bu da DMPA ile karşılaştırılabilir bir başarı düzeyidir. 84 gün arayla uygulandığında bu hız 1.4'e çıkmaktadır. Önerilen şema 200mg NET-EN'in 2 aylık aralıklarla uygulanmasıdır (32).
- **Aylık Enjeksiyon Preparatları:** Bunlar da pek çok ülkede uzun bir süreden beri kullanılmakta olan popüler yöntemlerdir. Bu preparatlarda

diğerlerinden farklı olarak progestin-estradiol karışımları bulunur. Bu karışımın aylık olarak uygulanması ile kullanıcıların düzenli olarak adet görmeleri sağlanmaktadır. Ancak diğer yandan tıpkı kombine oral kontraseptiflerde olduğu gibi östrogene bağlı yan etkilerin görülmesine de neden olmaktadır. Ülkemizde Mesygina® adıyla pazarlanmaktadır.

Enjekte edilen kontraseptifler en etkili yöntemlerdendir. DMPA kullanan kadınların yüzde 1'den azı bir yıl içinde gebe kalmaktadır. Enjekte edilen kontraseptifler için gerçek ve teorik başarısızlık hızlarının her ikisi de düşüktür ve neredeyse tüp ligasyonu ile başa baş gitmektedir (18). Diğer yöntemlerin çoğunda teorik ve gerçek başarısızlık hızları çok farklıdır. Enjekte edilen kontraseptiflerin gerçek başarısızlık hızlarının da çok düşük olması bu yöntemlerin kullanıcıya çok fazla bağımlı olmamalarına bağlıdır. Hap, kondom, diyafram, takvim, geri çekme... gibi yöntemlerde kullanıcıların davranışları yöntemin başarısını büyük ölçüde etkilerken, Enjekte edilen yöntemlerde kullanıcıların zamanında gidip yeni bir enjeksiyon yaptırmaları yöntemin başarısı için yeterli olmaktadır (32).

2. 2 Enjekte Edilen Kontraseptiflerin Etki Mekanizmaları

Enjekte edilen kontraseptiflerin gebeliği önleyici etkileri çeşitli mekanizmaların çalıştırılması (ya da durdurulması)na bağlıdır. Sadece progestin içeren ya da östrogen katkısı da olan enjekte edilen kontraseptiflerin başlıca etkileri ovulasyonu durdurmalarıdır. Enjekte edilen kontraseptifler hipotalamus ve hipofiz bezlerini inhibe ederler. Bunun sonucunda da Follikül Stimüle edici Hormon ve Lüteinleştirici Hormon salınımı azalır ve ovulasyon durur.

Buna ek olarak servikal mukusun kalınlığını ve kıvamını da artırır ve sperm geçişine karşı mekanik bir bariyer oluştururlar. Böylece ovulasyon olsa bile spermlerin yumurtayı döllemesi engellenmiş olur.

Sadece progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler (DMPA ve NET-EN) endometriumu inceltir ve yumurta fertilize olsa bile implantasyonu engelleyerek olası bir gebelikten korurlar.

2.3 DMPA'nın Gelişimi

Geliştirildiği Amerika Birleşik Devletlerinde DMPA için Yeni İlaç Başvurusu 1967'de yapıldı. 1973'te FDA'nın Jinekoloji ve Obstetrik Danışma Kurulu, DMPA'nın diğer yöntemleri kullanamayan kadınlar için bir alternatif olarak onaylanmasını önerdi. İnsanlar için önerilen dozun 25 katı DMPA verilen "beagle" köpeklerinde meme dokusunda invaziv adenokarsinom gelişme insidansı arttığından ve rezüs maymunlarında uterin karsinom geliştiğinden FDA kontraseptif onayı vermeyi erteledi. (10,11) 1975'te Jinekoloji ve Obstetrik Danışma Kurulu, sınırlı bir grup kadında DMPA'nın kontraseptif olarak kullanımının onaylanmasını yine önerdiyse de meme kanseri konusundaki şüphelerden ötürü başvuru 1978'de resmen reddedildi.

DMPA bazı ülkelerde kontraseptif olarak onaylandıktan birkaç yıl sonra 1979'da, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 11000 DMPA kullanıcısı üzerinde 9 yıl sürecek uluslararası bir vaka-kontrol araştırması başlattı(12,13,14). Tayland, Meksika ve Kenya'da DMPA kullanımının meme, endometrium, over ve serviks kanserleriyle ilişkisi araştırıldı. Bu arada 1986'da ABD'de eski başvuru geri çekilerek bu araştırmanın sonuçları beklendi.

1991 ve 1992'de yayınlanan araştırma sonuçlarına göre DMPA kullanan kadınlarda meme kanseri riski artmıyordu. 1.21 olan rölatif risk (%95 güvenilirlik aralığı 0.96-1.52) istatistiksel olarak anlamlı değildi. 35 yaşın altındaki kadınlarda kısa süreli kullanım (3 ay ya da daha az) ile risk en fazlaydı ve kullanım süresi uzadıkça azalıyordu. DSÖ araştırmacıları kendi bulgularının, DMPA ve oral kontraseptiflerle yapılmış diğer çalışmalarla uyumlu olduğunu gördüler. (15,16)

Bu çalışmada ayrıca DMPA'nın, bırakıldıktan sonra en az 8 yıl süre ile endometrial kanser riskini belirgin şekilde azalttığı ortaya çıktı. DMPA bu riski oral kontraseptiflerden daha fazla azaltıyordu.

DMPA'nın serviks ya da epitelyal over kanseri riski üzerinde etkisi yoktu. Oral kontraseptif kullanımının, muhtemelen ovulasyonu baskılayarak over kanseri riskini azalttığı bilindiğinden; DSÖ araştırmasının bu bulgusu bir

kez daha sorgulandı. Doğum yapmamış kadınlarda over kanseri riskinin daha fazla olduğu bilinmektedir. (17) Ancak DSÖ'nün araştırmasında vakaların çoğu, doğum yapmamış kadınların DMPA kullanmasına izin verilmeyen Tayland'dandı. Bu nedenle DSÖ araştırmacıları, DMPA'nın termde gebeliğin sağladığından daha fazla bir koruma sağlamıyor olabileceğini düşündüler.

Bütün bunların sonucunda, progesteron içeren ajanların yüksek dozlarda dişi beagle köpeklerinde meme tümörü yaptığı anlaşıldığından beagle köpeklerinin steroid hormonlar için uygun deney hayvanları olmadıkları anlaşıldı. Bu köpeklerin steroid hormonlara reseptör düzeyindeki yanıtlarının da insanlardakinden farklı olduğu bulundu. DSÖ araştırmasına ve bu bulgulara dayanarak FDA, DSÖ ve diğer ülkelerin yetkili kuruluşları beagle köpeklerinde steroid kontraseptiflerle ilgili karsinogenezis araştırmalarına artık gerek olmadığına, çünkü bunların sonuçlarının insanlara uyarlanamayacağına karar verdiler.

Yasal onay Son elde edilen bulguların yer aldığı Yeni İlaç Başvurusu 30 Nisan 1992'de FDA'ya sunuldu. 19 Haziran 1992'de FDA'nın Doğurganlık ve Anne Sağlığı İlaçları Danışma Kurulu DMPA'nın kontraseptif olarak kullanımının onaylanmasını önerdi. FDA DMPA kullanımını 29 Ekim 1992'de, klinik araştırmaların başlamasından 29 yıl sonra onayladı. Bu sayede ABD'li kadınlar; dünyanın 90 ülkesinde 30 milyon kadın tarafından kullanılan yöntemi elde etme şansına kavuştular. Bu ülkelerin arasında Fransa, Almanya, İsveç ve İngiltere gibi çok titiz davranan yetkili kurumları olan ülkeler de yer almaktadır. 30 milyon kadının ise 100 000'inden fazlası ilacı 10 yıl ya da daha fazla süre ile kullanmıştır(18).

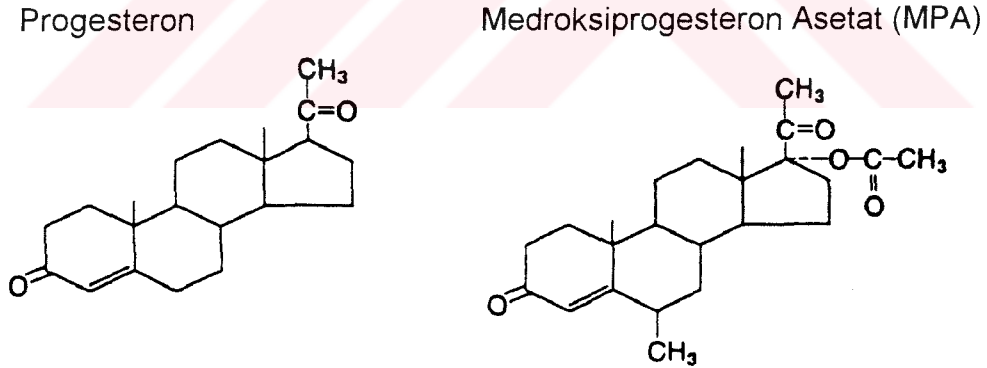
DMPA'nın Avustralya'da selektif olarak (19), Yeni Zelanda'da ise yoğun biçimde (20,21) kullanılmasına karşın, klinik deneyimlerin çoğu gelişmekte olan ülkelere elde edilmiştir. DMPA'nın kullanım kolaylığı, etkinliği ve uzun süreli kontraseptif etkisi onu pek çok kadının gözünde çekici hale getirirken politik sansüre uğramasına da neden olmuştur. Gelişmiş ülke hükümetlerinin, yeterli danışmanlık hizmeti alamayan üçüncü dünya ülkelerinin kadınlarında enjektabl kontraseptiflerin kullanılması için baskı

yaptıkları ileri sürülmüştür. DMPA'nın bırakıldıktan sonra bir süre devam eden kontraseptif etkisi nedeniyle, yanlış olarak kalıcı kısırlığa ve istenmeyen sağlık sorunlarına yol açtığı iddia edilmiştir.

2.4 DMPA'nın Klinik Farmakolojisi

Farmakokinetik. MPA, yapısı doğal progesteronunkine benzeyen bir karbon 21 17-asetoksigesterondur. (Şekil II.1) 150 mg MPA sıvı bir mikrokristal süspansiyonu olarak derin gluteal ya da deltoid bölgeye enjekte edildiğinde; kontrasepsiyon sağlayan plazma düzeyine 24 saatte, 15-25 µg/ml'lik pik düzeye ise 20 gün içinde ulaşır. (22,23) Mikrokristallerin çözünürlüğü düşük olduğundan enjeksiyon yerinden absorpsiyon yavaş olur, bu da dolaşımında daha uzun süre aktif progesteron bulunmasına yol açar. Enjeksiyondan en az 14 hafta sonrasına kadar korunma sağlamaya yeterli plazma düzeyleri korunur. 3 ayda bir yapılan intramüsküler MPA enjeksiyonları sırasında plazma ilaç konsantrasyonu artış göstermez. (24)

Şekil 2.1. Progesterone ve MPA'nın yapısal formülü (18).



MPA'nın depo kontraseptif kullanım için hazırlanmış tek doz, 150 mg/ml 1 ml'lik flakonları vardır. Enjeksiyon sırasında 21 ya da 23 gauge iğne kullanılmalıdır. Daha yüksek konsantrasyondaki (400 mg/ml) depo formülasyonu endometriyum ve böbrek kanserlerinin tedavisinde kullanılır. Farmakokinetik çalışmalar, yüksek konsantrasyonlu formülasyonun

biyoyararlanımının düşük olduğunu göstermiştir. (25) Bu nedenle DMPA'nın 400 mg/ml solüsyonu kontrasepsiyon amaçlı kullanılmamalıdır.

Etki Yolu. Oral kontraseptiflerde olduğu gibi, DMPA da ovulasyonu inhibe eder. DMPA enjeksiyonundan sonra plazma FSH ve LH düzeyleri düşer, LH salınımı ise gerçekleşmez. (26) Uzun süredir DMPA kullanan kadınlarda plazma estradiol düzeyleri, ovulasyonu olan kadınların erken foliküler fazındakine benzer düzeylerde dir. (27)

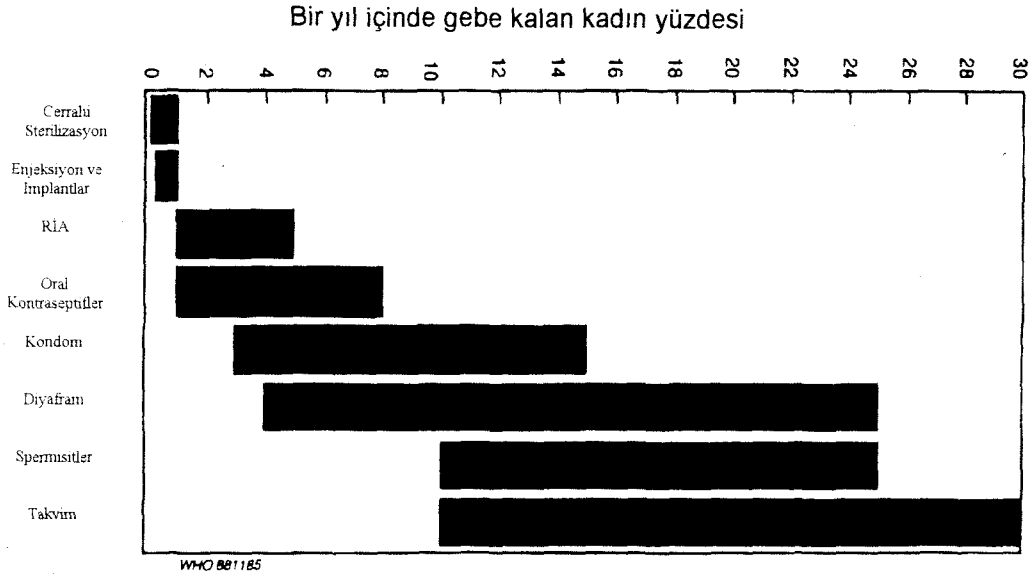
2.5 DMPA'nın Kontraseptif Etkisi

Etkinlik. Dünyada genellikle kullanıldığı şekliyle 3 ayda bir yapılan 150 mg DMPA enjeksiyonlarının kontraseptif etkinliği %99'un üzerindedir. Bu oran geri dönüşlü kontraseptifler içinde belki de en yükseğidir. Hem beklenen başarısızlık hızı, hem de tipik kullanıcı başarısızlık hızı yılda %1'in altındadır (Şekil II.2). 1986'da yayınlanan, DSÖ'nün desteklediği çok merkezli bir araştırmada bu enjeksiyon şemasının kullanıldığı 607 kadında (452 kadın-yıl) hiç gebelik bildirilmemiştir. (28) Başka çalışmalarda başarısızlık (yani bir yıl süre ile DMPA kullanan kadınlarda gebe kalma olasılığı) 100 kadın-yılda 0.1'den 0.7'ye kadar değişen oranlarda bulunmuştur. (29)

DMPA'nın kontraseptif etkinliği, kullanıcının kilosundan ya da diğer ilaçların kullanımından etkilenmemektedir(18).

Enjeksiyonların uygulanma zamanı. DMPA kullanımına başlamak için en uygun zaman menstruasyonun başlangıcından itibaren 5 gün içinde uygulanmasıdır. Böylece kadının gebe olmadığı garanti altına alınmış olur ve ovulasyon ilk aydan itibaren engellenir. (30) Tek doz DMPA enjeksiyonundan sonra ovulasyon en az 14 hafta boyunca inhibe olur. (31) Bu nedenle, bir önceki DMPA enjeksiyonundan beri 14 haftadan (ya da 98 günden) fazla bir zaman geçmişse gebelik ekarte edilmelidir.

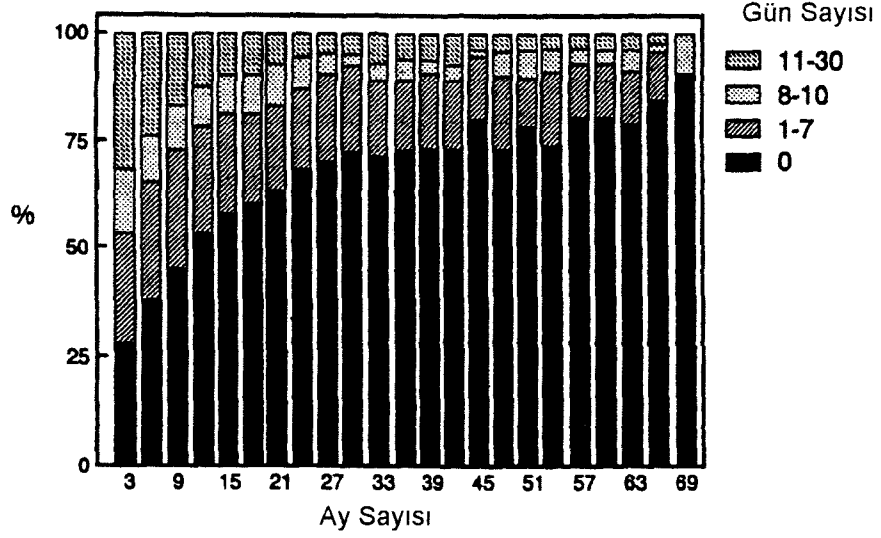
Şekil 2. 2. Çeşitli kontraseptif yöntemler için tahmini başarısızlık hızları (32).



2.6 Diğer jinekolojik etkiler

Menstrüel değişiklikler. DMPA kullanan kadınların hemen hepsinde menstrüel değişiklikler görülür. İlk aylarda 7 günden fazla süren düzensiz lekelenme ve kanama sık görülür. Postpartum DMPA'ya hemen başlanan kadınların çoğunda ilk ayda lekelenme ve kanama olduğu bildirilmiştir. (33) Ancak kullanıma devam edildikçe lekelenme ve kanama episodlarının sıklığı ve süresi azalır, amenore görülmesi artar. 1 yıl süre ile DMPA kullanan kadınların yaklaşık %50'sinde amenore gelişir. (34, 35)(Şekil II.3)

Şekil 2. 3. Üç ayda bir 150 mg DMPA alan kadınların her siklusta kanama ya da lekelenme görülen gün sayılarına göre yüzde dağılımları (36)



Menstrüel değişiklikler DMPA'dan memnun kalmamanın ve yöntemi bırakmanın en yaygın nedenidir. Ancak kadının dikkatle seçilmesi, yöntem başlamadan eğitim verilmesi ve destekleyici bir izlem yapılması yöntem devamsızlığı önemli ölçüde azaltır. Gerçekte DMPA kullanan çoğu kadın amenoreyi yöntemin istenen etkilerinden biri olarak görmektedir.

Kanama düzensizliklerinde izlenecek yol. Uzamış kanama, aşırı kanama ya da amenore gibi kanama düzensizliklerinin olduğu durumlarda başvurulacak en önemli yol danışmanlıktır. Bir kadın farklı kontraseptif yöntemlerin özelliklerini yöntem sunanlarla tartışırken ona kanama düzensizliklerinin görülme olasılığı ve bunların önemi konusunda bilgi verilmelidir.

İlk DMPA enjeksiyonu yapılmadan önce her kullanıcı, adet düzensizlikleri ve diğer yan etkiler hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Kadınlar bazı adet değişikliklerinin sıklıkla görüldüğünü, bunların hastalık ya da ciddi bir sorunun işareti olmadığını anlamalıdır. Kullanıcılara, enjeksiyonlar başladıktan sonra da istedikleri zaman danışmanlık ve bilgi alma güvencesi sağlanmalıdır.

Daha önce de belirtildiği gibi, DMPA kullanımının ilk 6 ayında kullanıcıların yaklaşık %25'inde uzamış kanama görülebilir. Daha sonraki aylarda bu oran gittikçe düşer. Az sayıda kişide aşırı kanama meydana gelir ve kullanıcı için ciddi bir sorun yaratabilir. Çok aşırı kanama olasılığı da kullanım süresinin uzamasıyla birlikte azalır. Bir kadında aşırı kanama varsa gebelik (özellikle dış gebelik), düşük, pelvik inflamatuvar hastalık ve diğer jinekolojik hastalıklar ekarte edilmelidir.

Kullanıcı uzamış ya da aşırı kanamadan yakınıyorsa bu sorun hiç bir zaman göz ardı edilmemeli ya da önemsiz sayılmamalıdır. Çoğu durumda danışmanlık tek başına yeterli olabilir. Ancak bazı durumlarda kullanıcı ya da sağlık personeli tarafından kanamanın tıbbi tedavi gerektirecek kadar ağır olduğu sonucuna varılabilir.

DMPA sunulan kurumlarda aşırı kanamanın tedavisi de yapılabilir. Bunun için önerilen tek bir yöntem yoktur.

Aşırı kanamada tedavi seçenekleri. Enjekte edilen kontraseptif kullanan bir kadında düzensiz kanama için tıbbi müdahale nadiren gerekir. 10 ile 21 gün boyunca kullanılacak oral estrogen (1.25 mg konjuge estrogen ya da 2 mg estradiol) kanamayı azaltır ya da keser. (35) Ancak estrogen kesildikten sonra genellikle kanama tekrarlar. Sürekli ve aşırı kanamaya bağlı anemi gelişmediği sürece danışmanlık vermek estrogen tedavisinden daha önemlidir. Ağır ve ısrarlı kanama durumunda vajinit, servisit ve servikal lezyonu ekarte etmek için jinekolojik muayene yapılmalıdır.

Önerilerden biri 21 gün boyunca her gün 1 adet düşük dozlu kombine oral kontraseptif vermektir. Kanama daha ağır görünüyorsa her 12 saatte bir düşük dozlu kombine oral kontraseptif verilebilir. Kanama durunca tedaviye son verilebileceği gibi, her gün bir hapla devam edilerek 21 güne tamamlanabilir. Kanama devam ederse kombine oral kontraseptife 2-3 siklus boyunca devam edilebilir.

Bir önceki enjeksiyonun üstünden en az 4 hafta geçtikten sonra yapılmak koşulu ile erken bir DMPA enjeksiyonu da kanamayı azaltabilir.

Alternatif bir tedavi de İbuprofen gibi nonsteroid anti inflamatuvarların (Aspirin dışında) kullanılmasıdır. İbuprofen için en çok önerilen günde 3-4 kez 200 mg'dır.

Ağır kanaması olanlarda anemi gelişmesini önlemek için demir preparatları önerilebilir. DMPA kullanıcılarında MR ya da D/C yapılması genellikle gerekli değildir.

Danışmanlık ve tedaviye rağmen aşırı kanama hasta için sorun olmaya devam ederse DMPA uygulaması durdurulabilir.

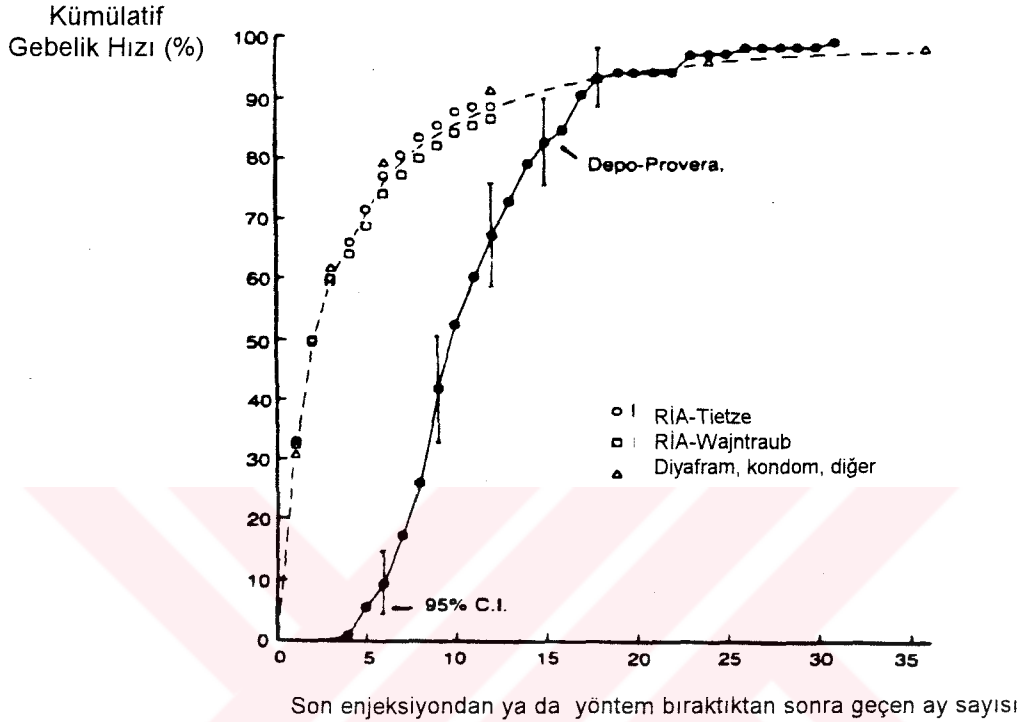
DMPA kullanımına çoğunlukla eşlik eden menstrüel değişikliklerden rahatsız olan kadınlar başka bir yöntem seçmeleri için bilgilendirilmelidir. Genellikle bu rahatsızlık, kadının kanama düzensizliğini gebelik ya da jinekolojik bir hastalığa bağlamasından kaynaklanır. Yöntemi sunan sağlık personeli bilgili ve destekleyici ise, kullanıcılar izlem muayeneleri ve danışmanlık için rahatça gelebiliyorsa yöntemin kabulü ve kullanımı artabilir. Enjektabl kontraseptif kullanıcılarında görülen memnuniyetsizlik, kadın yöntemi bıraktığında ona daha iyi hizmet verilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Doğurganlığın geri dönüşü. DMPA'nın uzamış kontraseptif etkisi, ovulasyonu geri dönüşsüz olarak baskılayabileceği şüphesine yol açmıştır. Bu şüpheler bazı klinisyenlerin ve aile plânlaması programlarının, 20 yaşın altındaki ya da doğum yapmamış kadınlarda DMPA kullanımını kısıtlamalarına neden olmuştur. Ancak DMPA'nın doğurganlık üzerinde kalıcı bir etkisi yoktur.

Çeşitli kontraseptif yöntemleri bırakmış 1258 kadın üzerinde yapılan ve koruyuculuk oranlarını değerlendiren büyük bir çalışmada, oral kontraseptifleri bırakan kadınlarda gebeliğin ortalama 3 ay, RİA'yı bırakanlarda ise 5 ay gecikmesine karşın DMPA'yı bırakanlarda 9 ay geciktiği bulunmuştur.(Şekil II.4) (37) Ancak DMPA'yı bırakanların %70'i ilk 12 ay içinde, %90'dan fazlası ise ilk 24 ay içinde gebe kalmıştır. 2 yıllık izlem sonucu enjektabl, oral ve intrauterin yöntem bırakanların doğurganlık hızları

benzer bulunmuştur. Doğum yapmamış kadınlar ve DMPA'yı yıllarca kullanmış olanlarda doğurganlık, diğer kadınlarla aynı hızda geri dönmüştür.

Şekil 2. 4. Gebe kalmak amacıyla kontraseptif yöntem bırakan kadınların yöntemlere göre kümülatif gebe kalma hızları (37).



DMPA'ya başlamadan önce kullanıcılar, yöntemi bıraktıktan sonra ovulasyon baskılanma süresinin uzayabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Doğurganlığa kalıcı bir etkisinin olmamasından dolayı DMPA, uzun süreli korunma isteyen gençler ve doğum yapmamış kadınlar için de uygun bir seçenektir.

2.7.Güvenilirlik

Kemik dansitesindeki değişiklikler. En az 5 yıl boyunca DMPA kullanan 30 kadın üzerinde yapılan kesitsel bir araştırma, bu kadınlarda kemik dansitesinin DMPA kullanmayanlardan daha az, ancak menopozdaki kadınlardan daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. (38) DMPA kullanıcılarında klinik osteoporoz belirtisi (kırık gibi) görülmemiş, kemik dansitesindeki azalmanın da yöntemi bıraktıktan sonra düzeldiği gözlenmiştir.

Uzun süreli DMPA kullanımında görülen kemik dansitesi azalması, overlerin estradiol üretiminin baskılanmasına bağlı olabilir. (23) FDA Doğurganlık ve Anne Sağlığı İlaçları Danışma Kurulu, kemik dansitesi hakkında prospektif veriler elde etmek için uzun süre DMPA kullanan kadınlar üzerinde faz 4 (postmarketing) araştırmalar yapılmasını önermiştir. Kurul ayrıca danışmanlık hizmeti verilirken bu durumun belirtilmesini önermiştir.

Plazma lipid düzeylerine etkisi. Progestinler düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeylerini artırırken yüksel dansiteli lipoprotein (HDL) düzeylerini azaltırlar. DMPA'nın plazma lipid düzeylerine etkisini araştıran çalışmalar çelişkili sonuçlar vermiştir. Bazı çalışmalarda DMPA'nın önemli bir etkisi olmadığı bulunurken diğerlerinde istenmeyen lipid değişiklikleri bildirilmektedir. (26,39,40,41,42,43)

Çok merkezli kesitsel bir araştırmayla uzun süreli DMPA kullanımının lipid metabolizmasına etkisi değerlendirilmiştir. (40) 3-9 yıl süreyle 3 ayda bir 150 mg DMPA kullanan 50 kadın 120 RİA kullanıcısıyla karşılaştırılmıştır. Bulgular merkezlere göre değişiklik göstermekle birlikte, DMPA kullanıcılarının LDL düzeyleri RİA kullanıcılarından daha yüksek, HDL düzeyleri ise daha düşük bulunmuştur. Araştırmacılar, uzun süreli DMPA kullanımının lipid metabolizmasında ateroskleroz yönünden istenmeyen orta derecede değişikliklere yol açtığı sonucuna varmışlardır. Potansiyel bir kullanıcı için yöntemin yararları ve zararları değerlendirilirken bu durum akılda tutulmalıdır.

Teratojen etki. Ölçülebilir plazma DMPA konsantrasyonlarının varlığında gebe kalma olasılığı çok düşük olduğundan, teratojenik risk taşıyan gebelikler çok az görülür. Bulguların gözden geçirilmesi, kontraseptif dozlarda DMPA kullanımının konjenital anomali riskini artırmadığını göstermektedir. (9, 44, 45)

Karsinogenezis. Daha önce de belirtildiği gibi, DSÖ verileri DMPA kullanımı ile meme, serviks, endometrium ve epitelyal kanserler arasında bir

ilişki olmadığını kanıtlamaktadır. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar da benzer sonuçlar vermektedir. (12,13,14,46,47,48,49,50,51)

Diğer klinik etkiler. DMPA kullanımı sırasında bazı yan etkiler görülmektedir. Baş ağrısı, baş dönmesi, akne, memelerde şişlik, duygulanım değişiklikleri (depresyon ve libido azalması da dahil) ve saç dökülmesi görülebilir. (52,53,54) DMPA kullanan kadınların ağırlığı kullanmayanlara göre ortalama 2.3 kg daha fazla artmaktadır. (55)

Metabolik etki. Oral kontraseptif kullanıcılarında olduğu gibi DMPA kullananlarda da glukoz toleransı bozulabilir. Ancak glukoz metabolizmasında klinik olarak önemli değişiklikler görülmemektedir. (56) Diğer hormonal kontraseptiflerde olduğu gibi diyabet öyküsü olan kadınlar (gestasyonel diyabet de dahil) DMPA kullanımı sırasında dikkatle izlenmelidir.

