

# AİLE PLANLAMASINDA ECZACILARIN ROLÜ KONUSUNDA DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE YAPILAN ÇALIŞMALAR

\* Dr.Doğan Güneş TOMRUK

Cinsel olgunluk döneminde gebeliğe engel olma problemi ile meşgul olmayan kadın veya erkek yok gibidir. Gebelikten korunmak için yazılan ilk reçeteye M.Ö.1850 tarihlerini taşıyan Mısır papirüslerinde rastlanmıştır. Yani insanlar o çağlarda bile gebelikten korunma gereksinimi içindeydiler ve eczacılar o çağlarda bile aile planlaması hizmeti vermekteydi.

Günümüzde ise artan nüfus yanında geliştirilen yöntemler sayesinde insanların doğurganlıklarını düzenleme isteklerine cevap verilecek düzeye erişilmiştir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde çiftlerin yarısı artık çocuk istemediğini bildirdiği halde bunların da ancak yarısı gebeliğe karşı korunabilmektedir. Başka bir deyişle toplumun istediği hizmet ancak yarı yarıya ulaştırılabilmektedir.

Aile planlaması konusuna yaklaşımda iki temel düşünce yer almaktadır. Birincisi kimin katılacağını belirleyen güdü ve ikincisi nasıl'ı belirleyen yöntembilim. Güdü dediğimizde ilk önce eğitim örn. gerçeklerin bilinmesi ve kavranması, ikincisi kültürel altyapılar örn. din, geleneksel yaşam biçimleri ve üçüncüsü özgül bireysel gereksinimler kastedilmektedir. Kont-raseptif terapi ve uygulama ile içtenlikle ilgilenen ve bu konuda yeterince deneyimli kişilerin güdüde etkili bir rol oynadığı gösterilmiştir. Yöntembilimde ise yine eğitilmiş ve deneyimli kişilerin rolü yani teknik bilgilerin aktarılması veya bu alanda edinilmiş ustalıklardan yararlanılması

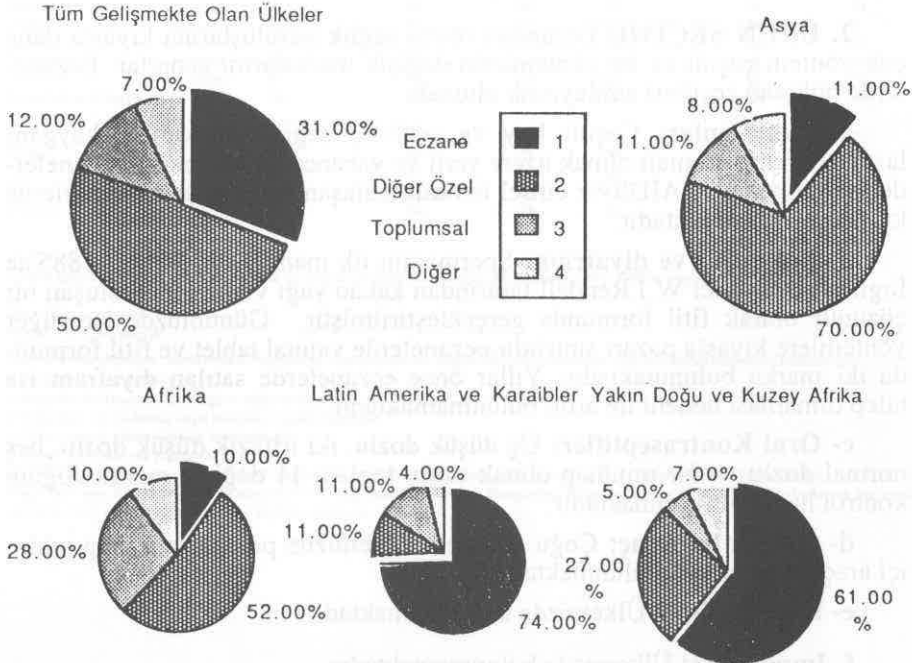
---

\* İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı

üremenin isteğe bağlı kontrolünün mümkün kılınmasında son derece önemlidir. Gündüde ve yöntemibilimde yararlılıklarından bahsedilen bu eğitilmiş ve deneyimli kişiler neden eczacılar olmasın. Başlangıçtan bu yana sağlık hizmeti vermiş olan eczacılar teknolojik gelişme ile birlikte her ne kadar havan eczacılığından uzaklaşmış olsalar da sadece potansiyel bir sağlık gücü olmanın ötesinde aktif birer sağlık personelidirler. Kim ne desin eczacılar raftan ilaç alıp paketlemenin ötesinde sağlık hizmetini yaygın şekilde vermektedirler. İnsanların temel sağlık problemlerine karşı danışma ve yönlendirme konusunda üstlendikleri görevler bile bunu açıkça göstermektedir.