DMPA kullanımı sırasında karaciğer fonksiyonlarında klinik olarak önemli değişiklikler olmaz. (57) Danimarka'da viral hepatitin endemik görüldüğü intravenöz ilaç bağımlıları arasında yapılan bir araştırmada, DMPA kullananlar karaciğer fonksiyon testleri ile düzenli olarak izlenmiş, ancak hepatotoksisite bulgusuna rastlanmamıştır. (58) Primer biliyer sirozlu ve kronik hepatitli hastalar üzerinde yapılan küçük bir çalışmada ise oral MPA kullanımının karaciğer fonksiyonlarını iyileştirdiği bulunmuştur. (59)

DMPA'nın yüksek dozları cushingoid yüz görünümüne yol açsa da, kontraseptif dozlar hipotalamus-pituiter-adrenal aksında klinik olarak önemli glukokortikoid fazlalığına ya da baskılanmasına yol açmazlar. DMPA kullanımı sırasında klinik olarak önemli pıhtılaşma bozuklukları da görülmemektedir (39). Karaciğer fonksiyonlarını ve pıhtılaşmayı etkilememesi, DMPA'nın hepatic ya da tromboembolik hastalığı olan kadınlar için uygun bir seçenek olabileceğini düşündürmektedir. Ancak preparatın prospektüsünde bu durumlar kontrendikasyon olarak belirtilmektedir.

2.8. Postpartum DMPA Kullanımı

DMPA'ya postpartum hemen başlanması güvenli gibi görünmektedir. (60,61,62,63,64) Düşükten sonra ya da emzirmeyen doğum yapmış kadınlarda ilk enjeksiyon ilk 5 gün içinde yapılmalıdır. Preparatın prospektüsünde emziren kadınlarda ilk enjeksiyonun altıncı haftaya kadar geciktirilmesi gerektiği yazılmıştır. Ancak DMPA bebeğin beslenmesinde ve gelişiminde herhangi bir soruna yol açmamakta, ilk enjeksiyon hemen yapıldığında ya da geciktirildiğinde bu durum değişmemektedir. Bu nedenle emzirme durumuna bakılmaksızın doğum sonrası hemen DMPA'ya başlanması anne ve çocuk açısından güvenli görünmektedir.

2.9. Kontraseptif Olmayan Klinik Yararlar

Menstrüel kan kaybının azalması. Uzun süre DMPA kullanımı sonucu amenore gelişen kadınlarda kan kaybı olmaması sonucu, bu yöntemi kullananlarda hemoglobin düzeyi hafifçe artmaktadır. (52) Bu nedenle DMPA ile korunma özellikle anemi öyküsü olan kadınlar için uygundur. Hemoglobinopatili hastalarda da tercih edilecek yöntem olabilir. İyi kontrol edilmiş bir araştırmada DMPA kullanan orak hücreli anemili kadınların hemoglobin düzeylerinin ve eritrositlerin hayatta kalma süresinin arttığı, ağrılı krizlerin ise sıklığının azaldığı bildirilmiştir. (9)

Jinekolojik yararları. Kontrasepsiyon amacıyla progesteron preparatları kullanan kadınlar üzerinde yapılan klinik araştırmalar, kandidal vulvovajinit ve pelvik inflamatuvar hastalık insidansının azaldığını göstermiştir. (65,66) DMPA hem uterus içi hem de uterus dışı gebelik gelişmesini engellediğinden kullanımı ektopik gebelik riskini de azaltır. Son olarak, daha önce de belirtildiği gibi, endometrial kanser riskini dramatik olarak azaltır. (13)

Konvülsiyonlu hastalardaki yararları. Kontrol edilemeyen nöbetleri olan 14 kadın hasta üzerinde yapılan küçük bir çalışmada, amenore gelişen 11 kadında nöbet sıklığının da %30 azaldığı gösterilmiştir. (67) Buna ek olarak DMPA'nın kontraseptif etkisi, fenitoin ya da karbamezapin gibi

antikonvülsanların sürekli kullanımı ile azalmamaktadır. Dolayısıyla konvülsif hastalığı olan kadınlar için uygun bir seçenektir.

2. 10. Kullanıcı seçimi

DMPA kullanımı; etkili bir doğum kontrol yöntemi arayan, ancak diğer geri dönüşlü yöntemleri kullanmada sorunları olan kadınlar için ideal olabilir. Bazı kadınların DMPA'yı seçme nedenleri her gün oral kontraseptif almayı unutmaları, bariyer yöntemlerine uyum sağlayamamaları, 3 ayda bir yapılan tek enjeksiyonu uygun bulmaları, oral kontraseptifleri kullanırken estrojene bağlı yan etkiler yaşamaları ya da DMPA kullanımının gizliliğini yaşamak istemeleri (DMPA'yı uygulayan sağlık personelinin başka kimsenin ilacı kullandıklarını bilmeleri gerekmez) olabilir. Bazı kadınlar ise DMPA'yı, estrogen kullanımını kısıtlayan tıbbi sorunlar nedeniyle (hipertansiyon, tromboemboli öyküsü) ya da oral preparatların ve implantların etkinliğini azaltan ilaç kullanımı nedeniyle tercih edebilir.

DMPA'yı seçecek üçüncü bir grup ise gebe kalmanın anne ve çocuk açısından kabul edilemeyecek riskler yarattığı, çok etkili bir yöntem gereksinimi olan kadınlardır.

Dikkatli bir kullanıcı eğitimi ve danışmanlık, uygun olmayan adaylarda DMPA kullanımını en aza indirebilir. Bunlar menstrüel değişiklikleri istemeyenler, 1-2 yıl içinde gebe kalmayı planlayanlar, enjeksiyondan korkanlar ve her 3 ayda bir enjeksiyon için gelemeyecek olanlardır.

DSÖ, 1994 yılından beri çeşitli kontraseptif yöntemler için Tıbbi Uygunluk Kriterleri geliştirmektedir. Bu kriterlere göre dört kategori oluşturulmuştur(9):

1. Serbestçe kullanılabilir: Bu gruba giren kadınlar tarafından tercih ediliyorsa yalnızca progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler uygun bir seçenektir.

- Etkili ve kolay bir yöntem isteyen

- Geri dönüşü olan bir yöntem isteyen
- Adölesanlar dahil her yaş grubundan
- Emziren
- Kullandığı yöntemin fark edilmemesini isteyen
- Orak Hücreli Anemisi olan
- Östrojen içeren preparatları kullanamayan kadınlar

2. Genellikle kullanılabilir: Yöntemi kullanmanın avantajlarının, teorik ya da kanıtlanmış risklerden daha fazla olduğu durumlardır. Bu durumlarda yalnızca progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler genellikle kullanılabilir. Ancak böyle durumlar yöntem seçimini etkileyebilir.

- Tanı konulmamış meme kitlesi
- İnme öyküsü
- Karaciğer sirozu
- Diyabet
- Doğumdan sora 6 hafta içinde emzirenler
- Orta /ağır hipertansiyon
- 15 yaş ve daha küçükler
- Ağır ve tekrarlayan baş ağrıları
- Servikal/endometrial/ovarian kanserler, diğer pelvik kanserler
- Rifampin/Rifampisin, Griseofulvin, antikoagölan ya da antikonvülsan ilaç kullananlar

3. Tercih Edilmemeli (Genellikle kullanılamaz): Teorik ya da kanıtlanmış risklerin, yöntemi kullanmanın avantajlarından daha fazla olduğu durumlardır.

- Meme Kanseri
- Ağır /Aktif Karaciğer hastalığı

- İyi ya da kötü huylu karaciğer tümörü
- İskemik kalb hastalığı
- Vasküler bozukluk görülen diyabet
- Doğurganlığın hemen dönmesi isteği

* Daha uygun yöntemler bulunduğu ve kullanılabildiği sürece bu durumlarda, yalnızca progestin içeren enjekte edilen kontraseptiflerin kullanılmaması tercih edilmelidir.

* Bu kategorideki hastalıkları taşıyan kadınların yöntemi kullanabilmeleri için dikkatli bir klinik değerlendirmeden geçmeleri ve daha sonra da izlenmeleri gerekmektedir. Tercih edilecek son seçenek olabilir.

4. Kesinlikle kullanılamaz: Sağlık açısından kabul edilemeyecek derecede risk taşıyan durumlardır. Bu durumların varlığında, yalnızca progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler kullanılmamalıdır.

- Gebeler
- Nedeni Bilinmeyen vajinal kanaması olanlar

Açıklanamayan vajinal kanaması olanlarda kanamanın ciddi bir nedeni olabileceğinden şüphelenilmeli ve DMPA kullanılmamalıdır. Beklenmeyen vajinal kanamalar adet düzensizliği ile karıştırılmamalıdır

2.11 Danışmanlık

Danışmanlığın başlıca amaçları; çiftlerin ya da kullanıcıların bir kontraseptif yöntem kullanıp kullanmayacaklarına karar verme hakkına, ve kullanmak isteyenlerin yöntemle serbestçe karar vermelerini sağlayacak yeterli bilgiye sahip olmalarını sağlamaktır. Yöntem sunanların önerdiği seçenekler belki kendi kuruluşlarında bulunmayan, fakat diğer yerlerden elde edilebilecek yöntemleri de kapsamalıdır. Çiftler seçtikleri yöntemi nasıl doğru,

güvenli ve etkili bir şekilde kullanacaklarını öğrenme olanağına sahip olmalıdır. Kullanıcının herhangi bir yöntemi seçme hakkı, eldeki seçeneklerin ana özelliklerini açıkça anlamasına dayanmalıdır. Bazı durumlarda sağlık personeli, aldığı eğitimin ve tıbbi bilgisinin onun, kullanıcı için en uygun yöntemi seçmesine izin verdiğini düşünebilir. Ancak son kararı her zaman kullanıcı vermelidir. Yöntem sunan kişinin rolü tarafsız bilgi vermek ve kişinin gereksinimleri ile düşüncelerini dinlemektir. Teknik olarak yeterli ve kendini karşısındaki kişinin yerine koyabilen yöntem sunucuların yol göstericiliği ile kişiler kendi gereksinimlerine ve yaşam biçimlerine en iyi uyan yöntemi seçebilmelidirler.

Kullanıcı açısından bakıldığında, bu şekilde:

- daha fazla tatmin olacaktır,
- hizmet almak için tekrar gelecektir,
- hizmeti diğer kişilere de önerecektir,
- seçtiği yöntemi daha uzun süreli, etkin ve doğru olarak kullanacaktır.

DMPA kullanıcıları için yönetime özel danışmanlık. Diğer kontraseptif yöntemlerde olduğu gibi DMPA'da da kullanıcılar, serbestçe ve bilerek seçim yapmalarını sağlayacak danışmanlığı almalıdırlar. Bir kadın DMPA kullanmayı seçtiği zaman yöntem sunucu onun şunları göz önüne aldığından emin olmalıdır:

- DMPA'nın avantajları, dezavantajları ve yaşamını nasıl etkileyebileceği
- menstrüel siklusundaki muhtemel değişiklikler, özellikle uzamış ya da aşırı kanama ve amenore
- amenorenin anlamı
- doğurganlığın geri dönmesinde gecikme
- enjeksiyonların zamanında ve düzenli yapılmasının gerekliliği
- beklenebilecek diğer yan etkiler

- sorun çıktığında geri gelmesi gerektiği
- yöntemin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan ve HIV'den korumadığı

Kullanıcı yöntem olarak DMPA'yı seçtiğinde doğru takvime göre uygulanması için her çaba gösterilmelidir. DMPA her üç ayda bir uygulandığından kullanıcılara bir sonraki enjeksiyon tarihinde mutlaka gelmeleri hatırlatılmalıdır. Gecikecek olursa bu süre iki haftayı aşmamalıdır.



III. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırma Bölgesi

Araştırma Ankara ve Adana illerinde yapılmıştır.

3.2 Araştırma Tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte bir izleme çalışmasıdır.

3.3 Araştırma Zamanı

Araştırmada DMPA'nın başvurulara uygulanması ve bu yöntemi kullananların izlenmesi 15 Mart 1996 ve 22 Ağustos 1997 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4 Araştırmanın Yürütüldüğü Kuruluşların Tanıtımı

Araştırma Sağlık Bakanlığı tarafından DMPA'nın pilot uygulaması için seçilen ve aile planlaması hizmeti sunan 10 sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmiştir (Tablo 3.1). Bu merkezlerin biri üniversiteye, ikisi Sosyal Sigortalar Kurumuna ve yedi tanesi de Sağlık Bakanlığına bağlıdır. Seçilen kuruluşların tamamında hap, RİA ve kondomdan oluşan üçlü yöntem seçeneği sunulmaktadır. Bunun dışında hastane ve doğum evleri cerrahi sterilizasyon yöntemleri de sunmaktadırlar. Ankara'daki merkezlerden Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ile Gülveren Sağlık Ocağı Norplant'ın Pilot olarak uygulanmakta olduğu kuruluşlardır.

Tablo 3.1 .DMPA Pilot Çalışmasının Yürütüldüğü Kuruluşlar:

ANKARA	ADANA
1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Aile Planlaması Ünitesi	1. 1 No'lu Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
2. Sağlık Bakanlığı Gülveren Sağlık Ocağı	2. 2 No'lu Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
3. Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi	3. PTT Evleri Sağlık Ocağı
4. SSK Ankara Doğumevi	4. Ceyhan 3 No'lu Sağlık Ocağı
	5. Ceyhan Hamdilli Köy Sağlık Ocağı
	6. SSK Adana Hastanesi

3.5 Araştırmanın Uygulandığı Grup

Pilot çalışmanın uygulandığı iki ilde bulunan 10 sağlık kuruluşunun aile planlaması ünitelerine Mart 1996 ve Ekim 1996 tarihleri arasında başvurarak danışmanlık alan ve gönüllü olarak DMPA uygulanmasını kabul eden 1380 kadın araştırma kapsamına alınmıştır (Tablo 3.2., Tablo 3.3.).

Tablo 3.2. DMPA Uygulamalarının illere göre dağılımı

	Sayı	%
Adana	604	43.8
Ankara	776	56.2
TOPLAM	1380	100.0

Tablo 3.3. DMPA uygulamalarının kurum tiplerine göre dağılımı

	Sayı	%
Sağlık Ocağı	445	32.2
AÇSAP Merkezi	285	20.7
Hastane	650	47.1
TOPLAM	1380	100.0

Uygulamaların yüzde 52.9'u birinci basamakta (730 kişi), yüzde 47.1'i (650 kişi) ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılmıştır.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

- DMPA'ya başlama
- DMPA'dan yakınma durumu
- DMPA'dan memnuniyet durumu
- DMPA'nın yan etkileri
- DMPA'yı bırakma durumu

Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Eğitim
- Sosyal güvence
- Yaşayan çocuk sayısı
- Başka çocuk isteme
- İstemli düşük sayısı
- Son üç ayda kullanılan aile planlaması yöntemi
- Enjeksiyon sayısı
- Adet düzeni
- Yaş
- Eğitim
- Başka çocuk isteme
- Yaş
- Eğitim
- Sosyal güvence
- Yaşayan çocuk sayısı
- Başka çocuk isteme
- Kanama düzensizliği
- Enjeksiyon sayısı
- Enjeksiyon sayısı

3.7 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formları

Araştırma sırasında Norplant-Tüp Ligasyonu-Enjeksiyon Kontraseptifler için Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan bazı formlar aynen bir kısmı da izin verildiği ölçüde, diğer yöntemlerle ilgili fonksiyonlarını bozmadan sadece enjekte edilen kontraseptifler için küçük değişiklikler yapılarak kullanılmıştır.

- a) **Kullanıcı Dosyası:** Yönteme başlarken doldurulmuş ve klinikte tutulmuştur. DMPA uygulanmasında dikkat edilecek tıbbi sorunlarla ilgili bilgiler yer almaktadır. Bunlar arsında gebelik olasılığı, aktif karaciğer

hastalığı, aktif tromboembolik hastalık, anormal vajinal kanama ve yakın izleme gerektiren diyabet, hipertansiyon, epilepsi, şiddetli baş ağrısı, depresyon, anemi gibi sorunlar yer almıştır. Dosyada ayrıca jinekolojik öykü, meme muayenesi, kan basıncı ve ağırlık bilgileri bulunmaktadır (Ek-1).

- b) Kullanıcı Bilgi Formu:** Her kullanıcı için bir tane doldurulmuştur. Bu formdan yöntemle başlayan kadının yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, doğurganlık öyküsü, uygulamadan önce sağlık personelinin danışmanlık alma durumu, başka çocuk isteği, son üç ayda kullandığı yöntem, yöntemin uygulandığı dönem ve yöntemi seçme nedenleri hakkında bilgi alınmıştır (Ek-2).
- c) İzleme Formu:** Yöntem kullanıcıların programlı ya da programsız tüm izlemeleri için birer adet doldurulmuştur. Bu formdan izlemenin programlı olup olmadığı (yeni bir enjeksiyon için davet edildiği günde mi yoksa bir şikayet için mi geldiği), yakınma nedeni, adet düzeni, kan basıncı, ağırlığı, yapılan muayene, bulgular ve tedavilerle, yöntemden memnuniyet durumu hakkında bilgiler alınmıştır (Ek-3).
- d) Yöntem Bırakma Formu:** Kullanıcıların yöntemi bırakmak üzere yaptıkları ziyaretlerde doldurulmuştur. Yöntem bırakma nedeni ve başka bir yöntem seçme durumu konusunda bilgi toplanmıştır (Ek-4).
- e) İzleme Kartı:** Yöntem kullanıcılara dosya numaralarını ve bir sonraki randevularını hatırlatmak, gerektiğinde başka kliniklerden DMPA yapılmasını sağlamak üzere kullanılmıştır. Bu kartta yer alan bilgilere analizlerde yer verilmemiştir (Ek-5).

3.8. Uygulama ve İzlemede Kullanılan Standart Tanımlar

Araştırmada kullanılan tanımların belirlenmesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün 1983-1988 yılları arasında sürdürdüğü çok merkezli araştırmalardaki tanımlar dikkate alınmıştır.

Adet sıklığı	Gün olarak alınmıştır. Adetlerin birinci günleri arasındaki süredir.
Kanama süresi	Gün olarak ortalama kanama süresidir.
Kanama	Pet ya da başka bir koruyucu materyal gerektirecek miktardaki kanamadır.
Lekelenme	Pet ya da başka bir koruyucu materyal kullanılmasına gerek kalmayan kanamadır.
Fazla Kanama	Her zamankinden en az iki kat fazla pet kirletilmesidir.
Uzun süren kanama	Her zamankinden en az iki kat uzun ya da 10 günden uzun süren kanama-lekelenmedir.
Seyrek kanama (Gecikme)	Son 12 hafta içinde 2'den az sayıda kanama-lekelenme görülmesidir.
Sık kanama	Son 12 hafta içinde 4'ten fazla sayıda kanama-lekelenme olmasıdır.
Amenore	Son 12 hafta içinde kanama olmamasıdır.
Programlanmış izleme	Yöntem kullanıcının yeni bir enjeksiyon yaptırmak üzere, önceden belirlenmiş tarihte sağlık kuruluşunu ziyaret etmesidir.
Programlanmamış izleme	Yöntem kullanıcının yeni bir enjeksiyon uygulamaktan başka amaçlarla (sorun, yan etki, memnuniyet belirtmek gibi), önceden belirlenmemiş bir zamanda sağlık kuruluşunu ziyaret etmesidir.

3. 9. Araştırmanın Uygulama Şekli

Her iki ilde de araştırmada görev alacak personele (Ankara'da 22, Adana'da 28 kişi) Sağlık Bakanlığı ve AVSC kuruluşu tarafından hazırlanan aile planlaması yöntemleri, genel danışmanlık, DMPA'ya özel danışmanlık ve

araştırmanın yürütülmesi hakkında bilgilerin yer aldığı iki günlük bir eğitim verilmiştir. Bu eğitimlerde kullanılan DMPA ile ilgili sunuş ve kayıt tutma ile ilgili özet bilgi Ek-6 ve Ek-7'de verilmiştir. İllerde aile planlaması hizmeti sunulan diğer kuruluşların temsilcileri de düzenlenen bir toplantı ile bilgilendirilmişlerdir. Böylece illerde DMPA uygulama merkezleri dışındaki kuruluşlar da bu yöntemi genel danışmanlık hizmetleri içine almışlar, ancak yöntemle özel danışmanlık ve uygulama için başvuruları seçilmiş kuruluşlara sevk etmişlerdir. Uygulama merkezlerindeki eğitim araştırmacının ziyaretleri sırasında sürdürülmüş, kuruluşlar arasında standardizasyon sağlanılmasına çalışılmıştır.

Araştırma, önceden seçilmeyen, bu kuruluşlarda DMPA yönteminin uygulandığı tüm kadınlar üzerinde yürütülmüştür. İçlerinde Norplant uygulama merkezleri de bulunan toplam on adet 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşunda yapılan çalışmada uygulamalar; Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberinde (68) belirtildiği şekilde, kuruluşlara başvuran, verilen danışmanlık sonrası enjekte edilen kontraseptif kullanmaya bilinçli olarak karar veren kadınlarda, yaşına ve paritesine bakılmaksızın yapılmıştır. Kadınların yöntem seçimine müdahale edilmemiş, tüm aile planlaması yöntemlerini içeren danışmanlık hizmetinden sonra uygulanacak yöntemle kendileri karar vermişlerdir. Bu nedenle örnek seçimi yapılmamıştır. DMPA kullanmaya karar veren kadınlar herhangi bir nedenle aile planlaması kliniklerine başvurduklarında ya da bir sonraki enjeksiyon için geldiklerinde izleme formları doldurularak izlenmiş, yan etki, komplikasyonlar, yöntemden memnuniyet durumu ve bırakma durumları değerlendirilmiştir.

Çalışmada intramüsküler olarak 12 haftada bir kez uygulanan ve prospektüsünde kontraseptif doz olan 150 mg/ml depo medroksiprogesteron asetat içerdiği belirtilen Depo Provera® adlı preparat kullanılmıştır.

Standart Uygulamalar:

1. Araştırmaya daha önce aile planlaması konusunda genel danışmanlık hizmeti alıp, DMPA kullanmaya karar veren kadınlar alınmıştır.

Uygulayıcılar, DMPA uygulamaya başlamadan önce yönetime özel danışmanlık vererek bu kararı kesinleştirmişlerdir.

2. Başvurana yöntemin uygulanmasına kesin karar verildiğinde bir dosya açılmıştır. Dosyada yer alan adres ve telefon bilgileri mutlaka kayıt edilmiş, ancak başvuranın bu yollardan kendisine ulaşılmasını istememesi halinde bu durum adres bölümünde belirtilmiştir.
3. Yönetime başvuran herkese kullanıcı bilgi formu doldurulmuştur.
4. Başvuranla yapılan görüşme (ve gerekiyorsa) muayene sonucu uygulamaya karar verilmiştir. Yöntem sunanlara uygulamaya şu günlerden herhangi birinde başlanabileceği belirtilmiştir:
 - Menstrüel siklusun ilk 7 gününde (Kanaması sona ermişse uygulamadan sonraki bir hafta boyunca ilişkide bulunmaması ya da kondom gibi etkili ve geçici bir yöntem kullanması önerilmelidir. Kanaması devam ediyorsa ek bir yönetime gerek yoktur.)
 - Abortustan hemen sonra ya da ilk 7 gün içinde
 - Emzirmiyorsa doğumdan hemen sonra ya da 3-4 hafta içinde
 - Emziriyorsa doğumdan 6 hafta sonra
 - Gebeliğin ekarte edilebildiği herhangi bir zamanda
5. Uygulamalar Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberinde anlatılan biçimde gluteal ya da deltoid kas içine derin enjeksiyon şeklinde yapılmıştır.
6. Uygulama yapıldıktan sonra uygulama tarihi ve merkezi ile, takvim üzerinden 12 hafta sayılarak saptanan bir sonraki enjeksiyon tarihi izlem kartlarına işlenmiştir. Kullanıcıya bir sonraki enjeksiyonu için mutlaka randevu tarihinde kliniğe gelmesi, gerekiyorsa randevu tarihinden önce ve sonra 2 haftalık bir aralıkta da uygulama yapılabileceği açıklanmıştır.

7. Kullanıcı önceki uygulamadan 12 hafta sonrasına verilen randevuya gelmemişse, ertesi gün dosyasında bulunan telefonlardan ya da adresinden aranarak, kliniğe çağırılmıştır. Dosyasında adres ve telefonunun kullanılmaması için işaret konmuş kullanıcılara haber verilmemiştir.
8. Kullanıcı randevusuna 2 haftadan daha geç gelirse, gebe olmadığı kesinleşmeden yeni bir enjeksiyon yapılmamıştır.
9. Enjeksiyon için verilen randevuya gelen kullanıcıya enjeksiyon yapıldıktan sonra bir izleme formu doldurularak, gerekli danışmanlık hizmeti verilmiş ve bir sonraki randevu tarihi belirlenerek kartına işlenmiştir.
10. Yöntemi kullandığı sırada adet düzeninde değişiklik olduğunu belirten kadınlara öncelikle danışmanlık hizmeti verilmiş,
 - fazla ya da uzun süren kanaması olanlara bir hafta süreyle prostoglandin inhibitörü, ya da 10 gün süreyle östrojen preparatı ya da bir ay süreyle kombine oral kontraseptif verilmesi
 - amenore ya da adet gecikmesi olanlara sadece danışmanlık verilmesi ve gebelik belirtilerinin izlenmesi önerilmiştir.
11. Kullanıcı yöntemi bırakmak isterse, yeni bir yöntem seçimi için danışmanlık verilmiş ve yöntem bırakma formu doldurulmuştur.
12. Araştırmaya sadece uygulama merkezinin bulunduğu ilde yaşayan kadınlar alınmıştır.
13. Araştırma süresince, başvuranlardan, DMPA uygulaması karşılığında ücret talep edilmemiştir.
14. Uygulamada sadece Bakanlık tarafından ilgili merkezlere tahsis edilmiş olan DMPA preparatları kullanılmış, başvuranın beraberinde getirdiği herhangi bir enjektelerde edilen kontraseptif uygulanmamıştır.

3. 10 Veri Analizi

Bölüm 3.7'de açıklanan kayıtlardan kullanıcı dosyası ve izleme kartı dışındaki bütün formlar bilgisayarda kodlanarak değerlendirilmiştir. Araştırmacı bu kayıtları kuruluşları ziyareti sırasında aile planlaması poliklinik defteri, kişisel sağlık fişleri, 15-49 yaş kadın izleme kartları gibi diğer kayıtlardan yararlanarak tamamlamış ve veri eksikliklerini en aza indirmeye çalışmıştır. Veri girişi için EPI-INFO paket programı kullanılmıştır. Bütün DMPA kullanıcılarına uygulama merkezi ile ilgili bilgileri de içeren bir kod numarası verilmiştir. Bundan yararlanılarak kullanıcı bilgi formu, bütün izleme formları ve yöntem bırakma formu birbiri ile ilişkilendirilmiş ve gereken ara değişkenler yaratılarak analizler gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde Ki-kare ve t testleri kullanılmıştır. Analizlerde EPI-INFO, SPSS ve MS EXCEL paket programları kullanılmıştır.

3.11 Araştırma Takvimi

Araştırmada yeni kullanıcı kaydı Ankara'da 15 Mart 1996'da Adana'da 14 Nisan 1996'da başlamıştır. Son kullanıcı kaydı 25 Ekim 1996 tarihinde yapılmıştır. Bu tarihten sonra da kuruluşlarda yeni kullanıcılara yöntem sunulmaya devam edilmiş ancak araştırma kapsamına alınmamıştır. Kullanıcılar 22 Ağustos 1997 tarihine kadar izleme ve yöntem bırakma formları kullanılarak izlenmiştir. Araştırmanın zaman çizelgesi Şekil 3. 1'de verilmiştir.

3.12 Araştırmanın Bütçesi ve DMPA'nın Temini

Araştırma Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Hacettepe Üniversitesi, USAID, UNFPA ve bir USAID işbirliği kuruluşu olan AVSC International tarafından desteklenmiştir.

Sağlık Bakanlığı, SSK ve Hacettepe Üniversitesi aile planlaması merkezlerini ve uygulama yapmak için gereken personeli sağlamıştır. Araştırmada kullanılan DMPA, USAID ve UNFPA tarafından hibe edilmiştir. Kullanılan formlar, yapılan eğitimler ve araştırmacının Adana iline yaptığı izleme ziyaretleri AVSC International tarafından karşılanmıştır.

Bütçenin harcama kalemlerine ve destek veren kuruluşlara göre dağılımı şu şekildedir:

Harcama Kalemi	Kuruluş	Harcama Tutarı
Personel giderleri	SB, SSK, HÜ	Ek bir ödeme yapılmamıştır
DMPA Temini	USAID, UNFPA	11200 ABD\$ (yaklaşık değeri hesaplanmıştır)
Formların Bastırılması	AVSC	761 ABD \$
Uygulama Eğitimleri ve Tanıtım Toplantıları	AVSC	4847 ABD \$
İzleme Ziyaretleri	AVSC	2295 ABD\$
TOPLAM (personel giderleri dışında)		19103 ABD\$

Araştırmada hibe yolu ile sağlanmış olan DMPA Sağlık Bakanlığı tarafından İl Sağlık Müdürlükleri aracılığı ile kurumlara ulaştırılmıştır. Her iki ilde de araştırmanın yürütüldüğü kurumlar standart kontraseptif dağıtım sistemi içinde yer almışlardır. Böylece sadece DMPA değil, diğer yöntemlerin de sürekli bulunması sağlanarak başvurana kliniğin şartlarına göre uygulanabilecek tüm yöntemlerin sunulması sağlanmıştır. SSK'ya bağlı uygulama merkezlerine ise diğer kontraseptifleri kendi kaynaklarından sağlamaları nedeniyle sadece DMPA dağıtımı yapılmıştır. İl Sağlık Müdürlükleri ile araştırmanın yürütüldüğü kuruluşlardan gelebilecek acil malzeme taleplerinin derhal karşılanması konusunda da işbirliğine gidilmiştir.

3. 13 Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmanın iki farklı ilde ve 10 merkezde birden yürütülmesi en önemli güçlük nedeni olmuştur. Danışmanlık ve hizmet sunumunda belirlenmiş standartların dışına çıkılmaması için kuruluşlar araştırmacı tarafından ziyaret edilerek uygulama yapan personel izlenmiş ve gerektiğinde yeniden eğitim verilmiştir.

Araştırmada karşılaşılan ikinci güçlük formların uygulayıcılar tarafından fazla uzun bulunması olmuştur. Bu durum özellikle çok sayıda kişiye aile planlaması hizmeti sunulan merkezlerde önemli bir zaman sorunu yaratmıştır. Bu nedenle veri kalitesinde düşme olması nedeniyle araştırmacı kuruluşlara yaptığı ziyaretler sırasında aile planlaması poliklinik defteri, kişisel kartlar vb. kayıtları da kullanarak eksik bilgileri toplamıştır. Bu yolla da toplanamayan bilgiler değerlendirme dışında bırakılmıştır.

Araştırmada yöneme devamsızlık umulanın üzerinde olmuştur. Kuruluşların çoğunluğunun il geneline hizmet vermesi, kullanıcıların yanlış adres ve telefon beyan etmeleri nedeniyle araştırmayı terk edenlerin pek çoğuna ulaşılması mümkün olmamıştır. Bu nedenle analizlerde, benzeri araştırmalarda uygulanmış olan yaşam tablosu tekniği kullanılamamıştır.

IV. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular dört bölümde sunulmuştur.

Birinci bölümde yönteme başlayan kadınların genel tanımlayıcı özellikleri verilmektedir (Tablo 4.1-4.7).