Aile planlamasında eczanelerin potansiyeli neden önemlidir. Çünkü eczaneler daha çok insana, daha çabuk ve daha kolay hizmet vermektedir. Çünkü eczacılar hergün gebeliği önleyici yöntem satın alan fakat klinik veya doktora gitmeyen pek çok kişiye hizmet etmektedir. Ve çünkü aile planlaması talebi ücretsiz devlet hizmetlerinin karşılayabileceğinden daha hızlı artmaktadır.

Şekil11. Gelişmekte olan bölgelerde tahmin edilen kondom, oral kontraseptif, enjektabl veya vajinal yöntem kullanıcılarının kaynağa ulaşım yolları.



Dünyada doğurganlık dönemindeki yaklaşık 55 milyon evli çift gebeliği önleyici yöntemleri eczaneden satın almaktadır. Bu çiftlerin 15 milyonu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bu toplam herhangi bir yöntem kullananların %10'unu, eczanelerde satılan yöntemlerin ise üçte birini oluşturmaktadır (Şekil I).

Ülkemizde evli çiftlerin %15'ini oluşturan oral kontraseptif (OK), kondom ve spermisit kullanıcıları OK'lerde %80, kondomlarda %70 ve spermisitlerde yaklaşık %100 gibi yüksek oranlarda bu yöntemleri eczanelerden sağlamaktadırlar (Tablo I).

Gebelikten korunma yöntemlerinin kaynağı olarak eczanelerin kullanımı çeşitli faktörlere bağlıdır. En önemlileri gelir düzeyi ve nüfus başına düşen eczane sayısıdır (Tablo 2). Ülkemizde iyi gelişmiş bir eczane ağı vardır: %85'i serbest, %15'i kamuda olmak üzere 17.792 eczacı sağlık hizmeti vermektedir. Mevcut 7 eczacılık fakültesi de eczacı yetiştirmeye devam etmektedir.

### Eczanelerin Aile Planlaması Hizmetindeki Avantajları

**1. KOLAYLIK:** Eczaneler şüphesiz yakınlıkları ve verdikleri hızlı hizmet nedeni ile hastanelerden daha çok tercih edilirler.

**2. ÜRÜN SEÇİMİ:** Eczaneler resmi sağlık kuruluşlarına kıyasla daha çok yöntem çeşidi ve bu yöntemlerin değişik markalarını sunarlar. Eczanelerde bulunan çeşitleri sıralayacak olursak;

**a- Kondomlar:** Çeşitli boy ve şekilde, değişik renklerde, kayganlaştırıcı hatta aromalı olmak üzere yerli ve yabancı birçok marka eczanelerde bulunmaktadır. AİDS ve cinsel temasla bulaşan hastalıklar ne deniyle de kullanımları artmaktadır.

**b- Spermisit ve diyafram:** Spermisitin ilk manifaktür üretimi 1885'de İngiltere'de eczacı W.J.Rendell tarafından kakao yağı ve kininden oluşan bir çözünür olarak fitil formunda gerçekleştirilmiştir. Günümüzde ise diğer yöntemlere kıyasla pazarı sınırlıdır,eczanelerde vajinal tablet ve fitil formunda iki marka bulunmaktadır. Yıllar önce eczanelerde satılan diyafram ise talep olmaması nedeni ile artık bulunmamaktadır.

**c- Oral Kontraseptifler:** Üç düşük dozlu, iki trifazik düşük dozlu, beş normal dozlu ve bir minihap olmak üzere toplam 11 değişik marka doğum kontrol hapı pazarlanmaktadır.

**d- Rahim İçi Araç:** Çoğu eczanede ülkemizde pazarlanan 3 tip rahim içi araçtan en az biri bulunmaktadır.

**e- Enjektanlar:** Ülkemizde bulunmamaktadır.

**f- İmplantlar:** Ülkemizde bulunmamaktadır.

**Tablo:1 Gereçlerini eczanelerden sağlayan geçici yöntem kullanıcılarının %'si**

Bölge ve ülke	YIL	Geçici Yön.Kul.%'si	Herhangi bir geçici yön.	Eczaneden alan kullanıcı %'si			
				OK	Kondomlar	Enjektablilar	Diafram
Afrika							
Botswana	1988	22	2	1	12	0	b
Gana cd	1988	4	31	29	b	b	40e
Kırsal		3	31	28	b	b	38e
Kentsel		6	31	31	b	b	42e
Kenya c	1989	8	1	1	18	0	0
Liberya cd	1986	4	16	18	b	8	b
Nijerya, Ondo	1986	3	12	18	25	0	b
Senegal d	1986	1	4	2	b	b	b
Togo	1988	2	27	45	30	b	20
Uganda	88-89	2	4	6	b	0	b
Asya							
Bangladeş	1985	8	38	43	34	0	47e
Kırsal		6	31	BA	BA	BA	BA
Kentsel		22	57	BA	BA	BA	BA
Endonezya cd	1987	27	4	2	53	0	b
Kırsal		26	1	0	44	0	b
Kentsel		29	11	7	57	0	b
Sri Lanka d	1987	9	15	14	37	0	b
Tayland	1987	28	15	21	40	1	b
Latin Amerika ve Karab.							
Bolivya	1989	3	36	39	69	15	b
Brezilya c	1986	28	93	92	100	95	88
Kırsal		27	90	90	91	b	b
Kentsel		28	93	93	100	94	91
Kolombiya	1986	23	64	63	47	72	77
Kırsal		17	65	62	70	50	94
Kentsel		26	64	63	45	77	71
Dominik Cum.	1986	10	20	17	42	b	b
Ekvator	1987	7	20	20	BA	15	21
El Salvador	1988	11	29	22	54	BA	BA
Guatemala	1987	6	24	12	69	12	36
Mekika	1987	15	65	63	55	79	82
Kırsal		12	47	41	56	58	b
Kentsel		17	77	47	54	92	84
Paraguay	1987	20	79	76	79	89	BA
Peru c	1986	6	48	45	61	49	58
Tirinidad ve Tobago	1987	32	52	53	56	BA	48e
Yakın Doğu							
Mısır	1988	19	89	87	98	BA	BA
Ürdün	1983	9	BA	68	BA	BA	BA
Fas	1987	24	11	11	14	20	b
Tunus	1988	12	46	49	47	BA	59
Türkiye	1988	15	BA	79	69	BA	98f

Örme çapındaki kadınlarda Demografik ve Sağlık Çalışmaları ve diğer çalışmaları,1983-1989'da yayımlandığı gibi.

BA= Bilgi alınmadı  
OK= Oral Kontraseptif

a Oral kontraseptifler , kondomlar, enjektablilar, spermisitler ve diaframlar gibi eczaneden elde edilebilenlerle sınırlandırılmıştır.

b 10 kullanıcıdan daha az

c Bugünkü kullanıcılar için bilgi ve edinme kaynağı

d Eczaneler ve marketler veya kimyasal madde satıcıları

e Diğer vajinal yöntemleri de içermektedir

f Diğer "dişi bilimsel yöntemleri"

NOT:Çalışma grubları halen evli 15-49 yaşları arasındaki kadınları içeriyordu. Brezilya, El Salvador, Guatemala ve Paraguay'da ise 15-44 yaş; Botswana, Kenya, Peru ve Ekvator'da 15-49 yaş arası tüm kadınlar; Bangladeş, Mısır ve Türkiye'de geçici yöntem kullanım yüzdesi için ise daha önce veya halen evli olanlar dikkate alınmıştır.