İkinci bölümde yöntem kullananların izleme ve bırakma formlarından elde edilen şikayet, memnuniyet, adet düzeni, ağırlık ve kan basıncı değişiklikleri verilmektedir (Tablo 4.8-4.16).

çnc bölümde yönteme devam hızı yer almaktadır (Tablo 4.17).

Dördüncü bölümde yöntem bırakma formlarından elde edilen bulgulara yer verilmektedir (Tablo 4.18-4.21).



4.1 Yönteme Başlayan Kadınların Genel Özellikleri

Bu bölümde DMPA kullanmaya başlayan kadınlar için doldurulan kullanıcı bilgi formlarında yer alan yaş, eğitim, sağlık sigortası, yaşayan çocuk ve düşük sayıları, aile planlaması yöntem kullanımı gibi çeşitli temel değişkenler incelenmiştir.

Tablo 4.1. DMPA Kullanmaya Başlayan Kadınların Yaş, Eğitim ve Sağlık Sigortası Durumlarına Göre Dağılımları (yanıt vermeyenler değerlendirme dışında bırakılmıştır).

	Sayı	%
Yaş Grubu (n=1372)		
15-19	52	3.8
20-24	296	21.6
25-29	451	32.8
30-34	305	22.2
35-39	188	13.7
40-44	64	4.7
45-49	16	1.2
Eğitim (n=1372)		
Okul Bitirmemiş	195	14.2
İlkokul	733	53.4
Ortaokul	152	11.1
Lise	234	17.1
Üniversite	58	4.2
Sağlık Sigortası (n=1359)		
Emekli Sandığı	185	13.6
SSK	562	41.4
Bağ-Kur	54	4.0
Yeşil Kart	35	2.6
Diğer	2	0.1
Yok	521	38.3

Tablo 4.1.'de DMPA'ya başlayan kadınların çeşitli demografik özellikleri verilmektedir. Tabloya göre bu yöntemi seçenlerin %76.6'sı 20-34 yaş grubunda yer almaktadır. Yöntemin ilk kez uygulandığı kadınların %14.2'si hiç okul bitirmemişken, %53.4'ü ilkokul, %32.4'ü ortaokul ve

üzerinde eğitim almışlardır. Sağlık sigortaları incelendiğinde yöneme başlayanlarda Yeşil kart ve özel sigortalar da dahil olmak üzere herhangi bir sağlık sigortasından yararlananların oranı %61.7'dir. Yöneme yeni başlayan kadınların %38.3'ünün herhangi bir sağlık sigortası bulunmamaktadır.

Tablo 4.2'de DMPA'ya başlayan kadınların bazı doğurganlık özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Bu tabloya göre kadınların %2.5'inin halen yaşayan çocuğu bulunmamaktadır. %79.6'sı 1-3 çocuk sahibiyken %17.9'u 4 ya da daha fazla çocuğa sahiptir.

Tablo 4.2. DMPA Kullanmaya Başlayan Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımları (yanıt vermeyenler değerlendirme dışında bırakılmıştır).

	Sayı	%
Yaşayan Çocuk Sayısı (n=1371)		
Çocuksuz	34	2.5
1	283	20.6
2	527	38.5
3	281	20.5
4+	246	17.9
İstemli Düşük Sayısı (n=1364)		
0	658	48.2
1	325	23.8
2	208	15.3
3	93	6.8
4+	80	5.9

İstemli düşük açısından incelendiklerinde araştırmaya katılan kadınların %48.2'sinin hiç istemli düşüğü olmadığı görülmektedir. Kadınların %23.8'i bir kez, %15.3'ü iki kez, %12.7'si üç ya da daha fazla istemli düşük yapmışlardır (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3 'te ise DMPA'ya başlayan kadınların bazı doğurganlık özellikleri gösterilmektedir. Buna göre ortalama düşük sayısı 1, gebelik sayısı 3.8, yaşayan çocuk sayısı ise 2.5'dir

Tablo 4.3. DMPA Kullanmaya Başlayan Kadınların Bazı Doğurganlık Özellikleri.

	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Standart Sapma
Gebelik Sayısı	0.0	15.0	3.8	2.5
Yaşayan Çocuk Sayısı	0.0	11.0	2.5	1.6
İstemli Düşük Sayısı	0.0	12.0	1.0	1.4

DMPA kullanmaya başlayan kadınların %62.2'si kesinlikle başka bir çocuk sahibi olmak istemediklerini söylerken, %37.8'i bu konuda kararsızdır ya da en az bir çocuk daha istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. DMPA Kullanmaya Başlayan Kadınların Başka Çocuk İsteme Durumlarına Göre Dağılımları (yanıt vermeyenler değerlendirme dışında bırakılmıştır).

(n=1360)	Sayı	%
İstemiyor	846	62.2
İstiyor/Kararsız	514	37.8

Bu yöntemi tercih edenlerin %44.5'i son üç ayda başka bir modern yöntem (hap, RİA, kondom, Norplant, vajinal tablet) kullanmaktayken, %35.5'i geleneksel yöntemlerden (geri çekme, abstinens, takvim, laktasyonel amenore, vajinal duş) yararlanmaktaydılar. DMPA'ya başlayanların %20.0'si ise son üç ayda hiç bir yöntem kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. DMPA Kullanmaya Başlayan Kadınların Son Üç Ayda Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımları (yanıt vermeyenler değerlendirme dışında bırakılmıştır).

(n=1363)	Sayı	%
Modern	606	44.5
Geleneksel	484	35.5
Kullanmıyor	273	20.0

Tablo 4.6'da DMPA'ya başlayan kadınların neden bu yöntemi tercih ettikleri gösterilmiştir. Kadınların %31.7'si diğer yöntemleri kullanmak daha zor olduğu için, %19.7'si çok etkili olduğu için, %16.7'si yan etkilerinin az olması nedeniyle bu yöntemi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Kadınların %6.2'si DMPA'yı tüp ligasyonu, vazektomi, Norplant ya da RIA' ya başlamadan önce geçici bir yöntem olarak uygulamak istediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.6. DMPA Kullanmaya Başlayan Kadınların Bu Yöntemi Seçme Nedenlerine Göre Dağılımları (yanıt vermeyenler değerlendirme dışında bırakılmıştır).

(n=1317)	Sayı	%
Diğer Yöntemleri Kullanmak Daha Zor	418	31.7
Çok Etkili	260	19.7
Yan Etkisi Az	220	16.7
Uzun Süre Etkili	111	8.5
Geçici Bir Yöntem	82	6.2
Elde Edilmesi Kolay	60	4.6
Diğer	166	12.6

Tablo 4.7. DMPA Kullanan Kadınların Bu Yönteme Başlama Zamanı (bilinmeyenler değerlendirme dışında bırakılmıştır).

(n=1240)	Sayı	%
Doğum sonu	158	12.7
İnterval	911	73.5
Menstrüel Regülasyon Öncesi	44	3.6
Menstrüel Regülasyon Sonrası	127	10.2

Tablo 4.7.'de de görüldüğü gibi kullanıcıların büyük çoğunluğu DMPA'ya interval dönemde başlamıştır (%73.5). MR öncesi ya da sonrasında danışmanlık alanlara MR uygulamasından sonra enjeksiyon yapılmıştır. Bu nedenle postabortum DMPA uygulaması bu iki değer toplamıdır (%13.8). Doğum sonu uygulama oranı ise %12.7'dir.

4.2. Yöntem Kullanımı

DMPA kullanan kadınların uygulama merkezine bu yöntemle ilgili yaptıkları tüm ziyaretlerde izleme formu doldurularak yöntemle ilgili görüşleri alınmıştır. Ziyaretler tekrar enjeksiyon yaptırmak için kendilerine verilen randevu tarihlerinde yapılmışsa "programlı", Bu tarihler dışında danışmanlık almak, yöntemle ilgili sıkıntılarını (ya da memnuniyetlerini) belirtmek için yapılmışsa "programsız" izleme olarak tanımlanmıştır.

İzleme formlarında kullanıcıların tüm şikayetleri değerlendirmeye alınmıştır. Bir kullanıcı tarafından belirtilen bütün şikayetler değerlendirildiği için şikayet sayıları kullanıcı sayısından fazladır.

Tablo 4.8'de görüldüğü gibi hiç şikayeti olmadığını söyleyenler programsız izlemelerde %9.5 iken, 2. enjeksiyon için gelenlerde %54.8'dir. İlerleyen programlı izlemelerde yöntemden şikayeti olmayanların oranı artış göstermekte ve 6. enjeksiyon için gelenlerde %82.5'e kadar yükselmektedir.

Kanama düzensizlikleri bütün gruplarda en önemli şikayet nedenidir. Programsız izlemelerde %82.0 olan bu oran, 2. enjeksiyon için gelenlerde %37.7'dir. Enjeksiyon sayısının artması ile kanama düzensizliği şikayetleri azalmakta, 6. enjeksiyon için gelenlerde %11.1'e inmektedir.

Baş ağrısı hem programsız (%7.2), hem de programlı izlemelerde ikinci önemli şikayet nedenidir. Baş ağrısı dışındaki diğer ağrılar programsız izlemelerde üçüncü sıradaki önemli şikayet olarak belirtilirken (%5.4), kilo alma programlı izlemelerde üçüncü sıradadır.

Tablo 4.8. DMPA Kullanan Kadınların Yöntemle İlgili Şikayetlerinin Dağılımı (*,).**

	PROGRAMSIZ (n=222)		2.ENJEKSİYON (n=735)		3.ENJEKSİYON (n=458)		4.ENJEKSİYON (n=293)		5.ENJEKSİYON (n=176)		6.ENJEKSİYON (n=63)	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
Yok	21	9.5	403	54.8	286	62.4	195	66.6	119	67.6	52	82.5
Kanama Düz.	182	82.0	277	37.7	140	30.6	71	24.2	42	23.9	7	11.1
Baş ağrısı	16	7.2	22	3.0	8	1.7	5	1.7	2	1.1	2	3.2
Kilo Alma	1	0.5	3	0.4	7	1.5	9	3.1	7	4.0	1	1.6
Ağrı	12	5.4	12	1.6	7	1.5	3	1.0	3	1.7	1	1.6
Ateş	3	1.4	1	0.1	1	0.2	1	0.3	-	-	-	-
Sinirlilik	1	0.5	8	1.1	5	1.1	3	1.0	1	0.6	1	1.6
Şişkinlik	-	-	2	0.3	-	-	-	-	-	-	-	-
Kilo Verme	-	-	2	0.3	-	-	-	-	1	0.6	-	-
Baş dönmesi	3	1.4	4	0.5	-	-	2	0.7	-	-	-	-
Bulantı	2	0.9	9	1.2	2	0.4	-	-	-	-	-	-
Kaşıntı	4	1.8	-	-	1	0.2	-	-	-	-	-	-
Akne	-	-	3	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-
Libido Azalması	2	0.9	1	0.1	1	0.2	2	0.7	-	-	-	-
Saç Dökülmesi	-	-	5	0.7	2	0.4	2	0.7	-	-	-	-
Uykusuzluk	-	-	2	0.3	-	-	-	-	-	-	-	-
İştahsızlık	-	-	1	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-
Gebelik Belirtileri	1	0.5	-	-	1	0.2	-	-	-	-	-	-
Göğüs Hass.	-	-	1	0.1	2	0.4	-	-	-	-	-	-

* Bazı kadınlar, birden fazla şikayet belirtmiştir.

** Yüzdeler, o gruptaki kişi sayısı üzerinden alınmıştır.

Kullanıcıların vücut ağırlıklarındaki değişiklikler Tablo 4.9'da gösterilmiştir. 3. ve 5. enjeksiyona gelen kadınlarda (6. ve 12. aylarda) yöntemle başladıkları zamana göre ortalama ağırlıklarda sırasıyla 1.7 kg ve 0.9 kg artma görülmektedir. Her iki değişiklik de istatistik olarak önemli bulunmamıştır ($p>0.05$). Kullanıcıların sistolik ve diastolik kan basınçları da ölçülerek değerlendirilmiştir. Üçüncü enjeksiyonu yaptırmak üzere başvuranlarda (yöntemi altı ay boyunca kullananlarda) sistolik kan basıncı ortalaması 0.6 mmHg azalırken diastolik basınç 0.1 mmHg artmıştır. 5.Enjeksiyonu yaptıranlarda (yöntemi bir yıl süresince kullananlarda) ortalama sistolik basınç 1.1 mmHg azalırken diastolik basınçta da 0.3 mmHg'lik bir azalma saptanmıştır. Kan basıncı değişiklikleri istatistik olarak önemli bulunmamıştır ($p >0.05$).

Tablo 4. 9. Yöntem kullanıcılarının yöntemle başlarken, yöntem kullanımının 6. ayında ve bir yıl kullandıktan sonra ölçülen ağırlık ve kan basıncı değerleri.

	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Standart Sapma	Önemlilik
Ağırlık(kg)					
Başlangıç	39.5	98.0	60.5	10.1	
6. ayda	40.0	103.0	62.2	10.5	$p>0.05$
12.ayda	42.0	86.0	61.4	8.9	$p>0.05$
Sistolik Kan Basıncı (mm/Hg)					
Başlangıç	60	180	109.8	12.8	
6. ayda	70	160	109.2	12.8	$p>0.05$
12.ayda	80	140	108.7	12.6	$p>0.05$
Diastolik Kan Basıncı (mm/Hg)					
Başlangıç	30	110	69.8	10.7	
6. ayda	30	100	69.9	11.1	$p>0.05$
12.ayda	50	90	69.5	8.6	$p>0.05$

DMPA kullananlarda adet düzeni ile ilgili değişiklikler Tablo 4.10.'da görölmektedir. Programsız izlenenlerin %7.2'sinde, 2. enjeksiyon için gelenlerin %26.1'inde adet düzeninde bir değişiklik olmamıştır. Adet düzeninde değişiklik olmayanların oranı, 6. enjeksiyon için gelenlerde %33.3'e kadar çıkmaktadır. Programsız izlemelerde uzun süren kanama (%28.4) ve lekelenme (%23.9) en önemli iki değişikliklerdir. Kanama düzenindeki bu iki değişiklik de ilerleyen enjeksiyonlarda azalma göstermektedir. Amenore ve gecikme programsız izlemelerde sırasıyla %17.6 ve %16.2 olarak bildirilmiştir. Amenore tekrarlayan enjeksiyonlarda artarken, gecikmede azalma olmaktadır. Fazla kanama programsız izlemelerde kadınların %12.2'sinde görülürken, programlı izlemelerde çok daha azdır.

Tablo 4.10. DMPA Kullanan Kadınların Adet Düzeni Değişiklikleri*.

	PROGRAMSIZ (n=222)		2.ENJEKSIYON (n=735)		3.ENJEKSIYON (n=458)		4.ENJEKSIYON (n=293)		5.ENJEKSIYON (n=176)		6.ENJEKSIYON (n=63)	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
Yok	16	7.2	192	26.1	136	29.7	89	30.4	52	29.5	21	33.3
Fazla	27	12.2	23	3.1	9	2.0	8	2.7	3	1.7	-	-
Uzun	63	28.4	80	10.9	30	6.6	18	6.1	10	5.7	4	6.3
Sık	-	-	4	0.5	3	0.7	-	-	1	0.6	-	-
Kısa-Az	1	0.5	8	1.1	4	0.9	-	-	-	-	1	1.6
Lekelenme	53	23.9	233	31.7	122	26.6	63	21.5	35	19.9	10	15.9
Amenore	39	17.6	147	20.0	130	28.4	97	33.1	61	34.7	24	38.1
Gecikme	36	16.2	65	8.8	30	6.6	17	5.8	14	8.0	3	4.8

* Yüzdeler o gruptaki kişi sayısına göre alınmıştır.

Tablo 4.11. DMPA Kullanan Kadınların Yöntemden Memnuniyet ve Başkasına Tavsiye Etme Durumları (yanıt vermeyenler değerlendirme dışında bırakılmıştır).

	PROGRAMSIZ		2.ENJEKSIYON		3.ENJEKSIYON		4.ENJEKSIYON		5.ENJEKSIYON		6.ENJEKSIYON	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
Memnuniyet	164	77.7	716	98.1	448	98.2	286	98.0	173	98.9	63	100.0
	47	22.3	14	1.9	8	1.8	6	2.0	2	1.1	-	-
Tavsiye	163	79.1	669	92.7	443	97.6	284	99.3	173	100.0	62	100.0
	43	20.9	53	7.3	11	2.4	2	0.7	-	-	-	-

Kadınların DMPA'dan memnun olup olmadıkları sorulduğunda programsız izlemelere gelen kadınların %77.7'si yöntemden memnun olduğunu belirtmiş, programlı izlemelerde enjeksiyon sayısına göre bu oran %98.1'den %100.0'e kadar çıkmıştır. Kullanıcıların yöntemi başkalarına tavsiye etmeleri de benzer bir dağılım göstermektedir. Programsız izlemelerde kullanıcıların %79.1'i yöntemi başkalarına tavsiye edebileceğini söylerken, programlı izlemelerde enjeksiyon sayısına göre bu oran %92.7'den %100.0'e kadar çıkmaktadır. (Tablo 4.11).

Araştırmada kullanıcıların yöntemden memnuniyetleri üzerinde daha detaylı analizler de yapılmaya çalışılmıştır. Sonuçların daha önce yapılan Norplant pilot çalışmasıyla da karşılaştırılabilmesi için üçüncü enjeksiyonu yaptırmak üzere merkezleri ziyaret eden (6 ay DMPA kullanmış olan) kadınlardan yöntemden memnun olduğunu ifade edenler "Memnun", ilk ya da ikinci enjeksiyondan sonra bir şikayet nedeniyle yöntemi kullanmaktan vazgeçtiğini bildiren (ilk altı ay içinde yöntemi bırakan) kadınlar da "Memnun olmayan" grubunda değerlendirilmiştir. Taşınma, gebelik isteği, eşin uzun süre ayrılması, eşin vazektomi yaptırması gibi yöntemle ilgisi olmayan durumlarla bırakan 20 kişi bu gruba dahil edilmemiştir. Bu kadınlar yöntemden memnun olmadıklarını söylememişler, sadece şikayetleri nedeniyle bıraktıklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle gerçek memnuniyetleri bilinmemektedir.

DMPA kullanımının altıncı ayında yöntemden memnun olan ve olmayan kullanıcıların bazı demografik değişkenler yönünden karşılaştırmaları Tablo 4.12'de görülmektedir. Yöntemden memnun olan ve olmayan kadınların çoğu 20-34 yaşlar arasında bulunmaktadır Eğitim düzeyleri incelendiğinde her iki grupta da kadınların yaklaşık yarısının ilkokul eğitimi aldığı (%55.6 ve %56.7), ortaokul ve üzerinde eğitim alanların ise sırasıyla %27.6 ve %30.1 olduğu görülmektedir. Yöntemden memnun olanların %41.6'sının herhangi bir sağlık sigortası yoktur. Bu düzey memnun

olmayanlarda %42.8'dir. Yönteme başlama yaşı, eğitim düzeyi ve yararlanılan sağlık sigortası ile DMPA'dan memnun olma arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4. 12. DMPA'dan memnun olanlar ve olmayanların yaş, eğitim ve sağlık sigortası durumlarına göre karşılaştırılması (yanıt vermeyenler değerlendirme dışında bırakılmıştır).

	Memnun Olanlar		Memnun Olmayanlar		Önemlilik
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Yaş Grubu (n=772)					
15-19	17	3.8	12	3.7	$\chi^2=3.97$ $p>0.05$
20-24	91	20.4	67	20.6	
25-29	133	29.8	113	34.7	
30-34	99	22.2	72	22.1	
35-39	77	17.3	48	14.6	
40-44	21	4.7	11	3.4	
45-49	8	1.8	3	0.9	
Eğitim (n=772)					
Okul Bitirmemiş	75	16.8	43	13.2	$\chi^2=4.38$ $p>0.05$
İlkokul	248	55.6	185	56.7	
Ortaokul	48	10.8	38	11.7	
Lise	65	14.6	46	14.1	
Üniversite	10	2.2	14	4.3	
Sağlık Sigortası (n=765)					
Emekli Sandığı	55	12.4	33	10.2	$\chi^2=4.52$ $p>0.05$
SSK	167	37.8	129	39.9	
Bağ-Kur	23	5.2	13	4.0	
Yeşil Kart	13	2.9	8	2.5	
Diğer	0	0.0	2	0.6	
Yok	184	41.6	138	42.8	

* Kolon yüzdesi alınmıştır.

DMPA'dan memnun olan ve olmayanların, yaşayan çocuk sayısı ve başka çocuk isteğine göre karşılaştırılması Tablo 4.13'de gösterilmiştir. Bu tabloya göre DMPA'dan memnun olanların en büyük kısmını iki çocuklu kadınlar oluşturmaktadır (%34.6). Çocuksuz olanların oranı ise %1.1'dir. Yöntemden memnun olmayanlarda ise bu oranlar sırasıyla %42.4 ve %1.2'dir. Yaşayan çocuk sayısı ile yöntemden memnun olma arasında önemli bir fark bulunmamıştır.

Yöntemden memnuniyet ile başka çocuk isteği karşılaştırıldığında yöntemden memnun olanların %68.1'inin başka çocuk istemediği, memnun olmayanlarda bu oranın %57.6 olduğu görülmektedir. Yöntemden memnun olanlarda çocuk isteyen ya da kararsız olanlar memnun olmayanlara göre daha azdır (sırasıyla %31.9 ve %42.4). Gruplar arasında gözlenen bu fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4. 13. DMPA'dan memnun olan ve olmayanların, yaşayan çocuk sayısı ve başka çocuk isteğine göre karşılaştırılması (yanıt vermeyenler değerlendirme dışında bırakılmıştır).

	Memnun Olanlar		Memnun Olmayanlar		Önemlilik
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Yaşayan Çocuk Sayısı (n=776)					
Çocuksuz	5	1.1	4	1.2	$\chi^2=8.51$ $p>0.05$
1	79	17.6	66	20.1	
2	155	34.6	139	42.4	
3	107	23.9	62	18.9	
4+	102	22.8	57	17.4	
Başka Çocuk İsteği (n=776)					
İstemiyor	305	68.1	189	57.6	$\chi^2=8.51$ $p<0.05$
İstiyor/Kararsız	143	31.9	139	42.4	

* Kolon yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 4. 14. DMPA'dan memnun olan ve olmayanların, kanama şikayetlerine göre karşılaştırılması (yanıt vermeyenler değerlendirme dışında bırakılmıştır).

	Memnun Olanlar		Memnun Olmayanlar		Önemlilik
	Sayı	%	Sayı	%	
Kanama Şikayeti (n=776)					
Olan	137	35.0	254	65.0	$\chi^2=174.58$ $p<0.05$
Olmayan	309	82.4	66	17.6	

Yöntemden memnun olanlar ve olmayanlar adet düzeni ile ilgili şikayetleri yönünden karşılaştırıldığında memnun olanların %30.7'sinin bu konuda bir şikayeti olduğu halde memnun olmayanlarda bu oranın %79.3'e çıktığı görülmektedir. Yöntemden memnun olanların %69.3'ünün adet düzeni

ile ilgili bir şikayeti yoktur. Kanama şikayeti ile yöntemden memnun olma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 4. 14).

Analizler sırasında DMPA'yı altı ay boyunca kullanarak 3. enjeksiyonunu yaptırmaya gelen kadınlar yöntemle ilgili şikayetleri açısından da incelenmişlerdir.

Tablo 4. 15'de bu alt gruptaki kadınların adet düzensizlikleri ile yöntemden şikayetleri incelenmektedir. Kadınların %70.3'ünde adet düzensizliği görülürken %29.7'si adetlerinin düzenli olduğunu belirtmişlerdir. Adet düzensizliği olmayanların %9.6'sı yöntemden şikayet ederken, adet düzensizliği olanların %49.4'ünün yöntemle ilgili şikayetleri olduğu anlaşılmaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Tablo 4. 15. Yöntemi altı ay kullanarak üçüncü enjeksiyona gelen DMPA kullanıcılarının adet düzensizliği ve şikayetlerinin karşılaştırılması.

	Şikayeti Olanlar		Şikayeti Olmayanlar		TOPLAM		Önemlilik
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*	
Adet Düzensizliği							
Olan	159	49.4	163	50.6	322	70.3	$\chi^2=62.96$
Olmayan	13	9.6	123	90.4	136	29.7	$p<0.05$

*Kolon yüzdesidir. Diğerlerinde satır yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 4. 16'da yöntemi altı ay kullanarak üçüncü enjeksiyona gelen DMPA kullanıcılarının yaş grubu, eğitim durumu ve başka çocuk isteği ile şikayet nedenlerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre 15-19 yaş grubundakilerin %82.4'ü yöntemle ilgili bir şikayette bulunmazken kullanıcı sayısının daha çok olduğu 20-34 yaş grubunda bu oran %62.3'e düşmektedir. Tüm yaş gruplarında şikayetlerin çoğunu kanama şikayetleri oluşturmaktadır (%31.0). Üniversite ve ortaokul eğitimi almış olanlarda kanama dışındaki şikayetler diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek

bulunmuştur. Ancak eğitim düzeyiyle şikayet nedenleri arasında önemli bir ilişki gözlenmemektedir. Başka çocuk isteme durumu da şikayet nedenleri açısından önemli bir fark yaratmamaktadır.

Tablo 4. 16. Yöntemi altı ay kullanarak üçüncü enjeksiyona gelen DMPA kullanıcılarının yaş grubu, eğitim durumu ve başka çocuk isteği ile şikayet nedenlerinin karşılaştırılması (yanıt vermeyenler değerlendirme dışında bırakılmıştır).

	Şikayet Nedeni			Toplam		Önemlilik
	Yok (n=286) %	Kanama (n=142) %	Diğer (n=30) %	Sayı	%*	
Yaş Grubu						
15-19	82.4	11.8	5.9	17	3.7	$\chi^2=8.63$ $p>0.05$
20-24	61.7	33.0	5.3	94	20.6	
25-29	61.3	30.7	8.0	137	30.0	
30-34	64.4	31.7	4.0	101	22.1	
35-39	56.4	33.3	10.3	78	17.1	
40-44	71.4	23.8	4.8	21	4.7	
45-49	62.5	37.5	-	8	1.8	
Eğitim						
Okul Bitirmemiş	63.6	27.3	9.1	77	16.9	$\chi^2=10.23$ $p>0.05$
İlkokul	63.5	31.3	5.2	252	55.3	
Ortaokul	61.2	26.5	12.2	49	10.7	
Lise	61.8	35.3	2.9	68	14.9	
Üniversite	40.0	40.0	20.0	10	2.2	
Başka Çocuk İsteği						
İstemiyor	61.5	31.4	7.1	312	68.1	$\chi^2=0.59$ $p>0.05$
İstiyor/Kararsız	64.4	30.1	5.5	146	31.9	

*Kolon yüzdesidir. Diğerlerinde satır yüzdeleri verilmiştir.

4. 3. Yöntem Devamlılığı

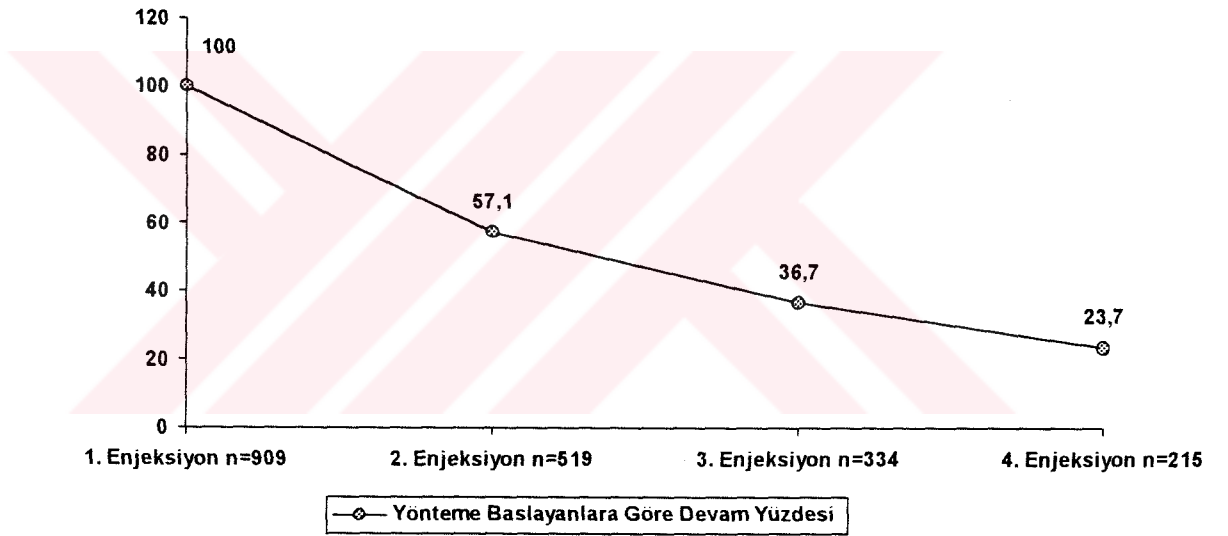
Ankara ve Adana illerinde on merkezde yapılan bu çalışmada DMPA uygulanan kadınlara, yöntemden memnun olmadıkları takdirde bırakabilecekleri, bırakmak isteyenlerin kendileri için daha uygun olabilecek bir yöntemin seçilmesi için danışmanlık almak üzere aynı merkeze başvurmaları istenmiştir. Kadınların yöntem bırakmak amacıyla kuruluşları ziyaretleri sırasında bir form doldurulmuş ve bırakma nedenleri öğrenilmeye çalışılmıştır. Ancak kullanıcıların bir sonraki enjeksiyon için sağlık kuruluşuna gelmemeleri de yöntemi bırakmaları için yeterli olmaktadır.

Araştırma sırasında depo enjeksiyon kullanıcılarına 12 hafta arayla randevu verilmiş, ancak 14.üncü hafta sonuna kadar da uygulama yapılmıştır. Yöntem kullananların 14.ncü haftanın sonunda enjeksiyon yaptırmaması durumunda yöntemi bıraktığı kabul edilmiştir. Hep en uzun aralıklarla gelen bir kadının bir yıllık korunma durumunun izlenmesi için 56 hafta (4 enjeksiyon x 14 hafta) boyunca takip edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle yöntem devamlılığının tespiti için araştırmanın ilk 20 haftası boyunca DMPA'ya başlayan ve en az 56 hafta boyunca izlenen 909 kadının izleme formları değerlendirilmiştir. Bu gruptan yöntemi bıraktığını beyan edenlerle birlikte hiçbir bildirimde bulunmadan araştırmayı terk edenler de yöntemi bırakmış olarak kabul edilmişlerdir (pilot çalışmanın yapıldığı dönemde DMPA sadece araştırmanın yürütüldüğü sağlık kuruluşlarından sağlanabilmekteydi). Böylece bırakma formu doldurulmayanların da devamlılık ile ilgili hesaplama katılması sağlanmıştır. Tablo 4.17'de görüldüğü gibi DMPA kullanmaya başlayanların %57.1'i ikinci enjeksiyona, %36.7'si üçüncü enjeksiyona devam etmektedir. Bir yıllık korunma sağlayacak şekilde dört enjeksiyon yaptıranlar ise yöntemle başlayanların %23.7'sidir.