**TABLO 2: Gelişmekte olan seçilmiş ülkelerde tahmin edilen eczane, eczacı ve eczacılık okul sayıları, 1982-1989.**

Bölge ve Ülke	Yıl	Eczane Sayısı a	Eczane/100.000 kişi a	Eczacı Sayısı a	Eczacı/100.000 kişi a	Eczacı Okulları b
<b>AFRİKA</b>						
Burkina Faso	1983	BA	BA	51	1	BA
Kamerun	1983	76	1	BA	BA	BA
Gana	1980	320/3000c	2/21c	BA	BA	BA
Kenya	1982	BA	BA	86	<0.5	1
Liberya	1986	60/277c	3/12c	BA	BA	1
Malawi	1987	10	<0.5	BA	BA	BA
Mali	1983	BA	BA	58	1	1
Nijerya	1985	1656	2	2821	3	6
Senegal	1984	BA	BA	110	2	1
Sierra-Leone	1984	BA	BA	14d	<0.5d	BA
Swaziland	1983	BA	BA	4	1	BA
	1989	6	1	BA	BA	BA
Togo	1984	BA	BA	48	2	BA
Uganda	1984	60/400c	<0.5/26c	BA	BA	BA
Zimbabve	1989	82	1	BA	BA	1
<b>ASYA</b>						
Bangladeş	1989	20000/40000c	18/36c	1600	1	BA
Hindistan	1989	BA	BA	86.262	10	59c
Endonezya	1982	BA	BA	3857	2	BA
	1989	15.000f	BA	BA	BA	11
Nepal	1984	950g	6g	29h	<0.5h	BA
Pakistan	1989	15.000g	14g	1791	2	6
Filipinler	1989	BA	BA	8.000	1	16
Sri Lanka	1989	718	4	441	3	1
Tayland	1989	BA	BA	2650	5	6
<b>LATİN AMERİKA VE KARİBİFER</b>						
Arjantin	1987	BA	BA	9443	30	14
Barbados						
St. Vincent	Erken					
St. Lucia	1980	60	12	BA	BA	1
Bolivya	1988	775	11	BA	BA	3
Brezilya	1984	BA	BA	4630	4	BA
	1989	18.360	12	BA	BA	47
Kolombiya	1982	6.000	22	BA	BA	4
Ekvator	1987	1875/35.000c	19/353c	BA	BA	4
Honduras	1985	227/153c	5/3c	BA	BA	1
Meksika	87-88	13.645	16	BA	BA	34
Peru	1984	BA	BA	4250	22	4
	1989	3422	16	BA	BA	BA
<b>YAKIN DOĞU VE KUZAY AFRİKA</b>						
Cezayir	1984	BA	BA	706i	3i	1
Mısır	1980	5368	12	16.000	2	8
Ürdün	1989	624	16	BA	BA	2
	1988	BA	BA	1.000	26	BA
Kuveyt	1987	BA	BA	711	38	BA
Fas	1989	1.500	6	BA	BA	BA
Tunus	1986	BA	BA	881	12	1
Türkiye	1985	BA	BA	11.582h	23h	BA
	1988	7900	15	BA	BA	6
Yemen Arap Cum.	1985	BA	BA	107	1	BA
Yemen Dem.HalkCum.	1985	BA	BA	29	1	BA