Tablo 4.17. Araştırmanın 20. Haftasına Kadar DMPA'ya Başlayan Kadınların Yönteme Devamlılığı

	1.Enjeksiyon	2.Enjeksiyon	3.Enjeksiyon	4.Enjeksiyon
Enjeksiyon Yaptıran Kişi Sayısı	909	519	334	215
Enjeksiyona Devam Yüzdesi	100.0	57.1	36.7	23.7

Şekil 4.1. Araştırmanın 20. Haftasına Kadar Yönteme Başlayan Kadınların Yönteme Devamlılığı:



Buna göre bir yıllık yöntem bırakma hızı % 76.3'tür.

4. 4. Yöntem Bırakma

Araştırma boyunca izlemeye alınan 1380 kadından 427'si yöntem kullanmaktan vazgeçtiklerini belirtmek üzere ilgili merkezlere başvurmuştur. Bu bölümde bu kadınlar için doldurulan yöntem bırakma formları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.18.'de DMPA kullanıcılarının son yaptıkları enjeksiyon sayılarına göre yöntemi bırakma nedenleri yer almaktadır. Burada da görüldüğü gibi kullanıcıların büyük çoğunluğu adet düzeniyle ilgili değişiklikler nedeniyle yöntemi bırakmıştır. Kanama düzensizlikleriyle ilgili en önemli sorun olarak amenore ve adet gecikmesi gösterilmektedir (1. enjeksiyondan sonra bırakanlarda %35.8). Daha sonra sırayla uzun süreli kanama (%18.3), lekelenme (%15.4) ve fazla kanama gelmektedir (%10.0).

Kanama düzensizliklerinden sonraki en önemli neden sağlık kaygısıdır (1. enjeksiyondan sonra bırakanlarda %6.7). Kansere, kısırlık korkusu gibi nedenler bu grupta değerlendirilmektedir.

Baş ağrısı bırakma nedenleri içinde sağlık kaygısından sonra gelmektedir (1. enjeksiyondan sonra bırakanlarda %5.4). Gebelik isteği de başlıca bırakma nedenlerindedir (%3.3).

Tablo 4.18. DMPA'yı Bırakanlardan Bırakma Formu Doldurulanların, Son Yaptırdıkları Enjeksiyon Sayılarına Göre Yöntemi Bırakma Nedenleri. (* **)

	1.ENJEKSİYON (n=240)		2.ENJEKSİYON (n=108)		3.ENJEKSİYON (n=52)		4.ENJEKSİYON (n=22)		5.ENJEKSİYON (n=5)	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
Kanama değişikliğine bağlı nedenler										
Fazla Kanama	24	10.0	6	5.6	2	3.8	3	13.6	0	-
Uzun süren kanama	44	18.3	17	15.7	6	11.5	4	18.2	1	20.0
Lekelenme	37	15.4	14	13.0	6	11.5	3	13.6	2	40.0
Amenore-Gecikme	86	35.8	36	33.3	26	50.0	9	40.9	2	40.0
Yönteme bağlanan nedenler										
Sağlık Kaygısı	16	6.7	9	8.3	6	11.5	1	4.5	-	-
Baş ağrısı	13	5.4	5	4.6	1	1.9	-	-	-	-
Kısa Etikili	10	4.2	1	0.9	-	-	-	-	-	-
Sinirlilik	4	1.7	4	3.7	2	3.8	-	-	-	-
Kasık ağrısı	2	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-
Akne	2	0.8	3	2.8	-	-	-	-	-	-
Elde etmek güç	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-
Kilo alma	1	0.4	1	0.9	-	-	-	-	-	-
Saç dökülmesi	1	0.4	1	0.9	-	-	-	-	-	-
Kaşıntı	-	-	1	0.9	-	-	-	-	-	-
Güvenmiyor	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-
Yönteme bağlı olmayan nedenler										
Gebelik isteği	8	3.3	2	1.9	1	1.9	2	9.1	-	-
Gebelik	4	1.7	1	0.9	4	7.7	-	-	-	-
Yer Değişikliği	4	1.7	3	2.8	-	-	-	-	-	-
Eşi Yok	4	1.7	1	0.9	-	-	-	-	-	-
Eşi istemiyor	2	0.8	4	3.7	-	-	-	-	-	-
Menopoz	-	-	-	-	1	1.9	-	-	-	-

*Yüzdeler o gruptaki kişi sayısına göre alınmıştır.

** Bazı kadınlar birden fazla bırakma nedeni bildirmiştir.

Yöntem bırakanların %68.4'ü başka bir modern yöntem kullanmaya başlamışlardır. %1.4'ü geleneksel yöntemlere geçerken, %30.2'si hiçbir yeni yöntemeye başlamamışlardır. (Tablo 4. 19). Oysa bırakan kadınların büyük bir kısmı (%58.1) artık gebe kalmak istemediklerini belirtmiş, sadece 13 kadın (%3.0) gebelik istediği için yöntem kullanmaktan vazgeçtiğini söylemiştir.

Tablo 4. 19. DMPA Kullanıcılarının Yöntemi Bıraktıktan Sonra Tercih Ettikleri Yeni Yöntemler.

(n=427)	Sayı	%
Modern	292	68.4
Geleneksel	6	1.4
Hiçbir Yönteme Başlamayan	129	30.2

Tablo 4. 20.'de DMPA'yı bırakan kadınların tercih ettikleri yeni yöntemler ve bu yöntemeye başlamadan önceki üç ayda kullandıkları yöntemlere göre dağılımları verilmiştir. Buna göre geleneksel yöntem tercihi son derece azdır. Kadınların sadece %1.4'ü geleneksel bir yöntemi seçmiştir. Kadınların %28.7'si ise hiçbir yöntem almamıştır.

Tablo 4. 20. DMPA'yı Bırakan Kadınların Yöntemi Bıraktıktan Sonra Tercih Ettikleri Yeni Yöntemler ve Bu Yönteme Başlamadan Önceki Üç Ayda Kullandıkları Yöntemlere Göre Dağılımları*.

(n=417)	Son Üç Ayda Kullanılan Yöntem					
	Modern		Geleneksel		Yöntem Kullanmayan	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Seçilen Yöntem						
Modern	155	37.2	92	22.1	44	10.6
Geleneksel	1	0.2	5	1.2	0	0.0
Hiçbir Yönteme Başlamayan	50	11.9	42	10.1	28	6.7

*yüzdeler genel toplama göre alınmış, bilinmeyenler değerlendirme dışında bırakılmıştır.

Tablo 4. 21.'de yöntemi bırakanların başka çocuk isteme durumları görülmektedir. DMPA kullanmayı bırakan kadınların %58.1'i (yönteme başlarken) başka çocuğu olmasını istemediğini, %41.9'u ise başka bir çocuk istediğini ya da bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4. 21. Yöntemi Bırakanların Başka Çocuk İsteme Durumları:

(n=427)	Sayı	%
İstemiyor	248	58.1
İstiyor/Kararsız	179	41.9

V. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Yönteme Başlayan Kadınların Genel Özellikleri ve Yönteme Başlama Nedenleri

Araştırmanın amaçlarından biri DMPA kullanmayı seçen kadınların temel özelliklerini ortaya çıkarmaktır. Kullanıcı özellikleri ülke ve kültürlere göre değişiklik göstermektedir (20,69,70,71,72). Bu araştırmanın sonuçlarına göre yönteme başlayan kadınlar için şöyle bir profil oluşturulabilir:

DMPA kullanmaya başlayan kadınlar daha çok 25-29 yaş grubunda ve ilkokul mezunudur. Ortalama üç gebelikleri ve yaşayan iki çocukları vardır. Gebeliklerinin bir tanesi düşükle sonuçlanmıştır. Yaklaşık üçte ikisi başka çocuk yapmak istememekte, ancak kalıcı bir yöntemi de tercih etmemektedir. %80'i başka bir aile planlaması yöntemi kullanırken DMPA'ya başlamıştır. Ancak bunların yarıya yakını geleneksel yöntemlerdir. DMPA'yı seçme nedenlerinin başında diğer yöntemleri kullanmanın zor olması gelmektedir. Yöntemin çok etkin olması ve yan etkilerinin az olduğunun düşünülmesi de DMPA'yı seçmelerinde etkili olmuştur. Yönteme daha çok interval dönemde başlamışlardır.

Benzer araştırmalara bakıldığında DMPA'nın, yöntemi bıraktıktan sonra da süren etkisi nedeniyle daha çok planlanan çocuk sayısını tamamlamış, nispeten ileri yaşlardaki kadınlar tarafından tercih edildiği anlaşılmaktadır (69,70,71,89). Bu çalışmada DMPA kullanmaya başlayarak araştırmaya katılan kadınların %54.4'ü 20-29 yaş grubunda iken, %3.8'i 15-19 yaş grubunda, %41.8'i 30 yaş ve üzerindedir. Diğer çalışmalara göre yönteme başlama yaşının küçük olduğu gözlenmektedir. Ancak 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık

Araştırması'na göre 20-24 yaş grubundaki kadınların %74.6'sı, 25-30 yaş grubundaki kadınların %81.2'si en az iki yıl süresince başka çocuk istememektedir. Genç yaş gruplarında DMPA yöntemini seçenlerin fazla olması bu nedene bağlanabilir.

Bir aile planlaması yönteminin avantajları seçilmesi için en önemli nedenler olarak görülmektedir. Vietnam'da yapılan bir çalışmada kullanıcıların %68'inin daha önce bir yöntem (çoğunlukla RİA) kullanmaktayken şikayetleri nedeniyle DMPA'yı tercih ettikleri saptanmıştır (69). Mısır'da yapılan bir çalışmada da DMPA'ya başlayanların çoğunun daha önce kullandıkları yöntemin yan etkileri nedeniyle yöntem bırakanlar olduğu belirtilmektedir (72). Pilot çalışmamıza katılan kullanıcıların %31.7'si diğer yöntemleri kullanmanın daha zor olduğunu düşündüğü için DMPA'yı tercih ettiğini belirtmiştir. DMPA'nın çok etkili olması ve yan etkilerinin daha az olduğunun düşünülmesi de diğer seçim nedenleridir.

Araştırmanın yapıldığı bazı kliniklerde DMPA'nın RİA, Norplant, cerrahi sterilizasyon gibi yöntemlerin uygulanmasını bekleyenlere etkili ve geçici bir yöntem olarak sunulduğu da görülmektedir (%6.2). Gebeliklerini uzun bir süre için ya da tamamen sınırlamayı düşünenlere gerekli hazırlıkların yapılması sırasında iyi bir alternatif olmaktadır.

Dünyada halen yaklaşık 12 milyon kadın enjekte edilen kontraseptifleri kullanmaktadır. Doğurgan yaştaki evli kadınların %1.5'i ve halen bir yöntem kullanan çiftlerin %3'ü bu yöntemleri tercih etmektedirler. Diğer yöntemler ise çok daha fazla kullanılmaktadır (kontraseptif kullanan evli kadınların %36'sı tüp ligasyonu, %25'i RİA, %12'si hap, %9'u vazektomi ve %6'sı kondom kullanmaktadır.)(73).

Ülkemizde enjekte edilen kontraseptiflerin satışı ve dağıtımına 1997 yılı içinde başlanmıştır. Ancak bundan önce de doğurgan çağdaki kadınların enjekte edilen yöntemlerle karşılaştığı ve %2.1'inin yaşamlarının herhangi bir döneminde enjekte edilen kontraseptif kullandığı bilinmektedir. Ayrıca bu yöntemler yaygın uygulaması olmadığı halde kadınlarımızın %38.8'i tarafından tanınmaktadır(2).

Araştırmanın yapıldığı sağlık kuruluşlarında araştırma döneminde sunulan yöntemlerin %6.5'ini DMPA oluşturmuştur. Diğer yöntemlerdeki yaygın tanıtım çalışmaları olmamasına rağmen bu düzeye ulaşması yöntemin kısa zamanda geniş bir kitle tarafından kullanılmaya başlanabileceğinin ipuçlarını vermektedir.

5.2. Yöntem Kullanımı

DMPA kullanan kadınların izleme formlarında yapılan incelemede enjeksiyon sayısının artmasıyla birlikte yöntemle ilgili şikayetlerin azaldığı görülmektedir. Bu durum Vietnam ve Mısır'da yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (69,70). Bu değişiklikte sağlık kuruluşuna yapılan ziyaretlerde yeniden danışmanlık verilerek kullanıcıların bilgilerinin tazelenmesi, korkularının ortadan kaldırılmasının etkisi olabileceği gibi; asıl neden şikayeti olanların izlemelere gelmeyerek ya da gelip yöntem değiştirerek DMPA kullanmayı bırakmaları da olabilir.

Kanama düzensizlikleri en önemli şikayet nedenidir. Programsız izlemelerde %82.0 olan kanama düzensizliği şikayetleri programlı izlemelerde %30'lara düşmektedir. Enjeksiyon sayısının artması ile kanama düzensizlikleri de azalmakta, ilk programlı izlemede %37.7 iken 5. programlı izlemede (6. enjeksiyon için yapılan) %11.1'e inmektedir.

Enjekte edilen kontraseptifler ve diğer hormonal yöntemleri kullanan kadınların adet düzenleri ile ilgili en güvenilir bilgiler Dünya Sağlık Örgütü'nün koordine ettiği ve kadınların adet düzenleri ile ilgili günlük tuttuğu çok merkezli klinik çalışmalardan gelmektedir (34,83,84). DMPA kullanıcılarının sadece %10'unda kullanımın ilk yılında normal adet siklusları görülmektedir. DMPA kullanıcıları kullanımın ilk altı ayı boyunca düzensiz adet kanamaları, ikinci altı ay ve daha uzun kullanımda ise seyrek kanamalar ve amenoreyle karşılaşabilirler. Bu çalışmada da tekrarlanan enjeksiyonlarla amenore/gecikme'de hafif bir artma, lekelenmede belirgin bir azalma gözlenmiştir.

Çoğunluğun belirttiği şikayetler içinde sadece kilo alma enjeksiyon sayısı ile birlikte artış göstermektedir. Tersini gösteren çalışmalar olsa bile DMPA kullanıcıları ilk yıl içinde ortalama 0.5-2 kg almaktadırlar (44,76). Bazı kullanıcılar aynı hızda kilo almaya devam ederler. Tayland'da yapılan bir araştırmada uzun süre DMPA kullanan kadınlarda kilo alımı beş yıl kadar sürdükten sonra durmuştur (73). Araştırmada kilo alma, programlı izlemelerde yapılan şikayetlerde üçüncü sırada yer almaktadır. Ancak 3. ve 5. enjeksiyona gelen kadınlarda yöntemle başladıkları zamana göre ortalama ağırlıklarda sırasıyla 1.7 kg ve 0.9 kg artma görülmektedir. Her iki değişiklik de istatistik olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Yöntemi altı ay kullanan kadınların %62.4'ü yöntemle ilgili bir şikayet belirtmezken, %31.0'i kanama, %6.6'sı diğer nedenlerden şikayet etmiştir. Adet düzensizliği olanların yarısı yöntemden şikayet ederken adet düzensizliği olmayanların %90.4'ü herhangi bir yakınma belirtmemiştir.

Yöntemden memnun olan ve 6. ayda yöntemi bırakanlar temel özellikler yönünden benzerlik göstermektedirler. Ancak bırakan grupta başka çocuk isteyenlerin ya da bu konuda kararsız olanların oranı memnun olanlara göre

daha yüksektir. Uygulamanın altıncı ayında yöntemden memnun olanların %68.1'i başka çocuk istemediğini belirtmiştir. yöntem bırakanlarda bu oran %57.6'dır. Kadınların üreme ile ilgili beklentilerinin, özellikle de yeni bir çocuk isteyip istememelerinin doğurganlık performanslarına yansıtacağı beklenir (85). DMPA kullananlarla yapılan odak grup görüşmelerinde kullanıcıların çoğunun başka bir gebeliği önlemeye kesin kararlı olduğu, mevcut yan etkilere ve uzun vadeli etkisine dair endişelerine rağmen kendilerini bu yöntemi kullanmaya "mecbur" hissettikleri ortaya çıkmıştır (86). Bu sonuç fertilitenin sınırlandırılması konusundaki kararlılığın DMPA'dan memnuniyeti de etkilediğini düşündürmektedir.

Kullanıcıların büyük çoğunluğu DMPA'ya interval dönemde başlamışlardır (%73.5). Postabortum DMPA uygulaması %13.8, Doğum sonu uygulama oranı ise %12.7'dir.

Kadında fertilité doğum sonrasında bir süre etkilenir. Özellikle emziren annelerde bu süre, emzirmenin süresi, sıklığı, annenin beslenmesi gibi birçok etkene bağılı olarak değişiklik gösterir Anne; emzirme, adet görme, cinsel ilişki sıklığına bağılı olarak bir süre sonra yeni bir gebelik riski ile karşı karşıya kalabilir. Doğum sonrası kontrasepsiyon gerek kadındaki fizyolojik değişikliklere etkisi, gerekse bu etkinin bebeğe yansıtması açısından özenli yaklaşım gerektiren bir konudur (80).

Doğumdan sonra emziren kadınlar Laktasyonel Amenore Yöntemine (LAM) güvenmiyorsa doğumdan altı hafta sonra DMPA uygulanabilir. Kadın LAM'a güveniyorsa adet kanamaları başladığında, tam olarak emzirmeyi kestiğinde ya da doğumun üzerinden altı ay geçtiğinde DMPA kullanmaya başlayabilir. Emzirmeyen kadınlar ise doğumdan hemen sonra DMPA kullanmaya başlayabilirler (81).

İsteyerek yapılan düşükler, gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılmaması ya da etkisiz biçimde kullanılmasının sonucudur. Kadınlara düşük hizmeti verilirken, etkili aile planlaması yöntemi kullanılması konusunda danışmanlık yapılması için bir fırsat doğmaktadır. Ancak bu fırsat sağlık personeli tarafından iyi kullanılamamaktadır. Düşükten bir ay sonra kadınların %39'unun herhangi bir yöntem kullanmadığı, %29'unun geleneksel bir yöntem kullanmaya başladığı gözlenmiştir. Bu dönemdeki kadınların ancak %31'i etkili bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır (82).

Gebeliğin sonlandırılması için başvuran kadınlara verilecek aile planlaması danışmanlığı çok önemlidir. Bu dönemdeki başvuru, gebeliğin sonlandırılmasından sonra kullanabilecekleri yöntemler konusunda danışmanlık verilmesi için iyi bir fırsattır.

Düşük sonrası dönemde kadınların dörtte üçünden fazlasında genellikle ilk adet kanamasından önce ovülasyon gerçekleşir. Kontraseptif yöntem kullanmama ya da yöntemin başarısızlığı sonucu istemeden gebe kalmış bu kadınlarda tekrar gebe kalma riski çok yüksek olduğundan çiftin bir an önce etkin bir yöntemle korunmaya başlaması gerekir.

DMPA, düşükten hemen sonra uygulanabilecek etkili bir yöntem olarak postabortum aile planlaması hizmetleri içinde yer almalıdır.

5.3. Yöntem Devamlılığı

Aile planlaması yöntemlerinin kullanımının artmasıyla birlikte, yöntem bırakma hızları aile planlaması programlarının başarısı ve kalitesini gösteren önemli bir gösterge olmaya başlamıştır. Yüksek yöntem bırakma hızları, yüksek yöntem başarısızlığına bağlı olabileceği gibi belirli bir yöntemi kullananların yöntemle ilgili memnuniyetsizliklerinin de göstergesi olabilir. Aile planlaması

programları içinde yer alması gereken danışmanlık hizmetleri de yöntemin devamlılığını sağlayan önemli faktörlerdendir. Bireysel danışmanlık hizmetlerinin yeterli düzeyde yapılamaması, izleme hizmetlerinin yeterince verilememesi yönetime devamsızlığı ve istenmeyen gebelikleri arttırmaktadır. Yöntem bırakma hizmetleri değerlendirilirken, yöntem bırakmanın her zaman olumsuz bir durum olmadığı göz önünde tutulması gerekir. Aile planlaması programlarının temel amacı çiftlere kendileri için uygun bir kontraseptif yöntemi sunmaktır. Bazı durumlarda çiftler, kendileri için daha uygun buldukları bir yönetime geçmek için halen kullandıkları yöntemi bırakabilirler (87).

1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması bulgularına göre kullanılan modern kontraseptif yöntemlerin bir yıl sonundaki bırakma hızları RİA için %10, kondom için %49, hafta %55.7 ve diğer geri dönüşümlü yöntemler (enjeksiyon, diyafram, köpük, jel) için %63.4'tür (88).

Enjekte edilen kontraseptiflerde yöntemin bırakılması son derece kolaydır. Kullanıcılar yöntemle ilgili bir sıkıntı duyduklarında ya da gebe kalmak istediklerinde bir sonraki enjeksiyon randevusuna gitmeyerek yöntemi bırakabilmektedirler.

Çubuk Eğitim Araştırma Bölgesinde yapılan bir çalışmaya göre DMPA başlangıçta tüm sağlık ocaklarında büyük bir kabul görmüş, ancak bir yıllık izlemde hap ve RİA ile karşılaştırıldığında en fazla bırakılan yöntem olduğu anlaşılmıştır. Sözü geçen araştırmada bir yıl sonunda RİA kullananların %74.7'sinin, hap kullananların %44.4'ünün, DMPA kullananlarda ise %31.9'unun yönetime devam ettiği görülmüştür (89).

Diğer ülkelerde yapılan araştırmalar yöntem devamlılığı konusunda çok geniş değerler vermektedir. DSÖ'nün DMPA ile ilgili çok merkezli bir çalışmasında %59, Vietnam'da %73, Mısır'da %55, Kenya'da %61 yöntem

devamlılığı olduğu bildirilmiştir (28,69,70,71). Ancak yöntemin kabul gördüğü programlarda çoğunlukla %40-%80 arasında sonuçlar verilmektedir. Yöntem bırakma nedenleri yöntemin bırakıldığı zamanı etkilemektedir. Bırakma nedeni örneğin sık kanama ya da lekelenme ise kullanıcılar bu şikayetlerin daha çok görüldüğü erken dönemlerde yöntemi terk etmektedirler. Neden amenore ise bırakma daha geç bir döneme kaymaktadır(44,90).

Bu araştırmaya katılan kadınların izlem formları incelendiğinde DMPA kullanmaya başlayanların %57.1'inin ikinci enjeksiyona geldiği, %36.7'sinin üçüncü enjeksiyonu yaptırdığı anlaşılmaktadır. Yönteme başlayanların %23.7'si dört enjeksiyon yaptırarak bir yıl boyunca devam etmişlerdir. Yöntem bırakma hızı ile ilgili olarak bir sonraki enjeksiyona devam yüzdeleri incelendiğinde birinci enjeksiyondan ikinciye geçişte hızlı bir düşüş görülmesine rağmen daha sonraki enjeksiyonlarda bırakma hızının hemen hemen sabitlendiği izlenmektedir. Dinsel inanç ve gelenekler nedeniyle adet gören kadınlara getirilen kısıtlamalar, bu dönemde cinsel ilişkinin yasaklanması ve bazı kuruluşlarda DMPA'nın daha uzun etkili başka bir yöntemle geçme öncesinde uygulanması erken dönemdeki hızlı yöntem bırakma nedenleri olarak görülmektedir. Ayrıca DMPA'nın ülkemizde yeni uygulanmaya başlanması, bu konuda yeterli danışmanlık hizmetinin olmayışı ve sağlık personeli tarafından bile yeterli derecede tanınmaması nedeniyle de bırakma hızının yüksek olduğu düşünülmektedir.

5.4. Yöntem Bırakma

Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışmalarında adet kanamalarındaki değişiklikler ya da amenore nedeniyle yöntem kullanımının bırakılması, adet düzenlerindeki farklı etkileri yansıtmaktadır. Bir yıllık kullanım sonunda, DMPA kullanıcılarının %15'i adet kanamalarındaki değişiklikler nedeniyle, %12'si ise amenore nedeniyle bu yöntemi kullanmayı bırakmıştır(73).

Çubuk Eğitim Araştırma Bölgesinde yapılan bir çalışmada adet düzeniyle ilgili değişikliklerin DMPA'nın bırakılmasında en önemli etken olduğu gösterilmiştir(89).

Bu çalışmada da amenore/gecikme (%37.2), uzun süren kanama (%16.9) ve lekelenme (%14.5) yöntem bırakmanın en önemli nedenlerini oluşturmaktadır. Lekelenme ve uzun süren kanama toplumumuzda çiftlerin cinsel yaşamlarını önemli ölçüde etkilerken, amenore de gebelik ya da vücutlarında kirli kan birikeceği gibi endişeler doğurmaktadır(86).

Enjekte edilen kontraseptifleri kullanmayı düşünen kadınların, bu kontraseptiflerin adet düzenlerinde değişiklik yapacağını ve bu değişikliklerin ne şekilde olacağını bilmeleri gerekir. Adet değişiklikleri ile ilgili önceden danışmanlık hizmeti alan kadınlar, değişikliklere rağmen enjeksiyonlara devam etme eğilimindedirler. DSÖ'nün çeşitli hormonal yöntemler kullanan kadınlar arasında adet değişiklikleri ve yöntem bırakma konusunda yaptığı bir araştırma, önceden kanama değişikliği ile ilgili bir danışmanlık almayan oral kontraseptif kullanıcılarının genellikle adet kanamalarındaki küçük değişiklikler nedeniyle bu yöntemi kullanmaktan vazgeçtiklerini göstermiştir. Bu durumun aksine, önceden danışmanlık hizmeti almış olan DMPA kullanıcıları, adet kanamalarındaki büyük değişikliklere rağmen enjeksiyonlara devam etmişlerdir(73).

Yöntem bırakma ve yöntem değiştirme davranışları birbirleriyle çok yakından ilişkilidir. Eğer bir kadın yan etkileri nedeniyle bir yöntemi bırakmış ve hemen başka bir yöntem kullanmaya başlamamışsa, istenmeyen bir gebelik riski altındadır. Bir kadının gebe kalma isteği ya da gebelik riskini ortadan kaldıran bir durum (boşanma, menapoza girme) dışında bir nedenle yöntem bırakması ve başka bir yöntem kullanmaya başlamaması, mevcut aile planlaması hizmetlerinin onun gereksinimlerini karşılayamadığının bir

göstergesidir. Yöntem bırakan bir kadının hemen başka bir yöntem kullanmaya başlaması, yeni seçtiği yöntemin başarısızlık hızı bıraktığı yöntemden daha fazla olsa bile, yöntem bırakmaktan daha az soruna neden olacaktır. Bir kadının yöntem değiştirmesi, aynı zamanda ülkedeki aile planlaması hizmetlerinin, kadının gereksinimlerine yanıt verecek seçeneklere sahip olduğunun da bir göstergesidir. Dolayısıyla, bir ülkedeki aile planlaması politikalarının oluşturulması ve değerlendirilmesinde, yöntem bırakan bir kadının yöntem bıraktıktan sonra ne yaptığı da en az yöntem bırakma nedenleri kadar önemlidir (87).

1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerinden yapılan bir analize göre modern bir yöntem ile korunurken yöntem değiştiren kadınların yaklaşık olarak yarısı modern, yarısı ise geleneksel (çoğunlukla geri çekme) yöntemleri seçmektedir. Hala korunmaya gereksinimi olduğu halde yöntem kullanmayı bırakan kadınların oranının ise (%4) yöntem değiştiren kadınların çok altında olduğu gözlenmektedir (88).

Araştırmada DMPA'yı bırakanların %68.4'ü başka bir modern yöntem kullanmaya başlamışlardır. %1.4'ü geleneksel yöntemlere geçerken, %30.2'si hiçbir yeni yöntemle başlamamışlardır. Oysa bırakan kadınların büyük bir kısmı (%58.1) artık gebe kalmak istemediklerini belirtmiş, sadece 13 kadın (%3.0) gebelik istediği için yöntem kullanmaktan vazgeçtiğini söylemiştir.

DMPA'yı bırakan kadınların %31.6'sı yöntemi bıraktıktan sonra sağlık kuruluşundan yöntem almadan ayrılmıştır. Bu gruptaki kadınların bir yöntem kullanırken DMPA kullanımından sonra tehlikeli bir doğurganlık davranışı içine girdikleri düşünülebilir. Ancak geri çekme yöntemine başlayacağını belirtmedikleri ya da başka kaynaklardan yine modern yöntem temin edebilecekleri de unutulmamalıdır.

VI. ÖZET

Ülkemizde yaklaşık 30 yıldan beri sürdürülmekte olan aile planlaması programının kalite ve başarısını yükseltmek için kontraseptif yöntem çeşitliliğinin artırılmasına çalışılmaktadır. Pek çok ülkede başarılı bir yöntem seçeneği olarak uzun yıllardır uygulanan, uzun etkili hormonal kontraseptiflerden biri olan DMPA, Türkiye'de 1996 yılından beri pilot olarak uygulanmaktadır. Bu araştırma, Mart 1996-Ağustos 1997 tarihleri arasında Ankara ve Adana'da 10 aile planlaması merkezinde DMPA'yı seçen kadınların demografik özelliklerini, kullanıcıların bu yöntemi seçmesine etki eden faktörleri, kullanıcıların karşılaştıkları yan etki ve komplikasyonlarla, yöntemden memnuniyet durumlarını ve yöntem devamlılığını saptamak amacıyla yürütülmüştür.

DMPA kullanmaya başlayan kadınların %58.8'i 30 yaşın altında, %32.4'ü ortaokul veya daha yüksek eğitimlidir. Ortalama gebelik sayısı 3, yaşayan çocuk sayısı 2'dir. Ortalama istemli düşük sayısı 1'dir. Kullanıcıların %62.2'si başka çocuk sahibi olmak istememektedir. %80'i başka bir aile planlaması yöntemi kullanırken DMPA'ya başlamıştır. Ancak bunların yarıya yakını geleneksel yöntemlerdir. DMPA'yı seçme nedenlerinin başında diğer yöntemleri kullanmanın zor olması gelmektedir. Yöntemin çok etkin olması ve yan etkilerinin az olduğunun düşünülmesi de DMPA'yı seçmelerinde etkili olmuştur. Kullanıcıların %73.5'i yöntemle interval dönemde başlamışlardır.

Yöntemden şikayeti olmayanlar programsız izlemelerde %9.5 iken ilk programlı izlemelerde %54.8'dir. İlerleyen izlemelerde şikayeti olmayanların oranı da artış göstermektedir. Kanama düzensizlikleri en önemli şikayet nedenleridir. Programsız izlemelerde kullanıcıların %82'si kanama düzensizliğinden şikayet ederken, ikinci enjeksiyonu yaptıranlarda bu oran %31.1'dir. Enjeksiyon sayısı arttıkça kanama düzensizliği şikayetlerinde azalma olmaktadır.

Kullanıcıların çoğunda adet düzeni değişiklikleri görülmüştür. Programsız izlemelerde adet düzeninin değişmediğini söyleyenler sadece %7.2 iken birinci programlı izlemede % 26.1'dir. Yöntemi 6 ay ve bir yıl kullananların vücut

ağırlığı, sistolik ve diastolik kan basınçlarında başlangıç düzeyine göre istatistiksel olarak önemli bir fark görülmemiştir.

Araştırmanın boyunca izlenen kullanıcıların %57.1'inin 2. enjeksiyona devam ettiği, %23.6'sının dört enjeksiyon yaptırarak bir yıl boyunca DMPA ile korunduğu anlaşılmıştır. Yöntem bırakma formu doldurulan kadınların %76.8'i adet düzeniyle ilgili değişiklikler nedeniyle yöntemi bıraktıklarını bildirmişlerdir. Sağlık kaygısı duyma (%7.5) ve baş ağrısı (%4.5) diğer önemli bırakma nedenleridir. Yöntem bırakanların %58.1'i başka çocuk sahibi olmak istemezken, %30.2'si hiç bir yeni yöntem almamıştır.

Sonuç olarak çok etkili bir aile planlaması yöntemi olduğu bildirilen DMPA için yöntem devamsızlığının yüksek olduğu, kullanıcıların daha iyi izlenmesinin ve danışmanlık hizmeti verilmesinin gerektiği anlaşılmaktadır.

VII. SUMMARY

Expanding the method mix has been regarded as an effective strategy in the improvement of quality and achievements of the family planning programme, which has been carried on in our country for approximately 30 years. As a long-acting hormonal contraceptive, DMPA has been implemented in many countries for years and has been introduced in Turkey as a pilot implementation in 1996. This study has been conducted in 10 family planning centers in Ankara and Adana; to define the demographic characteristics of DMPA users, factors affecting method choice, side effects, complications and satisfaction between March 1996 and August 1997.

58% of DMPA users were under 30 and 32.8% had finished secondary school or higher. Mean number of pregnancies were 3 while mean number of living children were 2. Mean number of induced abortions were 1. 61.3% of DMPA users did not want any other children. 80% of them switched DMPA from another method, approximately half of which were traditional methods. The main reason for choosing DMPA was the difficulties in using other methods. The effectiveness of the method and the expectation of less side effects also led the users to choose DMPA. 66% of the users started DMPA in the interval period.

While the percentage of users having no complaint about the method was 9.5% in nonprogrammed visits, it was 61.2% in programmed ones. This percentage gradually increased with the number of programmed visits. The most important complaint was irregular bleeding. In nonprogrammed visits, 82% of the users complained of irregular bleeding while this percentage dropped to 31.1% in programmed visits. The frequency of irregular bleeding gradually decreased with the number of programmed visits.

Most of the users had experienced irregular bleeding. The percentage of users who did not report irregular bleeding was only 7.2% in nonprogrammed visits, however, it increased to 28.4% in programmed visits. When weight gain, systolic and diastolic blood pressures were analysed, no significant difference could be found between women who used DMPA for 6 months and for one year.

DMPA users has been followed for 5 injection periods. 57.1% of the users came for the second injection and 23.6% received four injections, thus avoided pregnancy for one year. Among women for whom a quitting form was filled, 76.8% stated that they quitted DMPA because of changes in menstrual cycle. Other main reasons were concerns about health (7.5%) and headache (4.5%). 58.1% of the quitters did not want any other child while 30.2% did not switch to another method.

Consequently, the expansion of DMPA as a highly effective method is likely to contribute the improvement of family planning programme. However, high discontinuation rates suggest the importance of better counselling.

VIII. KAYNAKLAR

- 1 Senlet P, Dervişoğlu AA (Editörler). Kontraseptif Yöntemler: Uluslararası Basım. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Demircioğlu Matbaası, Ankara, 1990.
- 2 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Macro International Inc. Ankara, 1994.
- 3 Toros A (Ed.). Türkiye'de Nüfus Konuları: Politika Öncelikleri. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara, 1993.
- 4 Türkiye'de Uzun Etkili Kontraseptiflerin Kullanıma Sunulması: Stratejik Plan. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 1993.
- 5 Ermumcu Balkan G, Dervişoğlu AA (Editörler). Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık, Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA). Ankara, 1994.
- 6 Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejileri. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, 1996.
- 7 Turkish Population and Health Survey 1988. Hacettepe University Institute of Population Studies, Ankara, 1989.
- 8 Demirel S. Türkiye'de Nüfus Konuları: Politika Öncelikleri Toplantısı Açılış Konuşması. Nüfusbilim Dergisi 1994;16:107-12.
- 9 Progestin-Only Injectable Contraceptives (Chapter 6). In: Guidelines for Clinical Procedures in Family Planning: A Reference for Trainers. Revised Second Edition. Program for International Training in Health (INTRAH), School of Medicine, University of North Carolina, USA, 1994.
- 10 Richard BW, Lasagna L. Drug Regulation in the United States and the United Kingdom: The Depo-Provera Story. Ann Intern Med 1987;106:886-91.
- 11 Rosenfield A, Maine D, Rochat R, et al. The Food and Drug Administration and MPA: What Are the Issues? JAMA 1983;249:2922-8.

- 12 WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. Breast Cancer and Depot-MPA: A Multinational Study. *Lancet* 1991;338:833-8.
- 13 WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. Depot-Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) and Risk of Endometrial Cancer. *Int J Cancer* 1991;49:186-90.
- 14 WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. Depot-Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) and Risk of Epithelial Ovarian Cancer. *Int J Cancer* 1991;49:191-5.
- 15 Paul C, Skegg DCG, Spears GFS. Depot MPA (Depo-Provera) and Risk of Breast Cancer. *Br Med J* 1989;299:759-62.
- 16 Wingo PA, Lee NC, Ory HW; et al. Age-Specific Differences in The Relationship Between Oral Contraceptive Use and Breast Cancer. *Obstet Gynecol* 1991;78:161-70.
- 17 Gwinn ML, Lee NC, Rhodes PH, et al. Pregnancy, Breast Feeding, and Oral Contraceptives and the Risk of Epithelial Ovarian Cancer. *J Clin Epidemiol* 1990;43:559-68.
- 18 Kaunitz AM. Long-Acting Injectable Contraception with Depot Medroxyprogesterone Acetate. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(5):1543-9.
- 19 Heber KR. MPA As an Injectable Contraceptive. *Aust Fam Phys* 1988;17:199-204.
- 20 Jarman H, Kovacs GT, Wescott M. Depo Provera: A Profile of Current Users. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1990;30:74-6.
- 21 Paul C, Skeggs DCG, Spears GFS. Contraceptive Practice in New Zealand. *N Z Med J* 1988;101:809-13.
- 22 Kirton KT, Cornette JC. Return of Ovulatory Cyclicity Following an Intramuscular Injection of MPA (Provera). *Contraception* 1974; 10:39.
- 23 Ortiz A, Hiroi M, Stanczyk FZ, et al. Serum MPA (MPA) Concentrations and Ovarian Function Following Intramuscular Injection of Depo-MPA. *J Clin Endocrinol Metab* 1977; 44:32-8.

- 24 Koetsawang S, Shrimanker K, Fotherby K. Blood Levels of Medroxyprogesterone Acetate After Multiple Injections of Depoprovera or Cycloprovera. *Contraception* 1979;20:1-4.
- 25 Wright CE, Antal EJ, Gillespie WR, et al. Effect of injection Volume on the Bioavailability of Sterile MPA Suspension. *Clin Pharmacol Ther* 1983;2:435-8.
- 26 Mishell DR, Kletzky OA, Brenner PF, et al. The Effect of Contraceptive Steroids on Hypothalamic-Pituitary Function. *Am J Obstet Gynecol* 1977;128:60-74.
- 27 Mishell DR, Kharma KM, Thorneycroft IH, Nakamura RM. Estrogenic Activity in Women Receiving an Injectable Progestogen for Contraception. *Am J Obstet Gynecol* 1972;113:372.
- 28 WHO Task Force on Long-Acting Systemic Agents for Fertility Regulation. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction: A Multicentered Phase III Comparative Clinical Trial of Depot Medroxyprogesterone Acetate Given Three-Monthly at Doses of 100 Mg Or 150 Mg. I: Contraceptive Efficacy and Side Effects. *Contraception* 1986;34:223-35.
- 29 Trussel J, Kost K. Contraceptive Failure in The United States: A Critical Review of the Literature. *Stud Fam Plann* 1987;18:237-83.
- 30 Siringse T, Snidvongs W, Tantayaporn P, et al. Effect of Depo-Medroxyprogesterone Acetate on Serum Progesterone Levels When Administered on Various Cycle Days. *Contraception* 1982;26:487-93.
- 31 Fotherby K, Koetsawang S, Mathrubutham M. Pharmacokinetic Study of Different Doses of Depo Provera. *Contraception* 1980;22:527-36.
- 32 *Injectable Contraceptives. Their Role in Family Planning Care.* World Health Organization, Geneva, 1990.
- 33 Mishell DR, El-Habashy MA, Good RG, et al. Contraception with an Injectable Progestin: A Study of Its Use in Postpartum Women. *Am J Obstet Gynecol.* 1968; 101:1046-53.
- 34 Belsey EM. Vaginal Bleeding Patterns Among Women Using One Natural and Eight Hormonal Methods of Contraception. *Contraception* 1988;38:181-206.

- 35 Stubblefield PG. Menstrual Impact of Contraception. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(5):1513-22.
- 36 Long-Acting Contraceptive Steroids (Chapter 42). In: *Infertility, Contraception and Reproductive Endocrinology*. Mishell DR, Davajan V, Lobo RA (Eds.). 3rd Edition, Blackwell Scientific Publications, Boston, 1991.
- 37 Pardthaisong T. Return of Fertility After Use of The Injectable Contraceptive Depo-Provera: Updated Analysis. *J Biosoc Sci* 1984;16:23-34.
- 38 Cundy T, Evans M, Roberts H, et al. Bone Density in Women Receiving Depot Medroxyprogesterone Acetate for Contraception. *Br Med J* 1991;303:13-16.
- 39 Fahmy K, Khairy M, Allam G, et al. Effect of Depomedroxyprogesterone on Coagulation Factors and Serum Lipids in Egyptian Women. *Contraception* 1991;44:431-44.
- 40 WHO Task Force on Long-Acting Systemic Agents for Fertility Regulation. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction: A Multicentre Comparative Study of Serum Lipids and Apolipoproteins in Long-Term Users of DMPA and a Control Group of IUD Users. *Contraception* 1993;47:177-91.
- 41 Enk L, Landgren BM, Lindberg UB, Silfverstolpe G, Crona N. A Prospective, One-Year Study on the Effects of Two Long-Acting Injectable Contraceptives (Depot Medroxyprogesterone Acetate and Norethisterone Oenanthate) on Serum and Protein Lipids. *Horm Metab Res* 1992;24:85-9.
- 42 Garza-Flores J, De La Cruz DL, Valles De Bourges V, et al. Long-Term Effects of Depot-Medroxyprogesterone Acetate on Lipoprotein Metabolism. *Contraception* 1991;44:61-71.
- 43 Huovinen K, Tikkanen MJ, Autio S, et al. Serum Lipids and Lipoproteins during Therapeutic Amenorrhea Induced By Lynestrenol and Depo-Medroxyprogesterone Acetate. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70:349-54.
- 44 Fraser IS, Weisberg E. A Comprehensive Review of Injectable Contraception with Special Emphasis on Depot Medroxyprogesterone Acetate. *Med J Aust* 1981;1 (Special Suppl.);1-20.

- 45 Jaffe B, Harlap S, Baras M, et al. Long-Term Effects of MPA on Human Progeny: Intellectual Development. *Contraception* 1988;37(6):607-19.
- 46 Chilvers C. Breast Cancer and Depot-Medroxyprogesterone Acetate: A Review. *Contraception* 1994;49:211-22.
- 47 Depot-Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) and Cancer: Memorandum From A WHO Meeting. *Bulletin of the World Health Organization* 1986;64(3):375-82.
- 48 Depot-Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) and Cancer: Memorandum From A WHO Meeting. *Bulletin of the World Health Organization* 1993;71(6):669-76.
- 49 La vecchia C. Depot- Medroxyprogesterone Acetate, Other Injectable Contraceptives and Cervical Neoplasia. *Contraception* 1994; 49:223-30.
- 50 Lumbiganon P. Depot-Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) and Cancer of the Endometrium and Ovary. *Contraception* 1994;49:203-9.
- 51 Skegg DCG, Dphil MB, Noonan EA, et al. Depot-Medroxyprogesterone Acetate and Breast Cancer: A Pooled Analysis of the WHO and New Zealand Studies. *JAMA* 1995;273(10):799-804.
- 52 Schwallie PC, Assenzo JR. Contraceptive Use Efficacy Study Utilizing Medroxyprogesterone Acetate Administered as an Intramuscular Injection Once Every 90 Days. *Fertil Steril* 1973;24:331-9.
- 53 Hankoff L, Darney PD. Contraceptive Choices for Behaviorally Disordered Women. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(6):1986-9
- 54 Harris D, Ridley CM. Striae From Depo-Provera Injections [Letter]. *Clin Exp Dermatology* 1996;21:172.
- 55 Earl DT, David DJ. Depo-Provera: an Injectable Contraceptive. *Am Fam Phys* 1994;49(4):891-4.
- 56 Kamau RK, Maina FW, Kigundu C, et al. The Effect of Low-Oestrogen Combined Pill, Progestogen-Only Pill and Medroxyprogesterone Acetate on Oral Glucose Tolerance Test. *East Afr Med J* 1990;67:550-5.
- 57 Virutamasen P, Wongsrichanalai C, Tangkeo P, et al. Metabolic Effects of Depot-Medroxyprogesterone Acetate in Long-Term Users: A Cross-Sectional Study. *Int J Gynaecol Obstet* 1986;24:291-6.

- 58 Mark I. Medroxyprogesterone Acetate as a Contraceptive for Female Drug Addicts. *Scand J Soc Med* 1983;1:75-80.
- 59 Sotaniemi EA, Hynynen T, Ahlqvist J, et al. Effects of Medroxyprogesterone on the Liver Function and Drug Metabolism of Patients with Primary Biliary Cirrhosis and Chronic Active Hepatitis. *J Med* 1978;9:L17-28.
- 60 Koetsawang S. The Effects of Contraceptive Methods on the Quality and Quantity of Breast Milk. *Int J Gynaecol Obstet* 1987;25(Suppl):L15-27.
- 61 Laukaran VH. The Effects of Contraceptive Use on the Initiation and Duration of Lactation. *Int J Gynaecol Obstet* 1987;25(Suppl):129-42.
- 62 Jimenez J, Ochoa M, Paz Soler M, Portales P. Long-Term Follow-Up of Children Breast-Fed by Mothers Receiving Depot-Medroxyprogesterone Acetate. *Contraception* 1984;30(6):523-33.
- 63 Virutamasen P, Leepipatpaiboon S, Kriengsinyot R, et al. Pharmacodynamic Effects of Depot-Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) Administered to Lactating Women on Their Male Infants. *Contraception* 1996;54:153-7.
- 64 WHO Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction: Progestogen-Only Contraceptives During Lactation: II. Infant Development. *Contraception* 1994;50:55-68.
- 65 Topozada M, Onsy FA, Fares E, et al. The Protective Influence of Progestogen-Only Contraception against Vaginal Moniliasis. *Contraception* 1979;20:99-103.
- 66 Gray RH. Reduced Risk of Pelvic Inflammatory Disease with Injectable Contraceptives [Letter]. *Lancet* 1985; 1:1046.
- 67 Mattson RH, Cramer JA, Caldwell BV, et al. Treatment of Seizures with Medroxyprogesterone Acetate: Preliminary Report. *Neurology* 1984;34:1255-8.
- 68 Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 1994.
- 69 Cuong DT, My Huong NT. Comparative Phase III Clinical Trial of Two injectable Contraceptive Preparations, Depot-Medroxyprogesterone

- Acetate and Cyclofem, in Vietnamese Women. *Contraception* 1996;54:169-79.
- 70 Salem HT, Salah M, Aly MY, et al. Acceptability of Injectable Contraceptives in Assiut, Egypt. *Contraception* 1988;38(6):697-710.
- 71 Sekadde-Kigundu C, Mwathe EG, Ruminjo JK, et al. Acceptability and Discontinuation of Depo-Provera, IUCD and Combined Pill in Kenya. *East Afr Med J* 1996;786-94.
- 72 Younis MN, El Messeri Nadeem N, Salem HI, et al. Factors Affecting Acceptability of Long-Acting Contraceptive Injections in a Rural Egyptian Community. *J Biosoc Sci* 1987;19:305-11.
- 73 Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al (Editors). *Contraceptive Technology*. 16th Revised Edition. Irvington Publishers Inc., New York, 1994.
- 74 Shaaban M. The Perimenopause and Contraception. *Maturitas* 1996;23:181-92.
- 75 Cromer BA, Mcardle Blair J, Mahan JD, et al. A Prospective Comparison of Bone Density in Adolescent Girls Receiving Depot-Medroxyprogesterone Acetate (Depo-Provera), Levonorgestrel (Norplant), or Oral Contraceptives. *J Pediatr* 1996;129(5):671-6.
- 76 Cromer BA, Smith RD, Mcardle Blair J, et al. A Prospective Study of Adolescents Who Choose Among Levonorgestrel (Norplant), Medroxyprogesterone Acetate (Depo-Provera), or the Combined Oral Contraceptive Pill for Contraception. *Pediatrics* 1994;94(5):687-94.
- 77 Grimes DA. A 17-Year-Old Mother Seeking Contraception. *JAMA* 1996;276(14):1163-70.
- 78 Özcebe H, Dervişoğlu AA. Türkiye'de Gençler Arasında Doğurganlık Bir Sorun mudur? *Nüfusbilim Dergisi* 1993;15:33-53.
- 79 Afşar A, Biliker MA. Türkiye'de Ana Sağlığı Hizmetlerinin Kullanımı. Akın A, Bertan M (Editörler), Türkiye'de Kontrasepsiyon, Düşükler ve Ana Sağlığı Hizmetleri: 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları. T.C. Sağlık Bakanlığı, Macro International Inc. Calverton, Maryland, 1996.

- 80 Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Ankara, 1995.
- 81 Cooperating Agencies Meeting on Depo-Provera: Providing Quality Services. New York City, March 4, 1993.
- 82 Ergör G, Akın A. Abortion in Turkey. In: Akın A and Bertan M (Eds.), Contraception, Abortion and Maternal Health Services in Turkey: Results of Further Analysis of 1993 Turkish Demographic and Health Survey. Ministry of Health (Turkey) and Macro International Inc. Calverton, Maryland, 1996.
- 83 WHO Task Force on Long-Acting Systemic Agents for Fertility Regulation. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction: A Multicentered Pharmacokinetic, Pharmacodynamic Study of Once-A-Month injectable Contraceptives. I. Different Doses of HRP112 and Depoprovera. Contraception 1997;36(4):441-57.
- 84 WHO Task Force on Long-Acting Systemic Agents for Fertility Regulation. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction: A Multicentered Phase III Comparative Study of Two Hormonal Contraceptive Preparations Given Once a Month by intramuscular injection. II. The Comparison of Bleeding Patterns. Contraception 1989;40(5):531-51.
- 85 Ünalın T. Reproductive Expectations and Fertility Trends in Turkey. In: Fertility Trends, Women's Status, and Reproductive Expectations in Turkey. HIPS, Macro Inc. Calverton, Maryland, 1997.
- 86 Depo Provera Odak Grup Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, AVSC International, 1997.
- 87 Curtis SL, Hammerslough CR. Model Further Analysis Plan: Contraceptive Use Dynamics. Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA, 1995.
- 88 Enünlü T, Güçüz Doğan B. Türkiye'de Kontraseptif Kullanım Dinamikleri. Akın A ve Bertan M (Editörler). Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Macro International Inc. Calverton, Maryland, USA, 1996.

- 89 Çilingiroğlu NE. Gebelikten Koruyucu Yöntem Bırakma Nedenleri: Gülveren, Akyurt ve Çubuk Merkez Sağlık Ocakları Deneyimi (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 1990.
- 90 Titus K. Even as New Options Emerge, Gynecologists Urge Women to Find Older Contraceptives User-Friendly. JAMA 1996;276(6):440-1.



IX. ÖZGEÇMİŞ

Adı, Soyadı : Ahmet Afşar
 Doğum Tarihi : 19.7.1964
 Doğum Yeri : Ankara
 Yabancı Dili : İngilizce
 Ev Adresi : Necatibey Cad. Yeşilirmak Sok. 5/6
 06430 Yenışehir/ANKARA
 İş Adresi : Sağlık Bakanlığı
 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel
 Müdürlüğü
 06434 Sıhhiye/ANKARA
 Elektronik Posta : afsar@bigfoot.com

EĞİTİM

1997	Yönetim Eğitimi Kursu ODTÜ İşletme Bölümü
1996	Hızlı ve Etkili Okuma Kursu Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
1996	Zaman ve Stres Yönetimi Kursu Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
1995	Sağlık İnsan Gücü Projeksiyon Modelleri Eğitimi Dünya Sağlık Örgütü, Ankara
1995	DemProj Eğitim Kursu The Futures Group International, Washington DC
1995	EASEVAL Eğitim Kursu The Futures Group International, Washington DC
1994	Target-Cost Modeli Eğitim Kursu The Futures Group International, Washington DC
1994	Aile Planlaması Lojistik Yönetimi Kursu John Snow Inc., Arlington, Virginia
1993	İshalli Hastalıklar Kontrol Programı, Ulusal Program Yöneticileri Eğitim Kursu Dünya Sağlık Örgütü, Ankara
1993	Genişletilmiş Bağışıklama Programı Eğitim Kursu Dünya Sağlık Örgütü, Ankara
1991-	Halk Sağlığı Doktora Programı Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
1982-1989	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

İŞ DENEYİMİ

1996-	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ana Sağlığı Şube Müdürü
1995	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ana Sağlığı ve Aile Planlaması Dairesi'nde Hekim
1993-1995	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Çocuk Sağlığı Dairesi'nde Hekim
1992-1993	Ankara Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü
1992	Cumhurbaşkanlığı Muhafız Alayı Hekimi
1991-1992	Ankara Sağlık Müdürlüğü İl Soğuk Zincir Sorumlusu
1989-1991	Ankara Numune Hastanesi Hızır Acil Servisi Hekimi

KONGRELER

- III. Ulusal Demografi Konferansı. 2-5 Aralık 1997, Ankara.
- IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 12-16 Eylül 1994, Didim.
- III. Halk Sağlığı Günleri. 5-7 Mayıs 1993, Kayseri.
- III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 30 Nisan-2 Mayıs 1992, Ankara.
- II. Halk Sağlığı Günleri. 20-22 Mayıs 1991, Bursa.

BİLGİSAYAR DENEYİMİ

Veri Tabanı-İstatistik	: SPSS EPI INFO EPIMAP
Hesap Tablosu	: MS Excel for Windows Borland Quattro Pro
Sunum	: MS Powerpoint for Windows Harvard Graphics
Kelime İşlem	: MS Word for Windows Lotus AmiPro

Özel Programlar : Target-Cost Modeli (The Futures Group International)
DemProj (The Futures Group International)
EASEVAL (The Futures Group International)
Health Ware (MSH/FPMD)
Human Resources for Health Projection Model (WHO)
CTS-Contraceptives Tracking Software (CDC/FPLM)

YAYINLAR

1. Afşar A, Biliker MA. Türkiye'de Ana Sağlığı Hizmetlerinin Kullanımı. Akın A, Bertan M (Editörler), Türkiye'de Kontrasepsiyon, Düşükler ve Ana Sağlığı Hizmetleri: 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları. T.C. Sağlık Bakanlığı, Macro International Inc. Calverton, Maryland, 1996.
2. Afşar A, Açıkalın İ. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yönetim. Turaman C, Ed., Aile Sağlığı Programı Eğitim Kitapları Dizisi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Alman Teknik İşbirliği Kurumu, 1998

XII. EKLER

- EK-1** Kullanıcı Dosyası
- EK-2** Kullanıcı Bilgi Formu
- EK-3** İzleme Formu
- EK-4** Yöntem Bırakma Formu
- EK-5** İzleme Kartı
- EK-6** Sağlık Personeli İçin Kullanılan Eğitim Materyali
- EK-7** Kayıtların Doldurulması ile İlgili Eğitim Materyali
- EK-8** Depo Provera 150 Prospektüs Bilgisi
- EK-9** DMPA Uygulama Eğitimi Alan ve Araştırmaya Katılan Personel



EK-1 Kullanıcı Dosyası

Protokol No

**NORPLANT® / ENJEKTABL KONTRASEPTİFLER / TÜP LİGASYONU
KAYIT FORMU**

KLİNİK ADI

İsim	_____
Adres	_____
Sokak	_____
Şehir/Kod	_____
Telefon No	_____
2. Adres	_____
Sokak	_____
Şehir/Kod	_____
Telefon No	_____

KULLANICI NO

UYGULANAN YÖNTEM	
Enjektabl Kontraseptifler	İlk Uygulama tarihi: ___ / ___ / ___ Uygulayıcı: _____
Norplant®	Uygulama tarihi: ___ / ___ / ___ Çıkarma tarihi: ___ / ___ / ___ Dr: _____
Tüp Ligasyonu	Uygulama tarihi: ___ / ___ / ___ Dr: _____
Diğer	_____

Tıbbi Tarama
(Sadece Norplant® ve Enjektabl Kontraseptif kullanıcıları için doldurulacaktır.)

Tıbbi Öykü	Evet	Hayır	Yorumlar
Gebelik olasılığı			
Sarılık, aktif ya da geçirilmiş karaciğer veya safra kesesi hastalığı veya karaciğer tümörleri			
Yakın tromboembolik hastalık			
Tanı konmamış vajinal kanama			
Memede kitleler veya tanı konmuş kanser ya da kanser şüphesi			
Diyabet			
Hipertansiyon			
Migren, şiddetli baş ağrıları, epilepsi			
Depresyon			
Şiddetli anemi			

Jinekolojik Öykü

Son adet başlama tarihi: ___ / ___ / ___ Adet Sıklığı: ___ Kanama süresi: ___

Geçmişte adet kanaması düzensizlikleri oldu mu?

- Hayır Fazla kanama Uzun süren kanama Lekelenme
 Diğer (belirtiniz) _____

Fizik Muayene

Kan basıncı: ___ / ___

Ağırlık: ___

Meme muayenesi: Normal Anormal (belirtiniz) _____ Yapılmadı

Yorumlar, diğer muayeneler/bulgular (pelvik muayene vb. gibi yapılan muayene türünü, nedenini belirtiniz ve bulguları açıklayınız.)



SONUC

YÖNTEM	YÖNTEM UYGULANDI	RANDEVU VERİLDİ	YÖNTEME DEVAM
RIA			
HAP			
KONDOM			
NORPLANT®			
ENJEKTABL			
TL			
VAZİKTOMİ			
HİÇBİR İŞLEM YAPILMADI			

Yöntem Uygulaması Norplant® / Enjektabl Kontraseptifler

Uygulanan Yöntem Norplant® Enjektabl

Uygulama Tarihi: __ / __ / __

Bir Sonraki Uygulama Tarihi: __ / __ / __
(Kontrol)

Uygulayıcı: _____

İmza: _____

Norplant® için

1. Norplant® uygulamasında problemle karşılaşıldı mı?

- Hayır Derin yerleştirildi Yüzeysel yerleştirildi
 Bir-iki kapsül kesiyeye çok yakın yerleştirildi
 Diğer (belirtiniz) _____

2. Yorumlar (mümkünse çiziniz)

Uygulama yerinin 1 hafta sonra muayenesi

3. Kontrol ziyaretinin tarihi: __ / __ / __

4. Başvuranın şikayetleri (uyanları işaretleyiniz)

- Yok Ağrı Ateş Kanama
 Diğer (belirtiniz) _____

5. Yerleştirme sonrası komplikasyonlar (uyanları işaretleyiniz)

- Yok Ağrı Kızarıklık Şişme Allerjik reaksiyon
 Diğer (belirtiniz) _____

6. Yorumlar (tedavi/sonuç)

7. Bir sonraki ziyaretin tarihi: __ / __ / __

İmza: _____





Ek-2 Kullanıcı Bilgi Formu

Klinik Adı : _____
Kullanıcı No : _____
Adı Soyadı : _____

**NORPLANT® / ENJEKSİYON KONTRASEPTİFLER /TÜP LİGASYONU
KULLANICI BİLGİ FORMU**

A. Genel Bilgiler

- Yaşı: ___
- Eğitim durumu
 Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul
 Lise Üniversite
- Para getiren bir işte çalışıyor mu?
 Evet (belirtiniz) _____
 Hayır
- Sosyal güvence durumu (kendisi ya da eşi)
 Yok SSK Emekli Sandığı Bağ-Kur
 Diğer (belirtiniz) _____
- Toplam gebelik sayısı _____
- Canlı doğum sayısı _____
- Yaşayan çocuk sayısı _____
- İsteyerek düşük sayısı _____
- Halen emziriyor mu? _____

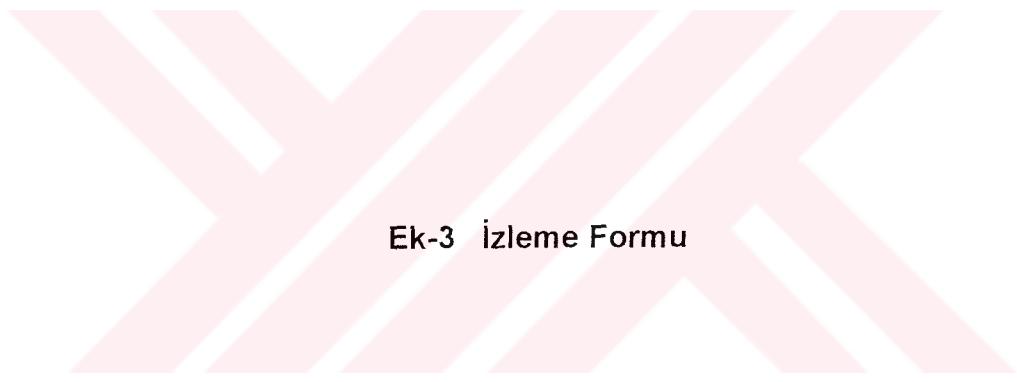
B. Danışmanlık

- Daha önce danışmanlık yapıldı mı? Evet ___ kez Hayır
- Danışmanlığın zamanlaması
 İnterval Doğum sonrası (ilk 6 hafta)
 Küretaj/MR öncesi Küretaj/MR sonrası (ilk 1 hafta)
 Diğer (belirtiniz) _____
- Aile planlaması yöntemi isteme nedeni
 Artık çocuk sahibi olmak istemiyor ___ yıl sonra çocuk sahibi olmak istiyor
 Kararsız
- Son 3 ayda kullanılan yöntem
 Yok RİA Hap Kondom Geri çekme
 Norplant Enjeksiyon Diğer (belirtiniz) _____

(Yöntem kullanmıyor ise 6. soruya geçiniz)

- Kullandığı yöntemi değiştirmek istiyor mu?
Evet Kocasını istemiyor Yan etkileri fazla Sağlık sakıncası
 Elde etmek güç/pahalı Kullanımı zor Güvenilir değil
 Diğer (belirtiniz) _____
 Hayır
- Seçilen yöntem:
 Norplant Enjeksiyon Tüp Ligasyonu
- Yeni yöntemi seçme nedeni:
 Uzun etkili Yan etkisi az Çok etkili Sağlık açısından güvenli
 Elde etmek kolay Eşi istiyor Diğer yöntemleri kullanmakta zorluk çekiyor
 Kalıcı bir yöntem Yeni Diğer (belirtiniz) _____

Danışmanlığın tarihi: ___/___/___



Ek-3 İzleme Formu

Klinik Adı : _____
Kullanıcı No : _____
Adı Soyadı : _____
Uygulamadan sonraki kaçınıcı ziyareti: _____

**NORPLANT® / ENJEKSİYON KONTRASEPTİFLER / TÜP LİGASYONU
İZLEME FORMU**

(Her izlem için ayrı bir izleme formu doldurulacaktır)

Kullanılan yöntem: Norplant® Enjektabl Tüp Ligasyonu
Yöntemin ilk uygulanma tarihi: ___/___/___ Verilen randevu tarihi : ___/___/___
Kontrol geliş tarihi : ___/___/___
Enjeksiyon sayısı : _____

- Ziyaret şekli
Programlanmış Programlanmamış
- Programlanmış ise:
Zamanında (± 7 gün) Erken (< 7 gün) Geç (>7 gün)
Erken ya da geç gelme nedeni (belirtiniz) _____
- Başvuranın şikayetleri (uyanları işaretleyiniz):
Yok Kanama problemleri Şiddetli baş ağrısı Kilo alma
Ağrı Ateş Diğer (belirtiniz) _____
- Son adet tarihi: ___/___/___ Kanama süresi: ___ gün
Adet sıklığı: ___ gün
- Kanama düzensizlikleri
Yok Fazla kanama Uzun süren kanama Lekelenme
Amenore Diğer (belirtiniz) _____
- Kan Basıncı : ___/___ mmHg Ağırlık: ___ kg.