a- Başka biçimde belirtilmedikçe kayıtlı eczane ve eczacılar

b- Kaynak: Temple 1989

c- kayıtlı eczaneler/kayıtlı olmayan kimyasal mad. satıcıları ya da dükkanlar

d- Eczacılar ve ilaç satıcıları

e- Yaklaşık 200 adet 2 yıllık diploma programları hariç

f- 10 büyük şehirde

g- Kayıtlı olmayan dükkanlar dahil

h- Eczacılar ve kimyasal madde satıcıları

i- Sadece özel sektör

**3- KAYNAĞIN SEÇİMİ:** Eczane müşterileri özellikle de şehirde oturanlar sadece ürün ve markalar arasından değil eczaneler arasında da seçim şansına sahiptirler. İnsanlar bu seçimi neye göre yapmaktadırlar? Kişiler genelde ya doktor muayenehanesine ya da evlerine yakın eczaneyi seçme eğilimindedirler. Oysa aile planlaması konusunda eczane seçiminde de birkaç özellik vardır. Eczacı ile komşu olma süresi eczane seçiminde önemli bir yer oluşturmaktadır. Çoğu yerde eczacı bir aile dostudur, kişiler salt sohbet için bile eczaneye gelmektedirler. Hatta birçoğunuzun bu nedenle vergi iade zarfı veya emlak beyannamesi doldurmakla uğraştığınızı eminim. Aile planlamasında kişilerin aradıkları güven ve gizlilik de eczane seçiminde rol oynamaktadır. Hatta bu nedenle bazı kişiler tanıdık olmayan eczaneleri bile tercih edebilirler. Eczaneye giden bazı insanlar başkalarının hangi kontraseptifleri kullandıklarını bilmelerini istemezler. Bir klinik yerine eczacıya başvurmak istemelerinin nedeni eczacıya isim bildirmek-kaydettirmek zorunda olmamalarıdır. Eczanede bulunabilecek özel bir oda veya rahat bir konuşma köşesi kişilerin eczacılardan öneri istemelerini kolaylaştırıp arttıracaktır. Eczane seçimi konusunda eczacının veya diğer eczane personelinin cinsiyeti daha doğrusu bayan olmaları tercih sebebidir. Yapılan araştırmalarda bayanların yanı sıra erkeklerin bile aile planlamasında danışmak için bayan eczacıları tercih ettikleri saptanmıştır.

**4. ÜCRETSİZ BİLGİ VE ÖNERİ:** Özellikle yoksul ve eğitimsiz kişiler tıbbi öneri için ilk önce eczaneye başvururlar. Eczacıların önerileri hem bedava hem de halkın kolay anlayacağı bir dildedir ve insanların kendi tedavilerini daha fazla kontrol etmelerini sağlar.

### Eczanenin Dezavantajları

Kontraseptif kaynağı olarak eczanelerin iki büyük dezavantajı vardır.

**1. FİYAT:** Burada irdelenmesi gereken insanların eczane fiyatı olarak kontraseptifler için gelirlerinin ne kadarını ödedikleridir. (Tablo 3) Düşük gelirli gruplarda yöntemler için ayrılan aylık harcamaların aylık gelirin %'ini geçmemesi gerektiği gösterilmiştir. Ancak düşük fiyatlı yöntemlerin daha fazla satılmasının beklenmemesi gerekir. Düşük fiyat düşük kalite şüphesini yaratabilir. Örneğin resmi sağlık kuruluşları tarafından dağıtılan oral kontraseptifler ücretsiz olmalarına rağmen fazla tercih edilmemektedir.

**2. ECZACININ BİLGİSİ:** Daha doğrusu bilgisizliği. Bazı eczacı ve eczane personeli aile planlaması konusunda bilgisizdir. İlginç olan bir bulgu çeşitli ülkelerdeki eğitim programlarında yapılan başlangıç testindeki

eczacıların %40-50 arasındaki başarı oranı gerçekleştirdiğimiz ön anketimizde de bir kez daha doğrulanmıştır.

**TABLO 3:Seçilmiş ülkelerde eczanelerde ve memur gelirlerine göre kontraseptif fiyatları, 1989-1990.**

**Fiyat A.B.D.'de**

Bölge ve Ülke	OK (Sikus başına)	Kondom (düzine başına)	Spermisit	Memur Maaşı/ ay(ABD\$)a	Maaşın %'si ol. OK fiyatı
Afrika					
Gana c	.14-.35	.42-2.82	BA	40	0.5
Zaire c	BA	.40-24.00	BA	16	BA
Asya					
Bangladeş	.05-.97c	.08-.28d	BA	94	0.5
Hindistan c	.12-.76	.07-1.64	BA	50	0.9
Endonezya c	.82-2.26	.86-2.93	1.82(12film)	182	0.8
Taylant	1.15	1.54	BA	100e	1.2
Nepal d	.07-.20	.11-.29	.01(9 tablet)	35	0.4
Latin Amerika					
Brezilya f	1.37-1.69	3.62-7.00	BA	76	2.0
Kolombiya	.33-.58	1.80-3.00	.72-1.68(12tab)	130	0.4
Meksika	1.03	4.33	.73	138	0.7
Yakın Doğu					
Tunus d	.25	.10	BA	169e	0.1
Türkiye	.72-1.61	1.30-5.22	BA	218	0.5

BA=Bilgi alınamadı

OK= Oral Kontraseptifler

a= Ortalama veya göreve yeni başlayan memur maaşı.Brezilya'da en düşük maaş ve Zaire'de öğretmen okulu maaşı dikkate alınmıştır.

b=OK fiyat ortalaması

c=Sosyal pazarlanan ve ticari markalar

d=Sadece sosyal pazarlanan markalar

e= Özel sektör

f=1989 Ekimindeki fiyat ve ücretler

### Eczacıları Daha Fazlası İçin Yüreklendirmek

Aile planlaması konusunda neden eczacılarla işbirliği yapılmalıdır?