VERİLEN HİZMET

- Muayene (türü) : _____
- Bulgular: _____
- İzlem sonrası danışmanlık Verildi Verilmedi
- Tedavi Uygulandı (Yöntem/doz/süre) _____
Uygulanmadı
- Başvuran kullanmakta olduğu yöntemi seçmiş olmaktan memnun mu?
Evet
Uzun etkili Yan etkisi az Çok etkili Sağlık açısından güvenli
Elde etmek kolay Eşi İstiyor Diğer yöntemleri kullanmakta zorluk çekiyor
Kalıcı bir yöntem Diğer (belirtiniz) _____
Hayır
Fazla kanama Uzun süren kanama Lekelenme Amenore
Eşi İstemiyor Elde etmek güç Diğer (belirtiniz) _____
- Yöntemi başkalarına tavsiye eder mi?
Evet
Uzun etkili Yan etkisi az Çok etkili Sağlık açısından güvenli
Elde etmek kolay Kalıcı bir yöntem Diğer yöntemleri kullanmak daha zor
Diğer (belirtiniz) _____
Hayır
Fazla kanama Uzun süren kanama Lekelenme Amenore
Erkekler memnun değil Sağlık kaygısı
Elde etmek güç Diğer (belirtiniz) _____

Bir sonraki randevu tarihi: ___/___/___



Ek-4 Yöntem Bırakma Formu

Klinik Adı : _____
Kullanıcı No : _____
Adı Soyadı : _____

Uygulamadan sonraki kaçınıcı ziyareti: _____

**NORPLANT® / ENJEKSİYON KONTRASEPTİFLER
YÖNTEM BIRAKMA FORMU**

Kullanılan yöntem: Norplant® Enjeksiyon

Yöntemin ilk uygulanma tarihi: ___/___/___

Yöntemi bırakma tarihi : ___/___/___

Enjeksiyon sayısı : _____

1. Yöntemi bırakma nedeni

- Fazla kanama Uzun süren kanama Lekelenme Amenore
 Eşi İstemiyor Gebelik isteği Sağlık kaygısı
 Elde etmek güç Gebelik Diğer (belirtiniz) _____

2. Yöntemi bırakan başka bir yöntem seçti mi:

- Hayır Norplant® Enjektabl Tüp Ligasyonu RİA Hap
 Kondom Vazektomi Diğer (belirtiniz) _____

Norplant® kullanıcıları için:

3. Çıkarma sırasında karşılaşılan problemler

- Yok Kapsüller kırıldı Hepsi çıkartılamadı, ikinci bir ziyaret gerekiyor
 Diğer (belirtiniz) _____

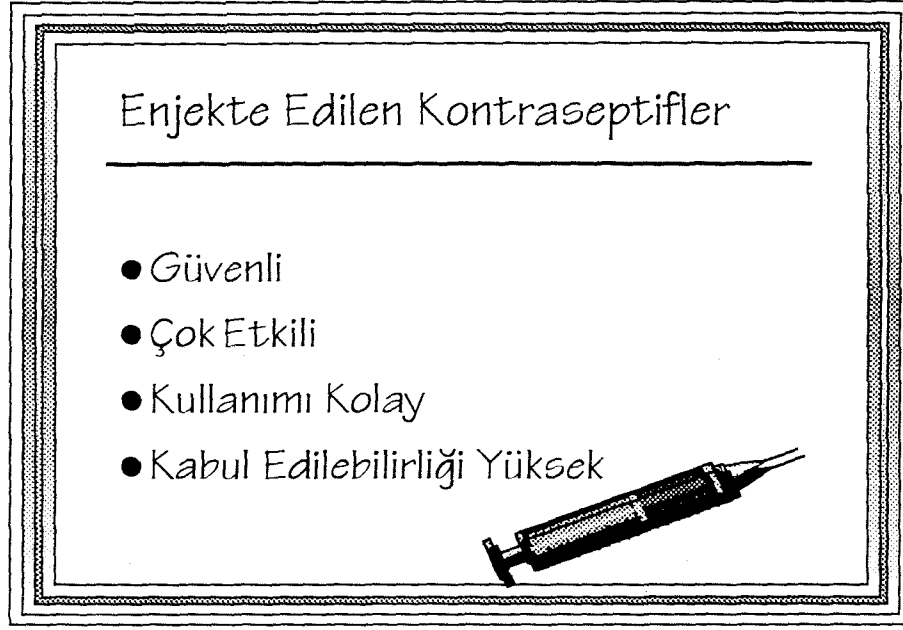


Ek-5 İzleme Kartı

DEPO-PROVERA® İZLEM KARTI	
Adı Soyadı :	
Kullanıcı No:	
Uygulama Tarihi	Uygulama Merkezi
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

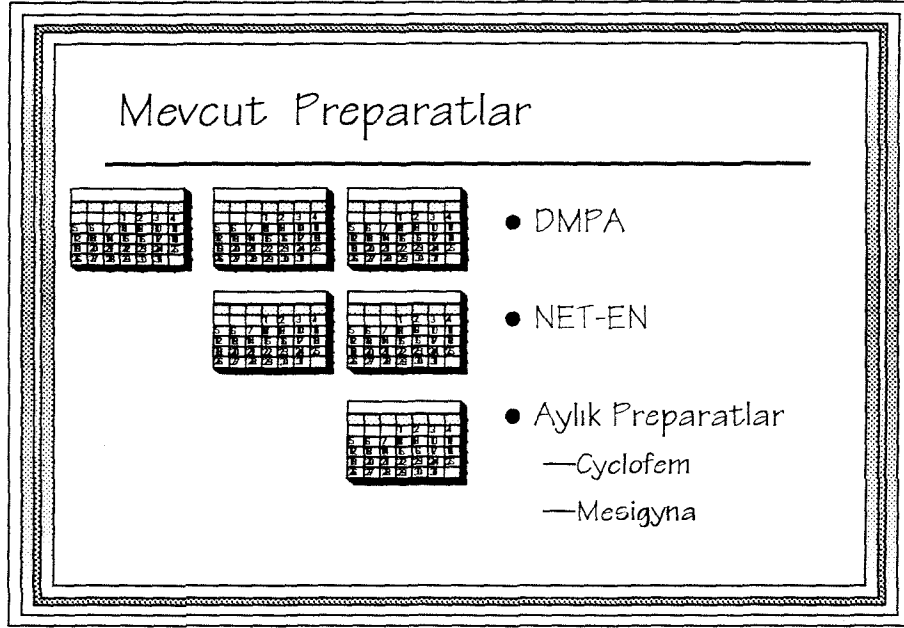


EK-6 Sağlık Personeli İçin Kullanılan Eğitim Materyali

**Genel Bilgi:**

Enjekte edilen kontraseptifler güvenli, etkili ve kolay kullanılabilir kontraseptiflerdir. Kontrendikasyonları çok azdır. Uzun süreden beri kullanılmasına rağmen bu preparatlara bağlı olduğu kanıtlanmış bir tek ölüm vakası bile bulunmamaktadır. Ayrıca halen mevcut olan geri dönüşlü yöntemler arasında da en etkili olarak bilinmektedirler. Başarısızlık hızları bir yıllık kullanımda %1'den azdır.

Enjekte edilen kontraseptifler sunulmaya başlandığından beri pek çok çift tarafından seçilmiştir. Kullanım kolaylıkları ve yüksek düzeydeki etkinlikleri nedeniyle daha çok tercih edilmeye başlanmışlardır. Bu yöntemler cinsel ilişkiden bağımsız olarak kullanılmakta ve kadınların belirli aralıklarla enjeksiyon yaptırmaya gitmekten başka bir çaba harcaması gerekmemektedir.



Enjekteble kontraseptiflerin sınıflanmasında kullanılabilir yöntemlerden biri etkinlik süresidir. Enjekte edilen Preparatlar 1,2 ya da 3 aylık etkinlik süreleri sağlayacak sentetik hormonlar içerirler. Bunlara kısaca bir göz atacak olursak:

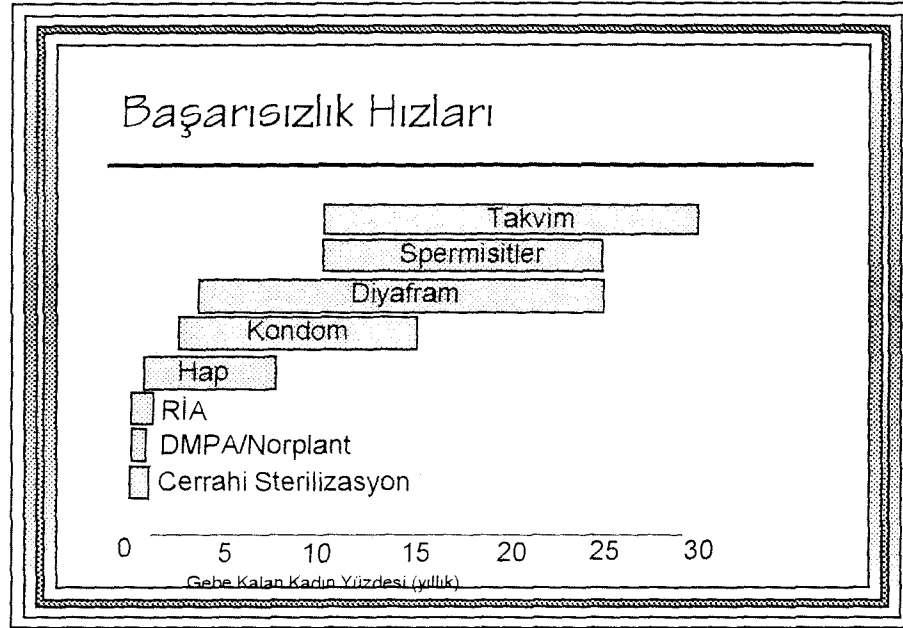
DMPA (depot-medroxiprogesterone acetat) en uzun etki süresine sahip olan preparattır. Ticari adıyla Depo Provera® olarak bilinir ve üzerinde çok fazla çalışma yapılmıştır. DMPA kontraseptif etkisinden yararlanmak için kas içine üç ayda bir kez 150 mg dozunda uygulanır.

DMPA progesteron hormonunun sentetik bir formudur. İçinde östrojen bulunmadığı için buna bağlı yan etkilerden de arınmıştır. Enjeksiyonun yapıldığı bölgeden çok yavaş olarak salınır ve bu nedenle uzun bir etkinlik süresi vardır. 150 mg'lık DMPA enjeksiyonundan sonra kandaki hormon düzeyi hızla artar ve 6 ay kadar varlığını korur. Kontraseptif etkisini ancak 14 hafta kadar sürdürebilir.

NET-EN (norethisterone enanthate) yine sadece progestin içeren bir preparattır. Dünya Sağlık Örgütü'nün bir çalışmasında 60 günde bir uygulandığı zaman iki yıllık kullanım sırasındaki gebelik hızının her yüz kadın için 0.4 olduğu gösterilmiştir ki bu da DMPA ile karşılaştırılabilir bir başarı düzeyidir. 84 gün arayla uygulandığında bu hız 1.4'e çıkmaktadır. Önerilen şema 200mg NET-EN'in 2 aylık aralıklarla uygulanmasıdır. Piyasada Noristerat® ya da Norigest® adlarıyla bulunabilir.

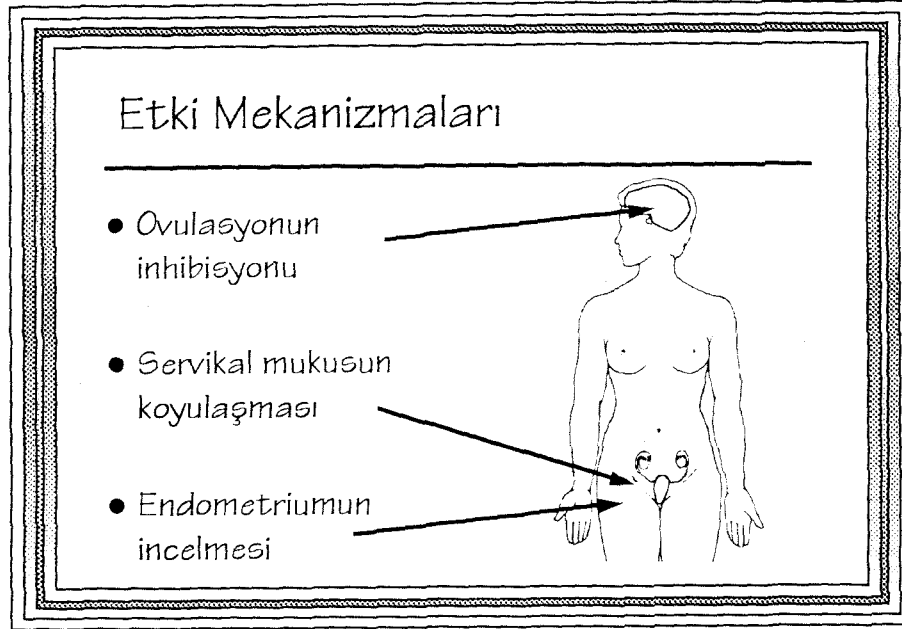
Aylık Enjeksiyon Preparatları:

Bunlar da pek çok ülkede uzun bir süreden beri kullanılmakta olan popüler yöntemlerdir. Bu preparatlarda diğerlerinden farklı olarak progestin-estradiol karışımları bulunur. Bu karışımın aylık olarak uygulanması ile kullanıcıların düzenli olarak adet görmeleri sağlanmaktadır. Ancak diğer yandan tıpkı kombine oral kontraseptiflerde olduğu gibi östrogene bağlı yan etkilerin görülmesine de neden olmaktadır.



Enjekte edilen kontraseptifler en etkili yöntemlerdendir. DMPA kullanan kadınların yüzde 1'den azı bir yıl içinde gebe kalmaktadır. Bazı yöntemlerde başarısızlık hızlarındaki bu geniş aralık yöntemlerin teorik ve pratikteki başarısızlık hızlarının farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Teorik başarısızlık hızı bir yöntemin doğru olarak, kullanılması halinde ne kadar başarısız olacağını göstermektedir. Ancak gerçek başarısızlık hızları çok daha yüksektir. Çünkü sıradan kullanıcılar çoğu zaman yöntemleri ideal şartlarda kullanamazlar.

Enjekte edilen kontraseptifler için gerçek ve teorik başarısızlık hızlarının her ikisi de düşüktür ve neredeyse tüp ligasyonu ile başabaş gitmektedir. Diğer yöntemlerin çoğunda teorik ve gerçek başarısızlık hızları çok farklıdır. DMPA ve Norplant®'ta gerçek başarısızlık hızlarının da çok düşük olması bu yöntemlerin kullanıcıya çok fazla bağımlı olmamalarına bağlıdır. Hap, kondom, diyafram, takvim ... gibi yöntemlerde kullanıcıların davranışları yöntemin başarısını büyük ölçüde etkilerken, DMPA'da kullanıcıların zamanında gidip yeni bir enjeksiyon yaptırmaları yöntemin başarısı için yeterli olmaktadır.



Etki Mekanizmaları:

Enjekte edilen kontraseptiflerin gebeliği önleyici etkileri çeşitli mekanizmaların çalıştırılması (ya da durdurulması)na bağlıdır. Sadece progestin içeren ya da östrogen katkısı da olan enjekte edilen kontraseptiflerin ana etkileri ovulasyonu durdurmalarıdır. Enjekte edilen kontraseptifler hipotalamus ve hipofiz bezlerini inhibe ederler. Bunun sonucunda da Follikül Stimüle edici Hormon ve Lüteinleştirici Hormon salınımı azalır ve ovulasyon durur.

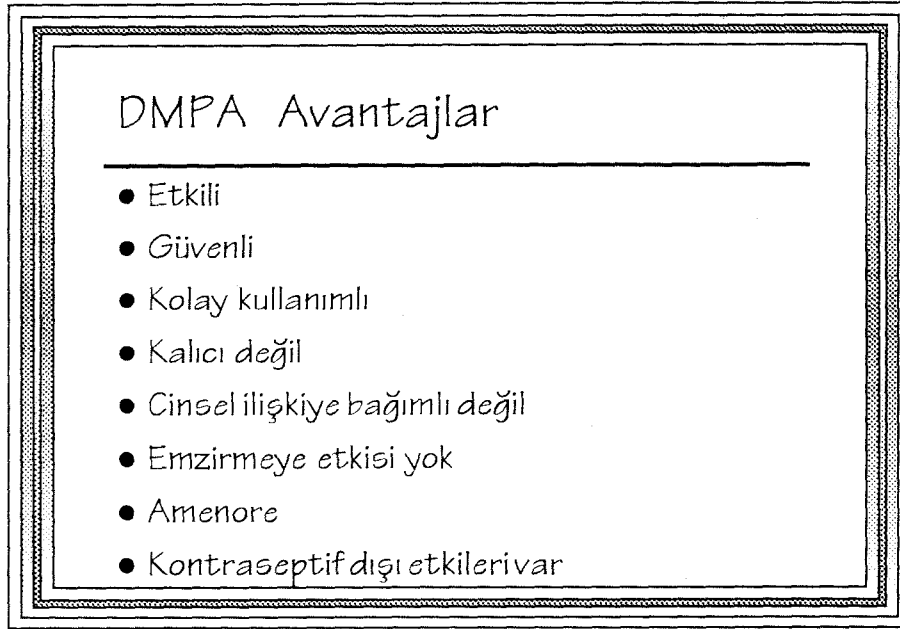
Buna ek olarak servikal mukusun kalınlığını ve kıvamını da artırır ve sperm geçişine karşı mekanik bir bariyer oluştururlar. Böylece ovulasyon olsa bile spermlerin yumurtayı döllemesi engellenmiş olur.

Sadece progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler (DMPA ve NET-EN) endometriumu inceltir ve yumurta fertilize olsa bile implantasyonu engelleyerek olası bir gebelikten korurlar.



Pilot çalışmamızda kullanacağımız preparat DMPA içeren Depo Provera®'dır. DMPA, üzerinde en çok çalışılmış olan ve en çok kullanılan enjekte edilen kontraseptiftir. Halen 106 ülkede 9 milyondan fazla kadın tarafından kullanılmaktadır.

Pek çok çalışmada DMPA'nın güvenli bir yöntem olduğu saptanmıştır. Daha önceki yıllarda bazı hayvan deneylerinde DMPA'nın kansere yol açtığını düşündürebilecek sonuçlar alınmasına rağmen, kullanıcılar üzerinde yapılan epidemiyolojik araştırmalar, insanlar için bu tür bir risk bulunmadığını göstermiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Gıda ve İlaç İdaresi(FDA) tarafından yaptırılan araştırmalarda da kanser yapıcı etki saptanmamış ve 1992 yılında kullanım izni almıştır.



DMPA'nın avantajları:

- ♦ Kontraseptif başarı hızı yüksektir.
- ♦ Güvenli bir yöntemdir. Adolesanlardan 35 yaş üzerine kadar bütün yaş gruplarındaki kadınlarda kullanılabilir. Östrojen içeren kontraseptifleri kullanan kadınlarda rastlanan nadir kardiyovasküler sistem sorunları bu yöntemde görülmemektedir. Ayrıca daha önce de belirtildiği gibi kanser yapıcı etkisi olduğu da gösterilememiştir.
- ♦ Uygulamadan önce pelvik muayene yapılmasını gerektirmemektedir.
- ♦ Kullanıcının enjeksiyonlarını düzenli olarak yaptırması yeterlidir.
- ♦ Çok etkili olduğu halde geri dönüşü olan bir yöntemdir. Ancak fertilitenin geri dönüşü 9-10 ayı bulmaktadır. Eğer istenirse hiç bir yere başvurmaya gerek kalmadan yöntemi bırakmak mümkündür.
- ♦ DMPA kullanımı cinsel ilişkiye bağımlı değildir. Ayrıca evde herhangi bir malzeme bulunmasını gerektirmediği için de kişiye özel bir yöntemdir.
- ♦ Emzirmeye etkisi yoktur. Bu nedenle emziren kadınlar tarafından da rahatlıkla kullanılabilir.
- ♦ Yaklaşık 12 aylık bir kullanımdan sonra DMPA kullanan kadınların büyük bir kısmında amenore gelişmektedir. Bu bir hastalık belirtisi değildir. Yöntemin kesilmesinden bir süre sonra kadınlar yeniden adet görmeye başlamaktadır. Bazı kültürlerde amenore olması bir avantaj olarak görülmektedir.
- ♦ Ayrıca DMPA'nın kontraseptif etkisi dışında da avantajları vardır.

DMPA Kontraseptif Dışı Yararları

- PID riskini azaltır
- Endometrial kansere karşı koruyucudur
- Ektopik gebelik riskini azaltır
- Orak hücreli anemi krizlerini ve şiddetini azaltır
- Mevcut over kisti ve meme kitlelerini geriletir

DMPA kullanıcılarında;

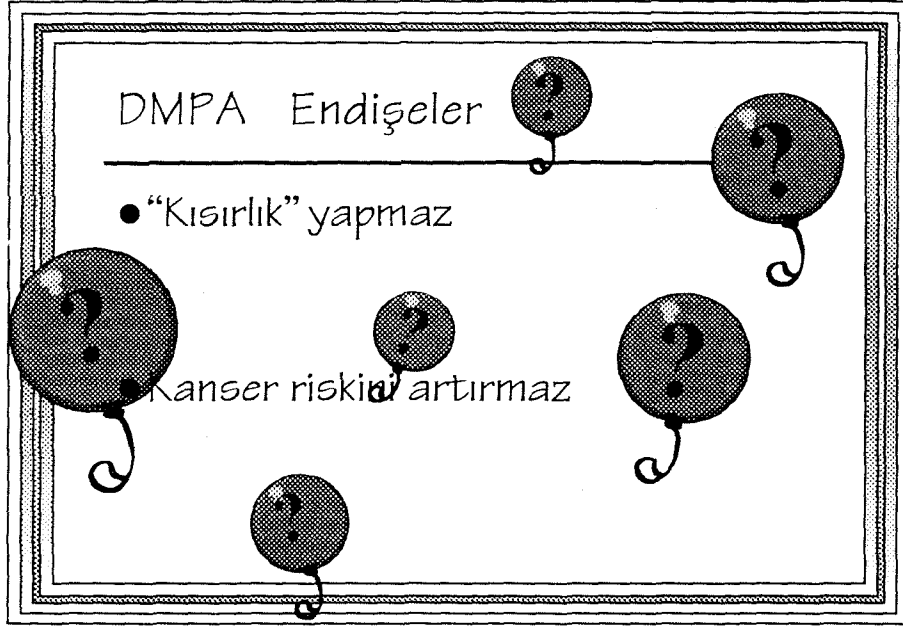
- Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PID) riski azalır.
- Endometrial kanser görülme riski daha azdır.
- Dış gebelik gelişme riski daha düşüktür.
- Orak hücre anemisi olanlarda krizlerin sıklığı ve şiddeti azalmaktadır.
- Mevcut over kistleri ve benign meme kitleleri gerilemektedir.
- Ayrıca özellikle amenoreye bağlı olarak anemiye karşı da yararlı olduğu söylenebilir.

DMPA Dezavantajlar

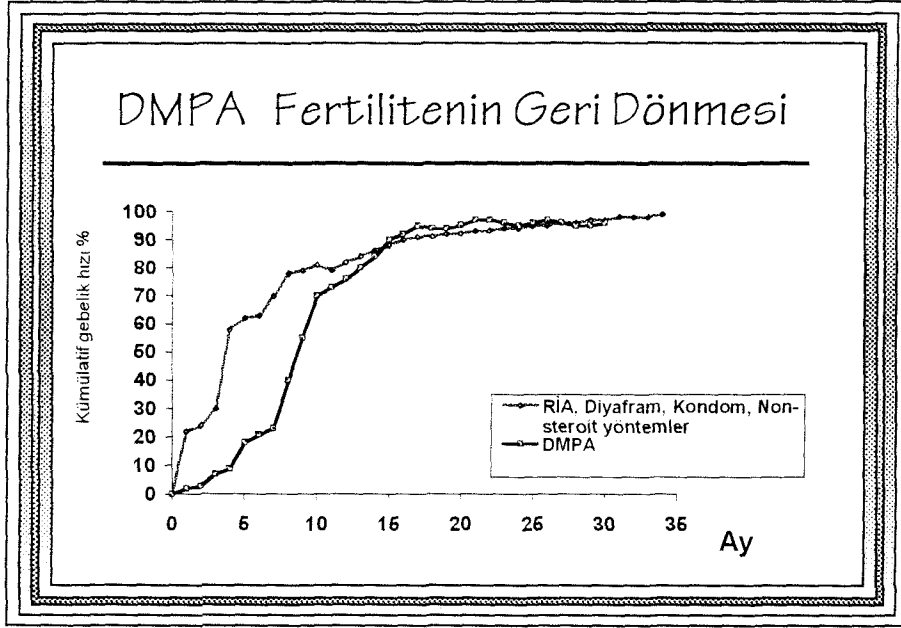
- Adet düzensizlikleri
- Amenore
- Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korumaz
- Fertilitenin geri dönüşünde gecikme
- Hemen bırakmak mümkün değil
- Yan etkiler (kilo alma, baş ağrısı, bulantı, memelerde duyarlılık, mizaç değişikliği gibi)

DMPA'nın dezavantajları:

- Adet düzeninde bozukluklar yapabilmektedir. Özellikle ilk enjeksiyonda sık ve beklenmeyen kanamalara ve lekelenmeye neden olabilir.
- Uzun süre bu yöntemi kullanan kadınlarda amenore gelişmektedir. Ancak bazı kültürlerde bu hoş karşılanmamaktadır.
- PID'ye karşı koruyuculuğu gösterilmiş olsa bile cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu bir etkisi yoktur
- Yöntemin kesilmesinden sonra fertilitenin geri dönüşü uzunca bir süre almaktadır (Ortalama 9 ay).
- Enjekte edilen kontraseptifler uzun etkili olacak şekilde hazırlandıkları için yan etkileri görülse bile bir sonraki enjeksiyona kadar yonteme ara vermek mümkün değildir.
- Ayrıca baş ağrısı, kilo alma, memelerde duyarlılık, mide bulantısı, ruhsal durumda değişiklikler gibi başka bazı hafif yan etkileri olabileceği de gösterilmiştir.



Güvenlikle ilgili bazı konularda kullanıcıların olduğu kadar, yöntemi sunanların da endişeleri vardır. Özellikle DMPA'ya bağlı kanser gelişebileceği ve fertilitenin geri gelmeyeceği konularındaki kaygılar bazı ülkelerde bu yöntemin kullanılmasını etkilemektedir. Hatta aynı nedenle ABD'de kullanımına 1992 yılına kadar izin verilmemiştir.

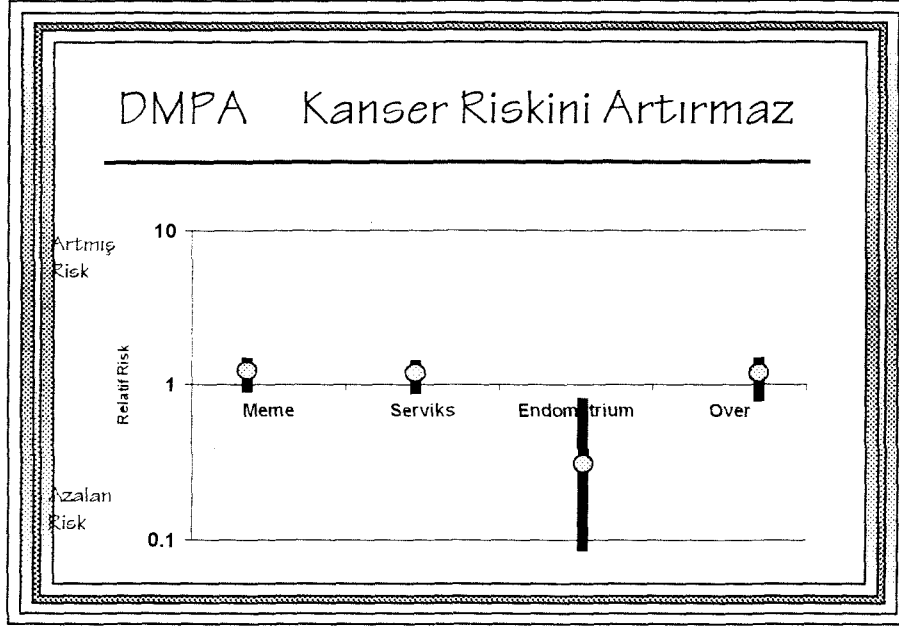


Fertilitenin geri dönüşü:

DMPA kullanan kadınlarda fertilitenin geri dönüşü konusunda çok fazla çalışma vardır. Genel olarak son enjeksiyonun üzerinden 9-10 ay geçtikten sonra fertilitenin geri döneceği kabul edilmektedir.

Son enjeksiyonunu beklenen zamanda yaptırmaktan vaz geçen bir kadın yaklaşık 15 ay sonra hormonal olmayan yöntemleri (RIA, kondom vb.) kullanıp bırakan kadınlarla aynı gebelik şansına sahip olmaktadır.

Ancak yöntemin önerildiği kadınlara fertilitedeki gecikme açıklanarak çocuk isteyen kadınların yöntem kullanmayı çok daha önceden kesmeleri gerektiği anlatılmalıdır.

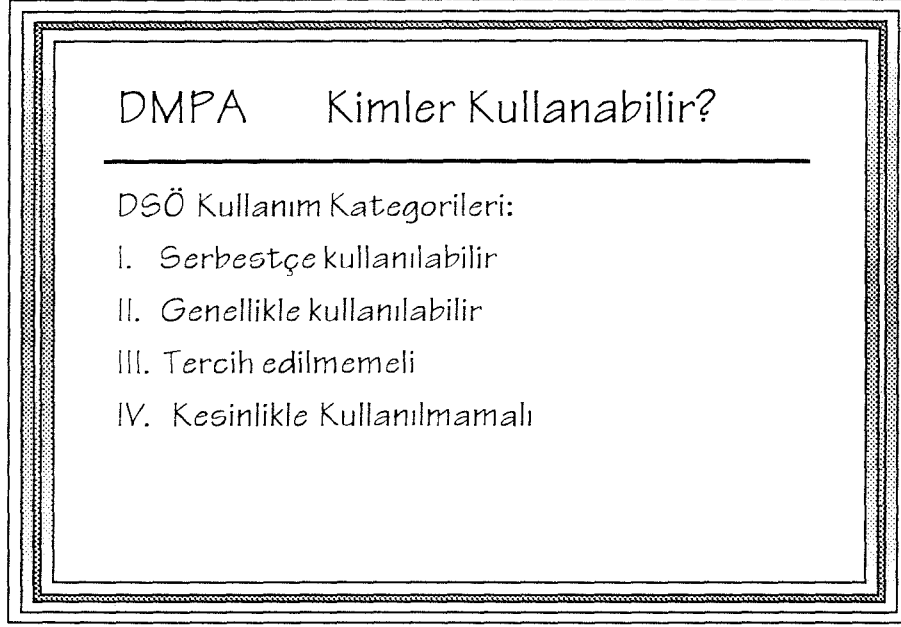


DMPA ve kanser riski:

DMPA kullanan kadınlar arasında kanser riskinin arttığını gösteren bir bulguya rastlanmamıştır. Hatta DMPA kullanımının bazı kanser türlerine karşı koruyucu olduğu bile söylenebilmektedir.

DSÖ tarafından 11000 kişi üzerinde yapılan geniş çaplı bir araştırmada DMPA ve kanser gelişimi arasında ilişki aranmıştır. Bunun sonuçlarına göre DMPA uzun süre kullanılsa bile meme, over ve serviks kanserini artırıcı etki göstermemektedir. DMPA kullanan kadınlar yöntemi bıraktıktan sonra da kanser gelişme riski artmamaktadır. Ayrıca DMPA, tıpkı kombine oral kontraseptifler gibi endometrial kanserlere karşı koruyucu etki göstermektedir. Bu etkisi yöntem kesildikten sonra sekiz yıl boyunca devam etmektedir.

Relatif Risk'in 1 olması DMPA'nın etkisi olmadığını göstermektedir. RR'in 1'den büyük olması riskin arttığını, 1'den küçük değerler ise azaldığını, yani bir tür koruyucu etkisi olduğunu göstermektedir. Örneğin Endometrial kanserlerde relatif risk asla 1'e ulaşmamaktadır ve koruyucu etkiden söz edilebilmektedir.



DSÖ, 1994 yılından beri çeşitli kontraseptif yöntemler için Tıbbi Uygunluk Kriterleri geliştirmektedir. Bu kriterlere göre dört kategori oluşturulmuştur:

1. Serbestçe kullanılabilir.

Kadın tarafından tercih ediliyorsa yalnızca progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler uygun bir seçenektir.

2. Genellikle kullanılabilir:

Yöntemi kullanmanın avantajlarının, teorik ya da kanıtlanmış risklerden daha fazla olduğu durumlar. Bu durumlarda yalnızca progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler genellikle kullanılabilir. Ancak böyle durumlar yöntem seçimini etkileyebilir.

3. Tercih Edilmemeli (Genellikle kullanılamaz)

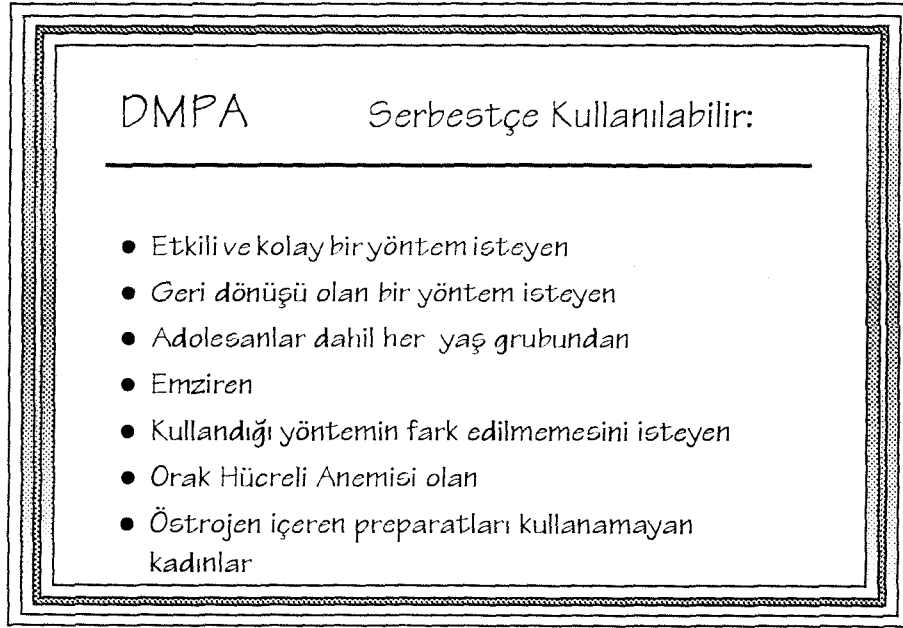
Teorik ya da kanıtlanmış risklerin, yöntemi kullanmanın avantajlarından daha fazla olduğu durumlar.

* Daha uygun yöntemler bulunduğu ve kullanılabildiği sürece bu durumlarda yalnızca progestin içeren enjekte edilen kontraseptiflerin kullanılması tercih edilmemelidir.

* Bu kategorideki hastalıkları taşıyan kadınların yöntemi kullanabilmeleri için dikkatli bir klinik değerlendirmeden geçmeleri ve daha sonra da izlenmeleri gerekmektedir. Tercih edilecek son seçenek olabilir.

4. Kesinlikle kullanılamaz:

Sağlık açısından kabul edilemeyecek derecede risk taşıyan durumlar. Bu durumların varlığında yalnızca progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler kullanılmamalıdır.



1. Serbestçe kullanılabilir.

Kadın tarafından tercih ediliyorsa yalnızca progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler uygun bir seçenektir.

DMPA Genellikle Kullanılabilir

- Tanı konulmamış meme kitlesi
- İnme öyküsü
- Karaciğer sirozu
- Diyabet
- Doğumdan sonra 6 hafta içinde emzirenler
- Orta /ağır hipertansiyon
- 15 yaş ve daha küçükler
- Ağır ve tekrarlayan baş ağrıları
- Servikal/endometrial/ovarian kanserler, diğer pelvik kanserler
- Rifampin/Rifampisin, Griseofulvin, antikoagülan ya da antikonvülsan ilaç kullananlar

2. Genellikle kullanılabilir:

Yöntemi kullanmanın avantajlarının, teorik ya da kanıtlanmış risklerden daha fazla olduğu durumlar. Bu durumlarda yalnızca progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler genellikle kullanılabilir. Ancak böyle durumlar yöntem seçimini etkileyebilir

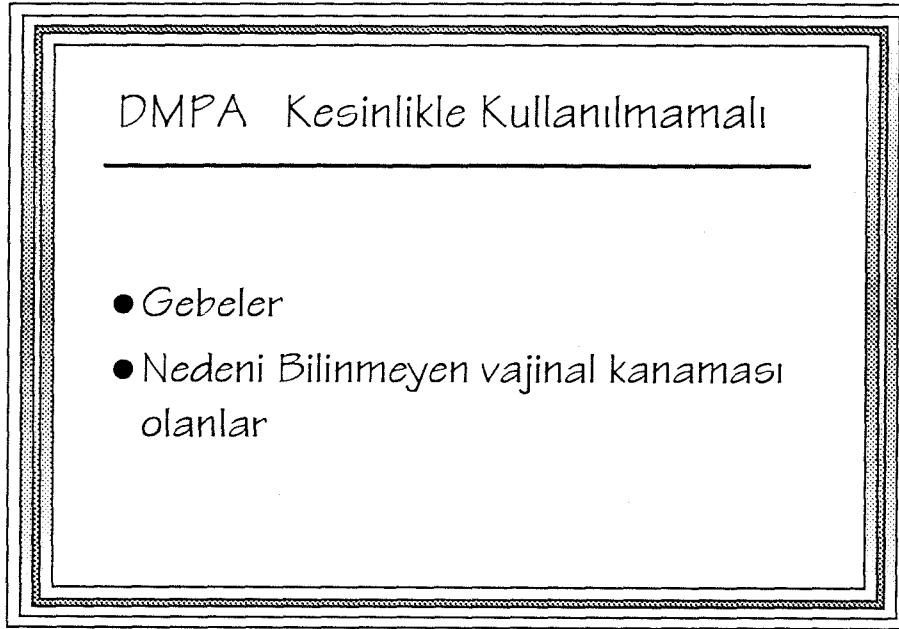
DMPA	Tercih Edilmemeli
	<ul style="list-style-type: none">• Meme Kanseri• Ağır / Aktif karaciğer hastalığı• İyi ya da kötü huylu karaciğer tümörü• İskemik kalb hastalığı (mevcut hastalık, öykü)• Vasküler bozukluk görülen ya da 20 yıldan uzun diyabet• Doğurganlığın hemen dönmesi isteği

3. Tercih Edilmemeli (Genellikle kullanılamaz)

Teorik ya da kanıtlanmış risklerin, yöntemi kullanmanın avantajlarından daha fazla olduğu durumlar.

* Daha uygun yöntemler bulunduğu ve kullanılabilirdiği sürece bu durumlarda yalnızca progestin içeren enjekte edilen kontraseptiflerin kullanılması tercih edilmemelidir.

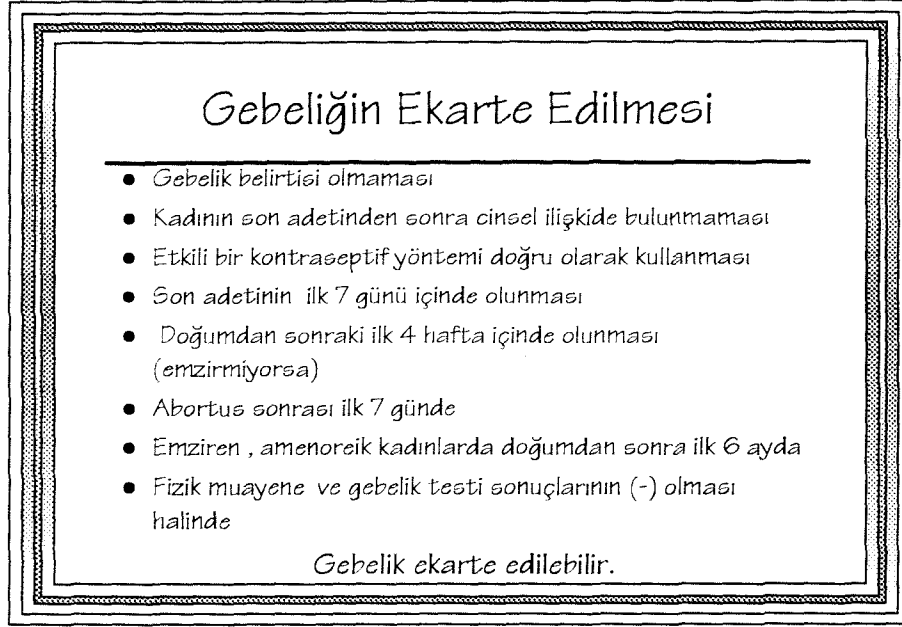
* Bu kategorideki hastalıkları taşıyan kadınların yöntemi kullanabilmeleri için dikkatli bir klinik değerlendirmeden geçmeleri ve daha sonra da izlenmeleri gerekmektedir. Tercih edilecek son seçenek olabilir.



4. Kesinlikle kullanılamaz:

Sağlık açısından kabul edilemeyecek derecede risk taşıyan durumlar. Bu durumların varlığında yalnızca progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler kullanılmamalıdır.

DMPA'nın kullanımında sakınca görülen başlıca iki durum vardır: İlki gebelik ya da kuvvetli gebelik şüphesi, diğeri nedeni bilinmeyen vajinal kanamadır.



Başvuranda göğüslerde duyarlılık, mide bulantısı gibi gebelik düşündürülen belirtilerin olmaması ya da:

- son adetinden sonra hiç cinsel ilişkiye girmemesi,
- modern kontraseptif yöntemlerden birini doğru ve düzenli olarak kullanması,
- son adetinin ilk 7 günü içinde bulunması,
- doğum sonrası ilk 4 hafta içinde (eğer emzirmiyorsa)
- abortus sonrası ilk 7 gün içinde olması halinde ya da
- doğum sonrası ilk altı ayda, sürekli emziriyorsa ve adet görmüyorsa gebe olmadığı kabul edilebilir.

Eğer gerekirse fizik muayene ve gebelik testleri de kullanılabilir.

Açıklanamayan vajinal kanaması olanlarda kanamanın ciddi bir nedeni olabileceğinden şüphelenilmeli ve DMPA kullanılmamalıdır. Beklenmeyen vajinal kanamalar adet düzensizliği ile karıştırılmamalıdır.

DMPA Doğum Öncesi Maruziyet

- Gebelik sırasında kullanılmamalı
- Fetusa toksik etkisi olduğu bildirilmemiştir
- Uzun dönemde çocuğun gelişimine etkisi yok

Doğum öncesi dönemde DMPA'ya maruziyet:

Pek çok klinisyenin fetusun anne karnındayken DMPA'ya maruz kalması ya da immatür infantların anne sütü yolu ile DMPA almaları yönünde endişeleri vardır.

DMPA o kadar etkili bir kontraseptiftir ki, yöntem başarısızlığından ötürü gebe kalınıp da fetüsün ilaca maruz kalma riski çok düşüktür. Ancak çıkabilecek sorunlardan ötürü gebe kadınlara yanlışlıkla DMPA başlanmaması için gerekli önlemler alınmalıdır.

Gebe olduğu bilinen ya da gebeliğinden şüphelenilen kadınlara DMPA verilmemelidir. Ancak DMPA düşük ve prematür doğumu önlemede bir tedavi yöntemi olarak yüksek dozlarda kullanılmaktadır. Gebelik sırasında fetusun ilaca maruz kalması spontan abortus, prematurite, ölü doğum ya da konjenital malformasyon riskini artırmamaktadır. Ayrıca doğum öncesi maruziyetin gelişen bebeğin seksüel davranışları, entellektüel gelişimi ya da pubertenin başlama yaşı üzerine herhangi bir olumsuz etkisi gösterilmemiştir. Bu nedenle gebeliğin sonlandırılmasına gerek yoktur.



Emziren kadınlarda DMPA kullanımı:

DMPA şimdiye kadar emziren kadınlarda yaygın olarak kullanılmıştır. Çalışmalar göstermiştir ki:

- Anne sütünün bileşimine etkisi yoktur, süt miktarını azaltmamakta hatta büyük olasılıkla artırmaktadır.
- Çocuğun emzirmeye başlanma ya da anne sütü alma süresine etkisi yoktur.
- Bebeğin büyüme ve gelişmesine (cinsel gelişim ve davranışlar da içinde olmak üzere) etkisi yoktur.

DMPA özellikle enjeksiyonu izleyen ilk iki hafta içinde anne sütünde bulunur, daha sonra hızlı bir düşüş gösterir. Emziren anneler bu yöntemi kullanıyorlarsa bebekler az miktarda DMPA almış olurlar. Ancak barsaklardan emilimi az olduğundan bunun çok küçük bir kısmı çocuk tarafından alınır

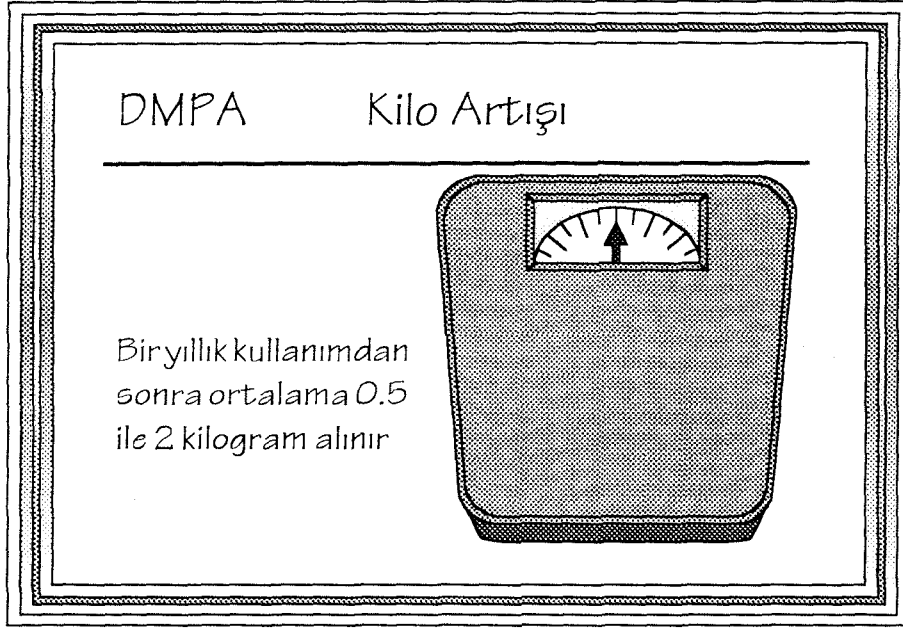
Laktasyonel amenore yöntemini kullanmayı tercih eden kadınlarda başka bir yöntemin kullanımı doğumdan 6 ay sonra / adetleri başlayana / tam olarak emzirmeyi bırakana kadar (hangisi önce gerçekleşirse) ertelenebilir. Bu yöntemi kullanmamaya karar veren kadınlarda ise doğumun üzerinden 6 hafta geçtikten sonra DMPA'ya başlamak güvenli bir tutumdur. Ancak bazı programlarda DMPA'ya doğumdan hemen sonra başlanması tercih edilmektedir, çünkü bu yol kullanıcılar ve yöntem sağlayıcılar açısından daha uygun olduğu gibi bebek üzerinde bilinen bir yan etkisi de yoktur. Ancak doğum sonu kanamalarını artırabilir.

DMPA Önemli Yan Etkiler

- Adet düzensizlikleri
- Amenore
- Hafif kilo artışı
- Memelerde duyarlılık
- Baş ağrıları
- Mizaç Değişikliği

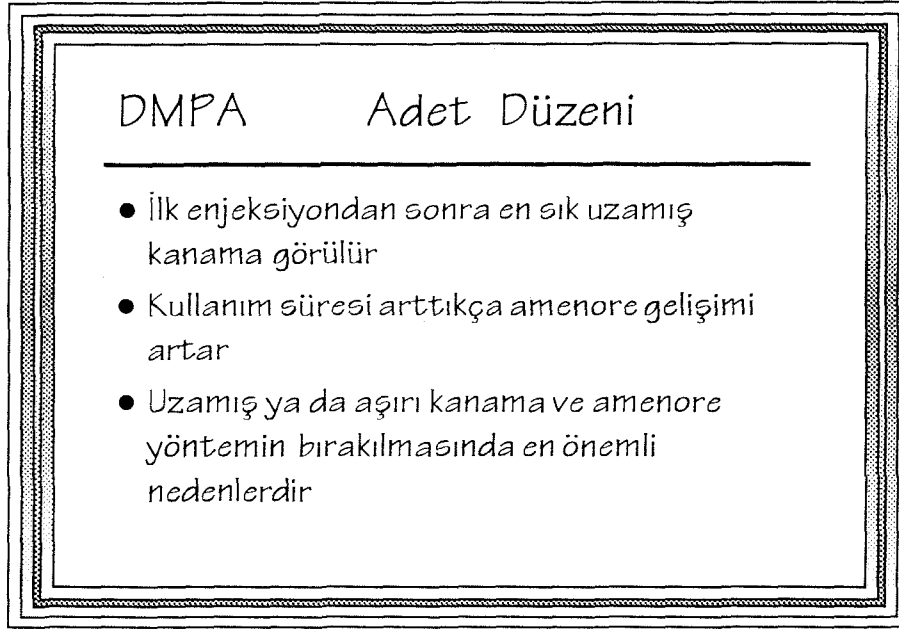
DMPA'nın yan etkileri:

Hemen her ilacın muhtemel yan etkileri vardır. DMPA için de en çok bildirilen yan etkiler adet düzensizlikleri, amenore ve hafif kilo almadır. Baş ağrısı ve sinirlilik gibi mizaç değişiklikleri de bildirilmiştir. Genelde yan etki profili, steroid içeren diğer kontraseptiflerle benzerdir.



DMPA'ya bağılı kilo alımı:

DMPA kullanan pek çok kadında hafif kilo alımı görülmektedir. Bir yıllık kullanım sonunda ortalama 0.5 ile 2 kg alınmaktadır. Birkaç yıllık kullanımdan sonra DMPA kullanan kadınların %80'inden fazlasının kilosunda artış olmaktadır. Bu durum bazı kullanıcılar için istenen bir durumken bazıları da istememektedir. Danışmanlık sırasında kullanıcılara günlük diyetle değişiklik yapmanın ve egzersizin yararlı olacağı anlatılmalı, aşırı kilolu kadınlarda gebelik riskinin arttığı belirtilmelidir. Kullanıcı kilo almaktan memnun değilse daha başka bir yöntem kullanımı önerilebilir.



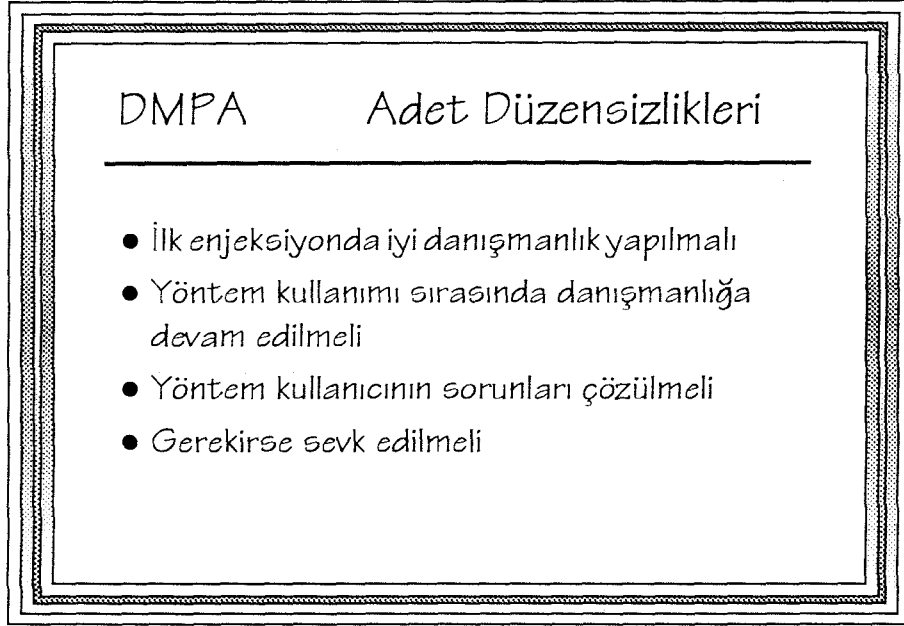
Kanama paternleri:

DMPA kullanımında en sık görülen yan etkiler menstrüel siklus değişiklikleridir. Bazı kadınlarda kanama artışı olurken bazılarında lekelenme görülmekte ve pek çoğunda sonuçta amenore gelişmektedir.

İlk DMPA enjeksiyonundan sonra en sık görülen yan etki uzamış kanamadır. Daha sonraki enjeksiyonlarda sıklığı gittikçe azalır, bir yıllık kullanımdan sonra ise çok seyrek görülür. Çok ağır kanama ise seyrek görülen bir olgudur. Ancak olduğu zaman özel müdahaleyi gerektirir.

DMPA kullanım süresi arttıkça amenore gelişen kullanıcıların yüzdesi de artar. 12 aylık DMPA kullanımından sonra kadınların yarısından fazlasında amenore gelişmektedir. 2 yıllık kullanımdan sonra ise her 4 kadından 3'ünde amenore görülmektedir.

Menstrüel düzendeki bu değişiklikler yöntemi bırakmanın başlıca nedenidir. Araştırmaların çoğunda uzamış ya da aşırı kanama nedeniyle yöntemi bırakan kadın sayısı amenore nedeniyle bırakanlardan fazladır. DMPA kullanmayı düşünen kadınlar, ilacın menstrüel siklus üzerindeki etkisi konusunda iyice aydınlatılmalıdırlar.



Kanama düzensizliklerinde izlenecek yol:

Uzamış kanama, aşırı kanama ya da amenore gibi kanama düzensizliklerinin olduğu durumlarda en önemli araç danışmanlıktır. Bir kadın farklı kontraseptif yöntemlerin özelliklerini yöntem sunanlarla tartışırken ona kanama düzensizliklerinin görülme olasılığı ve bunların önemi konusunda bilgi verilmelidir.

İlk DMPA enjeksiyonu yapılmadan önce her kullanıcı, adet düzensizlikleri ve diğer yan etkiler hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Kadınlar bazı adet değişikliklerinin sıklıkla görüldüğünü, bunların hastalık ya da ciddi bir sorunun işareti olmadığını anlamalıdır. Kullanıcılar, enjeksiyonlar başladıktan sonra da istedikleri zaman danışmanlık ve bilgi almaya gelmelidirler.

Daha önce de tartışıldığı gibi, DMPA kullanımının ilk 6 ayında kullanıcıların yaklaşık %25'inde uzamış kanama görülebilir. Daha sonraki aylarda bu oran gittikçe düşer. Az sayıda kişide aşırı kanama meydana gelir ve kullanıcı için ciddi bir sorun yaratabilir. Çok aşırı kanama olasılığı da kullanım süresinin uzamasıyla birlikte azalır. Bir kadında aşırı kanama varsa gebelik (özellikle dış gebelik), düşük, pelvik inflamatuvar hastalık ve diğer jinekolojik hastalıklar ekarte edilmelidir.

Kullanıcı uzamış ya da aşırı kanamadan yakınıyorsa bu sorun hiç bir zaman gözardı edilmemeli ya da önemsiz sayılmamalıdır. Çoğu durumda danışmanlık tek başına yeterli olabilir. Ancak bazı durumlarda kullanıcı ya da sağlık personeli tarafından kanamanın tıbbi tedavi gerektirecek kadar ağır olduğu sonucuna varılabilir.

DMPA sunulan kurumlarda aşırı kanamanın tedavisi de yapılabilirdir. Bunun için önerilen tek bir yöntem yoktur.

DMPA Aşırı Kanama ve Amenorede Tedavi

- Danışmanlık
- 21 gün süreyle düşük dozlu kombine oral kontraseptif
- Erken DMPA enjeksiyonu
- İbuprofen 600-800 mg/gün
- Demir preparatları

Amenorede medikal tedavi yoktur.
DANIŞMANLIK

Aşırı kanamada tedavi seçenekleri:

· Önerilerden biri 21 gün boyunca her gün 1 adet düşük dozlu kombine oral kontraseptif vermektir. Kanama daha ağır görünüyorsa her 12 saatte bir düşük dozlu kombine oral kontraseptif verilebilir. Kanama durunca tedaviye son verilebileceği gibi, her gün bir hapla devam edilerek 21 güne tamamlanabilir. Kanama devam ederse kombine oral kontraseptife 2-3 siklus boyunca devam edilebilir.

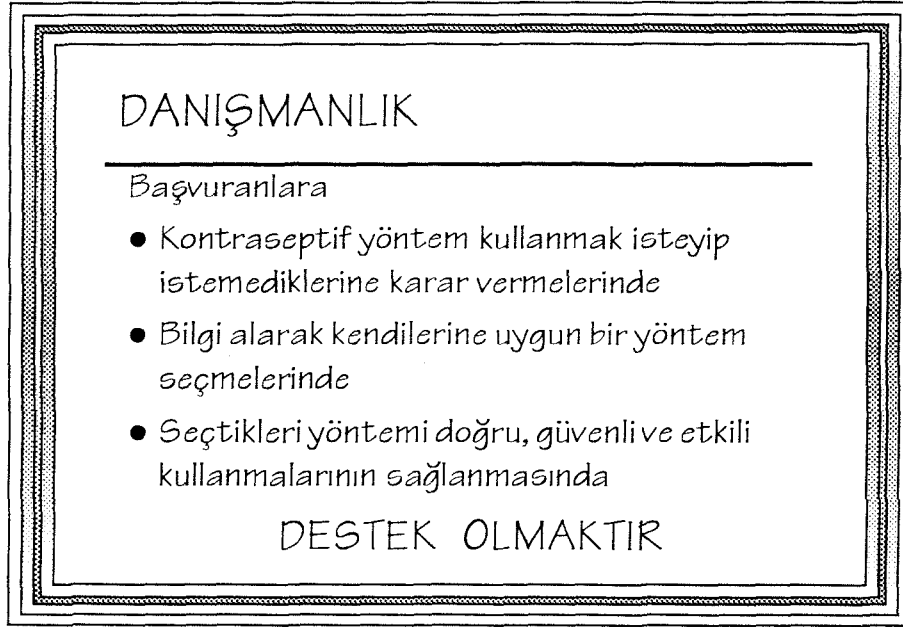
· Bir önceki enjeksiyonun üstünden en az 4 hafta geçtikten sonra yapılmak koşulu ile erken bir DMPA enjeksiyonu da kanamayı azaltabilir.

· Alternatif bir tedavi de İbuprofen gibi nonsteroid anti inflamatuvarların (Aspirin dışında) kullanılmasıdır. İbuprofen için en çok önerilen günde 3-4 kez 200 mg'dır.

· Ağır kanaması olanlarda anemi gelişmesini önlemek için demir preparatları önerilebilir. DMPA kullanıcılarında MR ya da D/C kullanılması genellikle gerekli değildir.

· Danışmanlık ve tedaviye rağmen aşırı kanama hasta için sorun olmaya devam ederse DMPA uygulaması durdurulabilir.

Amenorenin tedavisi gerekli değildir. Ancak hastanın öyküsüne bağlı olarak gebeliğin ekarte edilmesi gerekir. Eğer kullanıcı şiddetle amenoreden yakınıyorsa başka bir yöntem geçmesi önerilebilir.



Danışmanlık:

Danışmanlığın başlıca amaçları; çiftlerin ya da kullanıcıların bir kontraseptif yöntem kullanıp kullanmayacaklarına karar verme hakkına, ve kullanmak isteyenlerin yönetime serbestçe karar vermelerini sağlayacak yeterli bilgiye sahip olmalarını sağlamaktır. Yöntem sunanların önerdiği seçenekler belki kendi kuruluşlarında bulunmayan, fakat diğer yerlerden elde edilebilecek yöntemleri de kapsamalıdır. Çiftler seçtikleri yöntemi nasıl doğru, güvenli ve etkili bir şekilde kullanacaklarını öğrenme olanağına sahip olmalıdır. Kullanıcının herhangi bir yöntemi seçme hakkı, eldeki seçeneklerin ana özelliklerini açıkça anlamasına dayanmalıdır. Bazı durumlarda sağlık personeli, aldığı eğitimin ve tıbbi bilgisinin onun, kullanıcı için en uygun yöntemi seçmesine izin verdiğini düşünebilir. Ancak son kararı her zaman kullanıcı vermelidir. Yöntem sunan kişinin rolü tarafsız bilgi vermek ve kişinin gereksinimleri ile düşüncelerini dinlemektir. Teknik olarak yeterli ve kendini karşısındaki kişinin yerine koyabilen yöntem sunucuların yol göstericiliği ile kişiler kendi gereksinimlerine ve yaşam biçimlerine en iyi uyan yöntemi seçebilmelidirler.

Kullanıcı açısından bakıldığında, bu şekilde:

- * daha fazla tatmin olacaktır,
- * hizmet almak için tekrar gelecektir,
- * hizmeti diğer kişilere de önerecektir,
- * seçtiği yöntemi daha uzun süreli, etkin ve doğru olarak kullanacaktır.