1. Yöntemleri halihazırda eczaneden satın alan geniş bir kullanıcı oranı vardır.
2. Daha çok bilgi ve malzeme daha iyi sonuç getirecektir.
3. Kaynağa yakınlık arttıkça kullanım da artacaktır.

4. Eczacılar kliniğe gitmekten kaçınanlara da hizmet sunabilir.
5. Asılsız söylentilerle mücadele edebilir.
6. Eczaneler hizmet ve bilgi merkezine dönüştürülebilir.

Klinik kurmak için bina, eğitilmiş personel ve malzeme gerekmektedir. Oysa eczacıları eğitim, broşür-poster ve yüreklendirme ile her eczane birer aile planlaması hizmet ve bilgi merkezi haline dönüştürülebilir.

7. Eczaneler artan talebin karşılanmasında rol oynayabilirler.

Aile planlaması konusunda artan talebin ücretsiz hizmetle karşılanması güçtür. Gelişmekte olan ülkelerde aile planlaması için yılda 3.2 milyar dolar harcanmaktadır. Bunun sadece %17'si kullanıcıdan gelmekte, %63'ü devlet, %20'si ise yabancı yardımlardan karşılanmaktadır. 2000 yılında bu harcamaların üç misli artacağı hesaplanmaktadır. Yani insanlar aile planlaması için ödeyebilecekleri kadarını ödemeye yöneltmek durumundadırlar.

## Eczacıların Aile Planlamasındaki Rolünü Sınırlandıran Etkenler

**1. Düşük Satış Hacmi:** Eczanelerdeki kontraseptif satışlarını arttırmak için reklam ve promosyon esastır. Akademik otorelerin radyo ve TV kanalı ile bu metodları tartışması, gazete dergi ve radyo reklamları, spotlar, tanınmış sanatçıların bu tanıtıma katılımı ve yapılan reklamların devamlılığı yöntem satışlarını artırmaktadır. Ancak hükümet kısıtlamaları sıklıkla toplumsal reklamları güçleştirmektedir. Satış öncesi reklam yapılabileceği gibi sergi standı, broşür ve posterlerle tanıtıma ve kişilerin bilgilerini arttırmaya yönelik satış anında da promosyon uygulanabilir. Ülkemizde özellikle doğum kontrol haplarındaki düşük satış hacminin nedenlerini inceleyecek olursak: Eczacının danışmanlık görevinin en önemli bölümünü oluşturan doğum kontrol hapları konusundaki bilgi ve güncel bilgileri içeren kaynak yetersizliği; hatta doğum kontrol haplarının ortak kullanım kılavuzunun henüz geliştirilmemiş olması bu yöntemin etkinliğini azaltarak kişileri kullanmaktan uzaklaştırmaktadır. Doğum kontrol hapları ile gelişmiş ülkelerde rastlanan düşük (%3) pratik başarısızlık oranları bu yetersiz danışmanlık ve kullanım kılavuzları kargaşası nedenleri ile ülkemizde %25'lerin üzerine çıkabilmektedir. Bütün bunlar düşük satış hacmini yaratan nedenlerdir.

**2. Fiyatların Yükseltilmesi:** Eczanede satılan doğum kontrol yöntemleri antibiotik, vitamin veya ağrı kesiciler kadar yaygın kullanılmadığından



ve kıyasla düşük fiyatlı olduklarından kar marjlarının yükseltilmesi eczacıların aile planlamasına katılımını yöreklendirip artıracaktır. Yüksek kar payı yanısıra eczacılara sağlanacak uzun vade ve hatta kredi eczacıyı teşvik edecektir.