DMPA Yönteme Özel Danışmanlık

- Avantaj ve dezavantajlar
- Adet düzeninde beklenen değişiklikler
- Amenore
- Doğurganlığın geri dönüşü ve gecikmesi
- Uygulamaların düzenli yapılması
- Sorunlarla karşılaşıldığında geri gelinmesi
- CYBH riskinin değişmediği

DMPA kullanıcıları için yöntem özel danışmanlık:

Diğer kontraseptif yöntemlerde olduğu gibi DMPA'da da kullanıcılar, serbestçe ve bilerek seçim yapmalarını sağlayacak danışmanlığı almalıdırlar. Bir kadın DMPA kullanmayı seçtiği zaman yöntem sunucu onun şunları göz önüne aldığından emin olmalıdır:

- * DMPA'nın avantajları, dezavantajları ve yaşamını nasıl etkileyebileceği
- * menstrüel siklusundaki muhtemel değişiklikler, özellikle uzamış ya da aşırı kanama ve amenore
- * amenorenin anlamı
- * doğurganlığın geri dönmesinde gecikme
- * enjeksiyonların zamanında ve düzenli yapılmasının gerekliliği
- * beklenebilecek diğer yan etkiler
- * sorun çıktığında geri gelmesi gerektiği
- * yöntemin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan ve HIV'den korumadığı

CYBH yönünden yüksek risk altında olan bir kadın DMPA'yı seçerse bu yöntemi kullanmaması gerektiği söylenmemelidir. Bunun yerine enfeksiyonu önlemek için ayrıca kondom da kullanmaya özendirilmelidir.

DMPA Ne Zaman Uygulanmalı?

- Menstrüel siklusun ilk 7 gününde
- Gebeliğin ekarte edilebildiği herhangi bir zamanda (ilk 7 gün ek bir yöntemle birlikte)
- Emzirilmiyorsa doğumdan hemen sonra
- Emziriliyorsa doğumdan sonra 6. haftada
- Abortustan hemen sonra

İstenildiği sürece kullanılabilir, ara vermek gerekmez

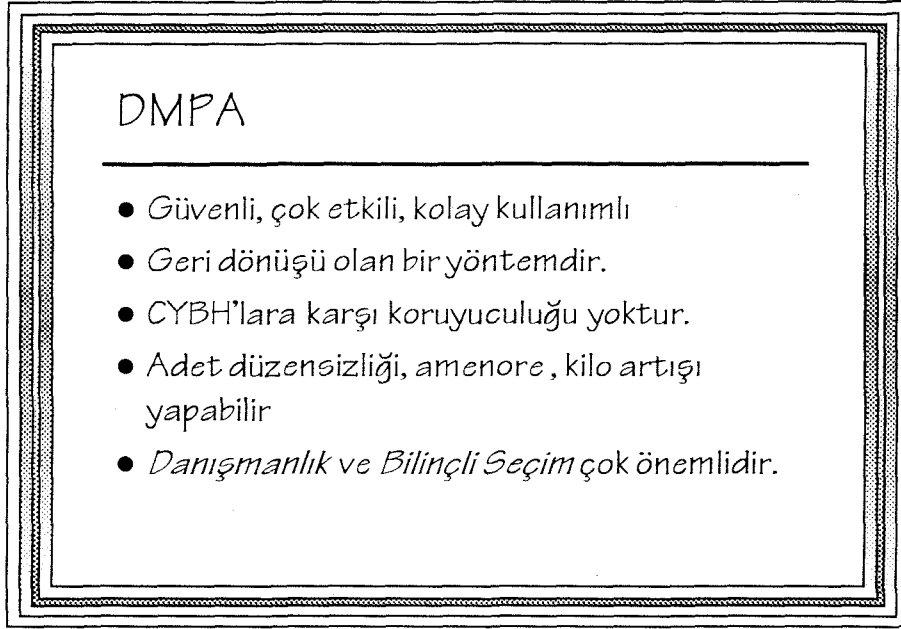
Kullanıcı yöntem olarak DMPA'yı seçtiğinde doğru takvime göre uygulanması için her çaba gösterilmelidir. DMPA her üç ayda bir uygulandığından kullanıcılara bir sonraki enjeksiyon tarihinde mutlaka gelmeleri hatırlatılmalıdır. Gecikecek olursa bu süre iki haftayı aşmamalıdır.

DMPA enjeksiyonları menstrüel siklus sırasında herhangi bir zamanda yapılabilir. Eğer siklusun ilk 7 gününde yapıldıysa ek bir yöntem gerek yoktur. Siklusun diğer günlerinde yapılan enjeksiyonlarda 7 gün süre ile ek bir yöntem kullanılmalıdır.

Kullanıcının gebe olmadığına emin olduğu takdirde ilk enjeksiyon herhangi bir zamanda yapılabilir. Anne emzirmiyorsa doğum sonrasında da hemen başlanabilir. Eğer emziriyorsa ve laktasyonel amenore yöntemine güveniyorsa ilk adetini gördüğünde DMPA'ya başlanmalıdır. Laktasyonel amenore yöntemine güvenmiyorsa ideal olarak doğumdan sonra 6 hafta beklemelidir. Düşükten sonra hemen DMPA'ya başlanabilir. Kullanımında yaş ya da parite sınırlaması yoktur. Ara verme ya da dinlenme gerekli değildir, gerek duyulduğu ya da kabul edilebilir olduğu sürece kullanılabilir.

Uygulama:

DMPA koldan (deltoid kasa) ya da kalçadan (gluteal kasa) yapılabilir. Her iki enjeksiyon bölgesi de aynı derecede etkilidir. Enjeksiyonlarda steril koşullar mutlaka sağlanmalıdır. Steril enjeksiyon malzemesi buldurmak en az yeterli DMPA stoğu buldurmak kadar önemlidir.



Sonuç:

Sonuç olarak DMPA, aşağıdaki avantajları dolayısıyla pek çok kadın için ideal bir yöntemdir:

- * Güvenli ve çok etkilidir. Kadına günlük bir iş yüklemeyi için kullanımı da çok kolaydır.
- * Yöntem bırakıldığında doğurganlıkta gecikme olmasına karşın geri dönüşlüdür.
- * Kullanımdaki dezavantajları azdır. Kullanıcının göz önüne alması gereken sonuçlar düzensiz kanama, amenore, hafif kilo artışı ve CYBH/HIV'e karşı korumamasıdır.
- * DMPA sunumunda iyi danışmanlık hizmeti verilmesinin çok büyük rolü vardır. Personeli yöntemin uygulanması konusunda eğitmek nisbeten kolaydır. Ancak danışmanlık verecek kişiler başvuruları DMPA hakkında bilgilendirmek üzere de eğitilmelidirler.

DMPA'yı, isteyen kullanıcılar için kolayca ulaşılabilir ve bulunabilir bir yöntem haline getirmek aile planlaması programlarının başlıca amaçlarından biri olmalıdır.

Kaynaklar

1. Injectables, Contraceptive Technology Update Series, Family Health International, New York, 1994
2. Contraceptive Technology, Gözden Geçirilmiş 16. Baskı, Contraceptive Technology Communications, Inc.,1994
3. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 1994
4. Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul.Guidelines 1995
5. Injectable Contraceptives, "Their Role in Family Planning Care". World Health Organization, Geneva, 1990
6. Guidelines for Clinical Procedures in Family Planning, Gözden Geçirilmiş 2. Baskı, Program for International Training in Health (INTRAH), 1994
7. Population Reports, Injectables and Implants, Population Information Program, Center for Communications Programs, The Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, Baltimore, 1995





EK-7 Kayıtların Doldurulması ile İlgili Eğitim Materyali

Klinik Adı _____
Kullanıcı No _____
Adı Soyadı _____

Kartta bulunan
numara
yazılmalıdır

**NORPLANT® / ENJEKSİYON KONTRASEPTİFLER / TÜP LİGASYONU
KULLANICI BİLGİ FORMU**

A. Genel Bilgiler

1. Yaşı: _____
2. Eğitim durumu
 Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul
 Lise Üniversite
3. Para getiren bir işte çalışıyor mu?
 Evet (belirtiniz) _____
 Hayır
4. Sosyal güvence durumu (kendisi ya da eşi)
 Yok SSK Emekli Sandığı Bağ-Kur
 Diğer (belirtiniz) _____
5. Toplam gebelik sayısı _____
6. Canlı doğum sayısı _____
7. Yaşayan çocuk sayısı _____
8. İsteyerek düşük sayısı _____
9. Halen emziriyor mu? _____

B. Danışmanlık

1. Daha önce danışmanlık yapıldı mı? Evet __ kez Hayır
2. Danışmanlığın zamanlaması
 Interval Doğum sonrası (ilk 6 hafta)
 Küretaj/MR öncesi Küretaj/MR sonrası (ilk 1 hafta)
 Diğer (belirtiniz) _____
3. Aile planlaması yöntemi isteme nedeni
 Artık çocuk sahibi olmak istemiyor __ yıl sonra çocuk sahibi olmak istiyor
 Kararsız
4. Son 3 ayda kullanılan yöntem
 Yok RİA Hap Kondom Geri çekme
 Norplant Enjeksiyon Diğer (belirtiniz) _____

(Yöntem kullanmıyor ise 6. soruya geçiniz)

5. Kullandığı yöntemi değiştirmek istiyor mu?
Evet Kocasını istemiyor Yan etkileri fazla Sağlık sakıncası
 Elde etmek güç/pahalı Kullanımı zor Güvenilir değil
 Diğer (belirtiniz) _____
 Hayır
6. Seçilen yöntem:
 Norplant® Enjeksiyon Tüp Ligasyonu
7. Yeni yöntemi seçme nedeni:
 Uzun etkili Yan etkisi az Çok etkili Sağlık açısından güvenli
 Elde etmek kolay Eşi istiyor Diğer yöntemleri kullanmakta zorluk çekiyor
 Kalıcı bir yöntem Yeni Diğer (belirtiniz) _____

Danışmanlığın tarihi: __ / __ / __

Klinik Adı : _____
Kullanıcı No : _____
Adı Soyadı : _____

İlk Uygulamadan sonraki ziyaret için 1 yazılır

Uygulamadan sonraki kaçınıcı ziyareti: _____

**NORPLANT® / ENJEKSİYON KONTRASEPTİFLER / TÜP LİGASYONU
İZLEME FORMU**

(Her izlem için ayrı bir izleme formu doldurulacaktır)

1. Uygulamadan önce randevu zamanından 8 gün önce ya da geç işse Erken, 8 günden daha geç işse Geç olarak değerlendirilmelidir.

Kullanılan yöntem: Norplant® Enjektabl Tüp Ligasyonu
Yöntemin ilk uygulanma tarihi: ___/___/___ Verilen randevu tarihi: ___/___/___
Kontrol geliş tarihi: ___/___/___
Enjeksiyon sayısı: _____

2. Başvuranın şikayetleri nedir? "Diğer"inde belirtilmelidir.

Ziyaret şekli Programlanmış Programlanmamış
Programlanmış ise: Zamanında (± 7 gün) Erken (< 7 gün) Geç (> 7 gün)
Erken ya da geç gelme nedeni (belirtiniz) _____

3. Kanama süresi ve sıklığı

Başvuranın şikayetleri (uyanları işaretleyiniz):
 Yok Kanama problemleri Şiddetli baş ağrısı Kilo alma
 Ağrı Ateş Diğer (belirtiniz) _____

4. Son adet tarihi ve sıklığı

Son adet tarihi: ___/___/___ Kanama süresi: ___ gün
Adet sıklığı: ___ gün

5. Kanama düzensizlikleri

Yok Fazla kanama Uzun süren kanama Amenore Diğer (belirtiniz) _____

6. Kan Basıncı ve Ağırlık

6. Kan Basıncı: ___/___ mmHg Ağırlık: ___ kg

VERİLEN HİZMET

7. Muayene (türü): _____
8. Bulgular: _____

9. İzlem sonrası danışmanlık Verildi Verilmedi

10. Tedavi Uygulandı (yöntem/doz/süre) _____
 Uygulanmadı

11. Başvuran kullanmakta olduğu yöntemi seçmiş olmaktan memnun mu?
Evet Uzun etkili Yan etkisi az Çok etkili Sağlık açısından güvenli

Elde etmek kolay Eşi İstiyor Diğer yöntemleri kullanmakta zorluk çekiyor
 Kalıcı bir yöntem Diğer (belirtiniz) _____

Hayır Fazla kanama Uzun süren kanama Lekelenme Amenore
 Eşi İstemiyor Elde etmek güç Diğer (belirtiniz) _____

12. Yöntemi başkalarına tavsiye eder mi?

Evet Uzun etkili Yan etkisi az Çok etkili Sağlık açısından güvenli
 Elde etmek kolay Kalıcı bir yöntem Diğer yöntemleri kullanmak daha zor
 Diğer (belirtiniz) _____

Hayır Fazla kanama Uzun süren kanama Lekelenme Amenore
 Erkekler memnun değil Sağlık kaygısı
 Elde etmek güç Diğer (belirtiniz) _____

Bu ziyarette enjeksiyon yapılmıyorsa, boş bırakılır. Enjeksiyon yapıyorsa bunun kaçınıcı enjeksiyon olduğu yazılmalıdır.

Son iki adeti nin birinci günleri arasındaki süre belirtilecektir.

Son adetinin süresi belirtilmelidir.

Bir sonraki enjeksiyonun tarihi yazılacaktır.

Klinik Adı : _____

Kullanıcı No : _____

Adı Soyadı : _____

Uygulamadan sonraki kaçınıcı ziyareti: _____

**NORPLANT® / ENJEKSİYON KONTRASEPTİFLER
YÖNTEM BIRAKMA FORMU**

Yöntem
tanımının esas
seçilmeli
belirtilmeli

Kullanılan yöntem: Norplant® Enjeksiyon

Yöntemin ilk uygulanma tarihi: ____/____/____

Yöntemi bırakma tarihi : ____/____/____

Enjeksiyon sayısı : _____

Yöntemi
bırakıncaya
kadar yapılan
toplam
enjeksiyon
sayısı

1. Yöntemi bırakma nedeni

- Fazla kanama Uzun süren kanama Lekelenme Amenore
 Eşi İstemiyor Gebelik isteği Sağlık kaygısı
 Elde etmek güç Gebelik Diğer (belirtiniz) _____

2. Yöntemi bırakan başka bir yöntem seçti mi:

- Hayır Norplant® Enjektabl Tüp Ligasyonu RİA Hap
 Kondom Vazektomi Diğer (belirtiniz) _____

Norplant® kullanıcıları için:

3. Çıkarma sırasında karşılaşılan problemler

- Yok Kapsüller kırıldı Hepsi çıkartılamadı, ikinci bir ziyaret gerekiyor
 Diğer (belirtiniz) _____

DEPO-PROVERA® İZLEM KARTI	
Adı Soyadı :	
Kullanıcı No:	
Uygulama Tarihi	Uygulama Merkezi
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Yöntemin uygulandığı tarih yazılacaktır. Alt satıra bir sonraki enjeksiyon tarihi de eklenecektir.

Sonraki enjeksiyon yapılırken verilen randevu tarihinin üzeri çizilerek uygulamanın yapıldığı tarih yazılır ve yeni bir randevu verilir.

DEPO-PROVERA® İZLEM KARTI	
Adı Soyadı : <i>Ayşe Yılmaz</i>	
Kullanıcı No: <i>1410</i>	
Uygulama Tarihi	Uygulama Merkezi
1. <i>12.3.96</i>	<i>Gülveren</i>
2. <i>4.6.96</i>	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

(1)

DEPO-PROVERA® İZLEM KARTI	
Adı Soyadı : <i>Ayşe Yılmaz</i>	
Kullanıcı No: <i>1410</i>	
Uygulama Tarihi	Uygulama Merkezi
1. <i>12.3.96</i>	<i>Gülveren</i>
2. <i>4.6.96</i> <i>7.6.96</i>	<i>Gülveren</i>
3. <i>27.8.96</i>	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

(2)



Ek-8 Depo Provera 150 Prospektüs Bilgisi

DEPO-PROVERA 150

Steril Aköz Süspansiyon
150 mg/mL

Üç ayda bir uygulanır.

FORMÜLÜ

Her 1 mL'de

Medroksiprogesteron asetat.....	150 mg
Poli-etilen glikol 3350	28.530 mg
Polisorbat 80	2.370 mg
Sodyum klorür	8.567 mg
Metil paraben	1.350 mg
Propil paraben	0.147 mg
Enjeksiyonluk su	q.s.

FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Medroksiprogesteron asetat(17-alfa-hidroksi-6 alfa-metilprogesteron asetat), progesteron türevi bir progestogendir. Medroksiprogesteron asetat, intramüsküler yoldan enjekte edildiğinde uzun süreli progestasyonel etki oluşturur. Hipofizden gonadotropin salgılanmasını inhibe eder ve böylelikle follikül olgunlaşmasını engeller, üreme çağındaki kadında uzun süreli bir anovülasyona neden olur. Bu etki aynı zamanda medroksiprogesteron asetatın menopozdaki kadınlarda görülen vazomotor belirtileri baskı altına almasını da açıklayabilir.

Medroksiprogesteron asetat erkeklerde Leydig hücre işlevini, dolayısıyla da endogen testosteron yapımını inhibe eder.

Parenteral olarak tek bir doz halinde uygulanan 50 mg medroksiprogesteron asetatın, östrojen tarafından hazırlanmış endometriyumda optimal sekresyona yol açıcı etkisi, 10 gün süreyle hergün parenteral olarak uygulanan 20 mg progesteronun etkisiyle aynıdır.

Medroksiprogesteron asetat, servikal müküste tipik progestasyonel değişiklikler oluşturur(ferning olayını önler), servikal müküs akışkanlığını azaltarak spermlerin servikal müküse penetrasyonunu zorlaştırır ve vagina epiteli matürasyon indeksinde intermediyer hücre sayısını arttırır.

Farmakolojik dozlardaki medroksiprogesteron asetatın anti-kanser etkisi, hipofiz/gonad eksenindeki, östrojen reseptörleri üzerindeki ve doku düzeyinde olan steroid metabolizmasındaki etkilerine bağlı olabilir.

Parenteral yoldan kullanılan medroksiprogesteron asetat, aynen progesteron gibi termojen etkiye sahiptir. Klinik olarak ovülasyonun inhibe edilmesinde kullanılan doz, sürrenal korteks işlevlerini baskılamamaktadır. Bazı kanserlerin tedavisinde kullanılan günde 500 mg ya da daha yüksek dozlarda , kortikoid benzeri etki görülebilir.

Farmakokinetik özellikleri

Parenteral medroksiprogesteron asetat, uzun etkili bir progestasyonel steroiddir. 100 mg/mL etken madde içeren preparatın kullanılmasından sonra, vücuttaki konsantrasyonu yaklaşık 27 günde başlangıçtaki yarısına iner. 400 mg/mL'lik preparat kullanıldığında bu süre yaklaşık 80 gündür. Etki süresinin uzun olması enjekte edildiği yerden yavaş emilmesi nedeniyledir.

Fare ve sıçanlarda yapılan kronik toksisite çalışmalarında, klinik belirtiler, mortalite oranları, neoplazm veya daha başka bir makroskopik ya da histolojik lezyon gelişmesi açısından kontrol ve tedavi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecelerde bir fark bulunamamıştır. Fare ve sıçanlarda hiçbir teratojen etkiyle karşılaşılmamıştır.

Medroksiprogesteron asetat, tavşanlarda, fetüs gelişimi üzerinde kortikoid benzeri bir etkiye yol açmıştır.

Maymunlarda yapılan uzun süreli toksikoloji araştırmalarında, intramüsküler olarak her 90 günde bir 150 mg/kg dozunda uygulandığında, maymunların ikisinde andiferansiye uterus kanseri gelişmiştir. Her 90 günde bir 30 mg/kg dozunda medroksiprogesteron asetat ya da plasebo verilen maymunlarda ise herhangi bir habis uterus lezyonu oluşmamıştır. Bu iki maymunda söz konusu lezyonların gelişimi, medroksiprogesteron asetatın kadınlarda kanser oluşturuca etkisi olduğunu göstermez. DEPO-PROVERA kullanan kadınlarda bildirilen endometriyum kanseri sıklığı, toplum genelinde rasgele örnekleme yoluyla saptanan sıklıktan önemli derecelerde daha düşüktür. Bu durum DEPO-PROVERA kullanılmasıyla endometriyum kanseri arasında bir sebep-sonuç ilişkisinin bulunmadığını göstermektedir. Medroksiprogesteron asetat, endometriyum ve meme kanserlerinin palyatif tedavisinde başarıyla kullanılmıştır ve menopoz sonrası dönemde bulunan kadınlardaki endometriyum hiperplazisini önleyebilir.

ENDİKASYONLARI

* Doğum kontrolü (ovülasyonun baskılanması)

KONTRENDİKASYONLARI

DEPO-PROVERA, medroksiprogesteron asetata ya da preparatın formülünde bulunan maddelerden herhangi birine aşırı duyarlılık durumunda; teşhis edilmemiş vaginal ve idrar yolu kanamalarında; teşhis edilmemiş meme hastalığı olanlarda, gebelikte (teşhis ve tedavi amacıyla); tromboembolik ve serebrovasküler hastalıklar ile aktif tromboflebitte ve karaciğer fonksiyon bozukluğunda kontrendikedir.

UYARILAR/ÖNLEMLER

Tromboembolik bir hastalık belirti ve bulgusu olanlarda, DEPO-PROVERA tedavisine başlanmadan önce, hastaların durumu yeniden değerlendirilmelidir.

Akut görme bozukluğu, proptoz, diplopi veya migren tipi baş ağrısı olan hastalarda tedaviye başlanmadan önce, dikkatli bir oftalmolojik muayene yapılarak papil ödemi ya da vasküler retina lezyonu gibi olasılıklar bertaraf edilmelidir.

Gebelikte progestasyonel ilaçların kullanılması önerilmemektedir. Ayrıca, bu ilaçların gebeliğin teşhisi amacıyla da kullanılması önerilmez.

Tekrarlayan uygulamalardan sonra 18 aya kadar uzayabilen ve nadiren daha da uzun sürebilen amenore ve anovülasyon görülebilir.

Nadiren anafilaktik ve anafilaktoid reaksiyonlara yol açabilir. Doğum kontrolü (ovülasyonun inhibisyonu) amacıyla kullanıldığı dozlarda, sürrenal korteks işlevlerinin de baskılandığını gösteren bir kanıt olmamasına rağmen, belirli kanserlerin tedavisinde kullanılan günde 500 mg ya da daha yüksek dozlar gibi çok yüksek dozlarda kortikoid benzeri aktivite görüldüğü bildirilmiştir.

Tedavi öncesinde yapılacak fizik muayenede memeler ve pelvis organları yeterince tetkik edilmeli ve hazırlanan bir yayma preparat, Papanicolaou yöntemiyle boyanarak incelenmelidir. Progestagenler vücutta bir miktar sıvı tutulmasına neden olduklarından epilepsi ya da migreni olan hastalarda ve astım, kalp veya böbrek işlev bozukluğu olan hastalarda, tedavi sırasında dikkat gerekir.

Ara kanamaları görülen hastalarda ve her türden düzensiz vaginal kanamada, organik nedenler de akla gelmelidir. Teşhis edilmemiş vaginal kanaması olan hastalarda, teşhise yönelik incelemeler yapılmalıdır. DEPO-PROVERA, doğum kontrolü tedavisinde kullanıldığında, aşırı veya sürekli kanamaların kontrol altına alınması amacıyla uzun süreli östrojen kullanımı önerilmez. Anamnezlerinde mental depresyon bulunan hastaların tedavisi dikkatli bir gözlem altında tutularak yürütülmeli ve ağır bir depresyon nüksü görüldüğünde DEPO-PROVERA tedavisine son verilmelidir.

Progestagen kullanan bazı hastalarda glikoz toleransının azaldığı bildirilmiştir. Bu azalmanın mekanizması bilinmemektedir. Bu nedenle progestagen tedavisi gören diyabetli hastaların tedavisinde dikkatli olunmalıdır.

DEPO-PROVERA kullanılması klimakteriyum başlangıcını gizleyebilir.

DEPO-PROVERA tedavisi belirli bazı hormon testlerinin(endokrin) ve olasılıkla da karaciğer işlev testlerinin sonuçlarını etkileyebilir. Bu nedenle de DEPO-PROVERA tedavisi gören bir hastada söz konusu testler anormal sonuç veriyorsa, bu testlerin tedavi bittikten 4-6 ay sonra tekrarlanması uygun olur.

Etkisinin uzun sürmesi ve privasyon kanamasının ne zaman oluşacağını önceden kestirilmesi zor olduğundan, DEPO-PROVERA'nın sekonder amenore ya da fonksiyonel uterus kanaması tedavisinde kullanılması önerilmez.

Bu gibi vakalarda oral tedavi tercih edilmelidir.

DEPO-PROVERA kullanan hastaların vücut ağırlığında artış görülebilir.

DEPO-PROVERA kullanan hastadan alınan örneklerin patolojik incelemeye gönderilmesi durumunda, hastanın DEPO-PROVERA kullandığı bildirilmelidir.

YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER

Progestagen tedavisine bazen ya da ender olarak eşlik eden yan etkiler önem sırasına göre aşağıda bildirilmiştir:

Aşırı duyarlılık reaksiyonları: Anafilaksi ya da anafilaktoid reaksiyonlar.

Tromboembolik hastalık: Tromboflebit ve akciğer embolisi.

Merkezi sinir sistemiyle ilgili reaksiyonlar: Sinirlilik, uykusuzluk ya da uyuklama, çabuk yorulma, depresyon, göz kararması ve baş ağrısı.

Deri ve mukozalarla ilgili reaksiyonlar: Ürtiker, kaşıntı, döküntü, akne, hirsutizm, saç dökülmesi.

Mide-barsak kanalıyla ilgili reaksiyonlar: Bulantı.

Memelerde görülebilen reaksiyonlar: Hassasiyet ve galaktore.

Servikte görülebilen reaksiyonlar: Serviks erozyonlarında ya da sekresyonunda değişiklikler.

Diğer reaksiyonlar: Hiperpireksi, vücut ağırlığında değişiklik ve aydede yüzü.

Enjeksiyona bağlı lokal reaksiyonlar: Ağrı, enjeksiyon yerinde sertlik ve renk değişikliği.

BEKLENMEYEN BİR ETKİ GÖRÜLDÜĞÜNDE DOKTORUNUZA BAŞVURUNUZ.

İLAC ETKİLEŞİMLERİ VE DİĞER ETKİLEŞİMLER

Birlikte aminoglutamid uygulanması, medroksiprogesteron asetatın serum düzeylerini önemli derecelerde azaltabilir. Aminoglutamid ve benzeri ilaç kullanan hastalar, DEPO-PROVERA'nın etkisinin azalabileceği konusunda uyarılmalıdır.

Laboratuvar testleri ile etkileşim

DEPO-PROVERA kullanılması aşağıdaki testleri etkileyebilir.

- * Gonadotropin düzeyleri
- * Plazma progesteron düzeyleri
- * İdrar pregnanediol düzeyleri
- * Plazma testosteron düzeyleri(erkeklerde)
- * Plazma östrojen düzeyleri(kadında)
- * Plazma hidrokortizon düzeyleri
- * Glikoz tolerans testi
- * Metirapon testi

KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU

Doğum kontrolü(ovülasyon inhibisyonu) amacıyla kullanım

Her üç ayda bir 150 mg DEPO-PROVERA, derin intramüsküler enjeksiyon yoluyla kullanılır. Uygulamaya başlarken hastanın gebe olmadığından kesin olarak emin olmak için, ilk enjeksiyon, normal bir adet siklusu başlangıcındaki ilk 5 gün içerisinde veya doğum sonu altıncı haftadan önce yapılmalıdır. DEPO-PROVERA laktasyonu engellemez. Medroksiprogesteron asetat anne sütüne geçer ama bu çok az miktarlardadır. Bugüne kadar ilacın bebek gelişimi üzerinde herhangi bir yan etkisi görülmemiştir.

Hekim, hastasını, tedavi başlangıcında adet sikluslarının aksayabileceği, düzensiz ve önceden bilinmesi olanaksız kanama ya da lekelenmelerin olabileceği, ancak tüm bunların ilaca devam edilmekle başka bir tedaviye gerek kalmaksızın amenore düzeyinde sona ereceği konusunda bilgilendirmelidir.

DEPO-PROVERA kullanılan hastalarda, siklik bir şekilde ek östrojen tedavisinin rutin ya da uzun süreli olarak kullanılması önerilmemektedir.

Hastayı rahatsız edebilecek kadar aşırı ya da uzun süren kanamalar, 0.05-0.1 mg etinil östradiol'e eşdeğer miktarda oral ya da parenteral östrojenin 7-21 gün boyunca kullanılmasıyla kontrol altına alınabilir. Bu tedavi en fazla bir ya da iki siklus sürdürülmelidir.

Bazı araştırmacılara göre, rahatsızlık verici kanamalar doksanıncı günden önce uygulanan ikinci bir DEPO-PROVERA enjeksiyonuyla önlenebilir.

Anormal kanamanın devamı durumunda, organik neden aranmalıdır. Flakonlar kullanmadan önce iyice çalkalanmalıdır.

SAKLAMA KOŞULLARI

15-30°C arasında saklanmalı ve donmaktan korunmalıdır.

Doktora danışılmadan kullanılmamalıdır.

Çocukların ulaşamayacakları yerlerde ve ambalajında saklayınız.

TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ VE AMBALAJ MUHTEVASI

Her mL'de 150 mg medroksiprogesteron asetat içeren 1 mL'lik flakonlarda.

RUHSAT SAHİBİ ve ÜRETİCİ

Pharmacia & Upjohn Company
Kalamazoo, ABD
lisansı ile
Eczacıbaşı İlaç San. ve Tic. A.Ş.
Büyükdere Cad.185 Levent-İstanbul

Ruhsat tarihi:

Ruhsat no:

Recete ile satılır.





Ek-9 DMPA Uygulama Eğitimi Alan ve Araştırmaya Katılan Personel

DMPA UYGULAMA EĞİTİMİ ALAN PERSONEL

ANKARA

<i>Gülveren Sağlık Ocağı</i> Dr. Nihal Bilgili Hemşire Sevgi Balcı Ebe-hemşire Ayfer Yıldız Dr. Okan Demiralp Dr. Tuna Yavuz, Sağlık Grup Başkanı Ebe Nuray Ayyıldız	<i>Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi</i> Dr. Saime Kış Dr. Leyla Mollamahmutoğlu Dr. Mete Güngör Hemşire Hacer Korkmaz Psikolog Ayşe Evran Psikolog Hamiyet Bulgurlu
<i>SSK Etlik Doğumevi</i> Ebe Latife Orhon Ebe Semra Koç Dr. Zafer Kahyaoğlu Ebe Nermin Küçük Dr. Süleyman Hakbilen Ebe songül Ünsal	<i>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi</i> Dr. Tarık Aksu Başhemşire Hafize Çuhadaroğlu Başhemşire Kadriye Tuncer Hemşire Hatice Uyumaz

ADANA

<i>1 No'lu AÇSAP Merkezi</i> Ebe-hemşire Sonay Pekmezci Ebe-hemşire Alev Yücel Dr. Sevgi Çevikoğlu Dr. Sevinç Bilen	<i>2 No'lu AÇSAP Merkezi</i> Dr. Cüneyt İnanç Dr. Dilay Küçükosmanoğlu Ebe-hemşire Hüsne Çelik Ebe Ünzile Ökmen
<i>Ceyhan 3 No'lu Sağlık Ocağı</i> Ebe Cennet Tan Dr. Uğur Şatiroğlu Dr. Ali Galip Ünal Ebe-hemşire İlkay Kök	<i>Hamdilli Sağlık Ocağı</i> Dr. Ahmet Eskigülek Hemşire Seval Zorba Ebe-hemşire Sevinç Satar Ebe-hemşire Hatice Deprem
<i>PTT Evleri Sağlık Ocağı</i> Dr. Halime Ceylan Dr. Leyla İzci Ebe-hemşire Emine Avan Ebe-hemşire Zübeyde Uysal	<i>SSK Doğumevi</i> Dr. Ayhan Çoşkun Ebe Elif Keskin Ebe Fatma Karaytu