**3. Stokların Tükenmesi:** Stok kayıpları kontraseptif kullanıcılarını başka yerden alışveriş etmeye, başka metodlara yönelmeye ve hatta aile planlamasına devam etmemeye zorlamaktadır.

**4. Reçete Zorunluluğu:** Birçok ülkede zorlama olmaksızın doktor reçetesi zorunluluğu vardır. Öyle de olsa bu tür zorunluluklar eczacıyı tereddütte bırakır ve kontraseptif satışlarını engelleyebilir. Reçete zorunluluğunun amacı kadınların oral kontraseptifleri bir doktor tavsiyesi ile kullanmalarının sağlanmasıdır. Zorunluluk O.K. kullanımındaki kontrendikasyonların tanımlanabilmesi için bir doktorun kontrolünü ve muayenesini öngörmektedir. Yine de birçok çalışma doktor muayenesinin gerekliliğini sorgulayabilmektedir, çeşitli çalışmalarda fizik muayenenin zorunlu olmadığı gösterilmiştir. Aksine reçete zorunluluğu doktora ulaşamayan kadınlar dağıtım yapılabilmesini engellemekte ve böylece diğer kadınların gebeliğin belirgin sağlık risklerinden korunmak için etkin yollara ulaşma şansı gölgelenmektedir. Ne olursa olsun O.K'lerin sağlık riskleri çoğu kadın için gebeliğin sağlık riskinden hafiftir. Sağlık nedenleri ile O.K kullanmaması gereken çok az sayıda kadınların çoğu basit sorgulama ile ayırdedilebilir. Bu bir doktor tarafından yapılabileceği gibi sorular ve yanıtlarının değerlendirilmesi eczacı ve eczane çalışanı tarafından da yapılabilir.

Reçete zorunluluğunun kaldırılması konusunda ilaç firmaları, doktorlar ve eczacılar değişik görüşler öne sürmektedirler. İlaç firmaları eğer bir kullanıcı kontraseptiflerini doktora danışmadan kullandığında sağlık problemi ortaya çıkacak olursa yasaların kendilerini sorumlu tutacağı endişesini dile getirmişlerdir. Bazı ülkelerde doktorlar ve Sağlık Bakanlıkları O.K. kullanan kadınların kontrendikasyonlar veya yan etkiler açısından doktor kontrolü ve gözleminden uzak kalacağı kaygısını belirtmişlerdir. Eczacılar ise reçete zorunluluğunun kaldırılması ile diğer satıcılarla rekabete gireceklerinden yakınmışlardır.

### Aile Planlaması Konusunun Eczacılara Öğretilmesi

Eczacılık fakültelerinin pekçoğunda aile planlaması pekaz ele alınmaktadır. Genellikle farmakoloji derslerinde sadece hormonal yöntemler

tartışılmaktadır. Bazı halk sağlığı derslerinde de aile planlaması konusuna, "sağlık bakımına müdahale" olarak kısaca değinilmektedir. Bu sınırlamalar sonucunda, eczacılık fakültesi mezunlarının çoğu aile planlaması ve gebelik önleyici yöntemler konusunda geniş uzmanlaşmış bilgiye sahip olmamaktadır. Bu gerçek ülkemiz için olduğu gibi diğer gelişmekte olan ve hatta gelişmiş ülkeler için de geçerlidir. Örneğin Güney Amerika'daki eczacılık fakülteleri öğrencilerinin ileride ağırlıklı ilaç endüstrisinde çalışacağını öngördüğünden dersleri kimya ağırlıklı vermektedir. Kanada'da 1975 yılında yapılan bir araştırmada aile planlaması konusunda eczacıların sadece %25'inin formel bilgi sahibi olduğu ortaya konmuştur. A.B.D.deki eczacılık fakültelerinde ise aile planlaması birçok derste anlatılırken, konuyu tek başına ele alan ders veya kurs bulunmamaktadır.

Eczacılığın aile planlamasındaki rolü konusunda 1983 yılında Mısır'da yapılan uluslararası konferansta Aleksandria deklarasyonu hazırlanmıştır. Bu deklarasyonda:

1. Eczacılık öğrencilerinin müşterilerine aile planlaması konusunda önerebilecekleri standart eğitim materyali hazırlanması,
2. Aile planlaması eğitiminin eczacılık fakültelerinde özel bir derste anlatılması önerilmiştir.

Bu deklarasyonun imzalanmasından günümüze değin, Dünya Sağlık Örgütü ve diğer kuruluşların düzenledikleri birçok toplantıda aldıkları aynı doğrultudaki karar ve önerilere rağmen, deklarasyon hedeflerine henüz ulaşılmamıştır. Sonuç olarak bu toplantılar eczacıların aile planlamasındaki önemleri konusunda olumlu değişiklikler getirmiş, ancak bu yeni görüşler uygulamaya geçirilememiştir. Çünkü yasa ve yönetmeliklerin değişmesi pahalıdır, zaman gerektirir ve politik tartışmalara yol açabilmektedir.

### Türkiye'de Eczacının Aile Planlamasındaki Yeri

Ülkemizde aile planlaması hizmeti sunan hekim ve eczacıların konu ile ilgili tutum ve uygulamaları İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı tarafından Türkiye çapında yapılan kapsamlı bir araştırma ile ortaya konmuştur. Kasım 1990 ve Ocak 1992 tarihlerini taşıyan bu iki aşamalı çalışmada ülkemizdeki 16 coğrafi sağlık bölgesindeki 32 şehir ve ayrıca 3 metropol kentimizde çalışan eczacıların yaklaşık %10'una ulaşılmıştır. Bu araştırmalardan çıkan bazı sonuçları özetlersek:

\* %23.1'i eczacılık fakültesinde, %4.8'i mezuniyet sonrasında, %3.4'ü

ise hem fakülte hem de mezuniyet sonrasında olmak üzere eczacıların toplam %31.3'ü aile planlaması konusunda eğitim gördüğünü belirtmiştir.

- \* Mezun oldukları üniversitelere göre aile planlaması eğitimi alanlar ve bu eğitimi yeterli bulanlara bakıldığında;

Fakültede aile planlaması eğitimi aldığını bildirenler arasında ilk sırada %54.1 oranla Hacettepe Üniversitesi mezunları gelirken %13.8'lik oranla İstanbul Üniversitesi mezunları en az eğitim aldıklarını bildiren eczacılar olmuştur. Eğitim alanlarınsa ancak yarısı eğitimlerini yeterli bulmaktadır.

- \* Eczacılık fakültelerinde aile planlaması ile ilgili aldıkları eğitimin içeriği sorulduğunda: Doğum kontrol hapları %23.3 ile birinci sırada yer alırken, eczacıların en önemli görevleri olan danışmanlık ve hizmet sunumu ancak %7.4 oranında kalmaktadır.
- \* Eczacıların aile planlamasındaki rollerinin ne olması gerektiği sorulduğunda:

- Klinik uygulama gerektirmeyen yöntemleri sunmak	%45.30
- Doktorun önerdiği kontraseptifleri vermek	%26.30
- Yöntem seçimi için danışmanlık yapmak	%25.20

şeklinde yanıt alınmıştır.

Yine aynı çalışmada eczacıların aile planlaması konusundaki temel bilgi düzeyleri de araştırılmıştır.

- \* Doğum kontrol yöntemleri ile ilgili basit, temel oniki cümleden oluşan doğru-yanlış testine eczacıların verdikleri ortalama doğru yanıt sayısı 3.3 olarak saptanmıştır. Bir başka deyişle eczacıların yöntemler konusundaki doğru bilgi düzeyleri ortalama %27.5 olarak hesaplanmıştır.
- \* Fakültede yeterli aile planlaması eğitimi aldığını bildirenlerle, bu eğitimlerini yetersiz bulan veya eğitim almadığını ifade edenler arasında teste verilen doğru yanıt oranları, yani kontraseptif bilgi düzeyleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- \* Çoğu, aile planlaması eğitimlerini yetersiz bulan, yapılan bilgi düzey araştırmalarında da bu yetersizliğin açıkça görülebildiği

ülkemiz eczacılarına aile planlamasındaki başvuru nedenleri ve sıklıkları sorulduğunda ise bir eczaneye haftada ortalama :

- Doğum kontrol ilaç ve gereci satın almak için	14
- Adet söktürücü ilaç satın almak için	12
- Yöntem danışmak için	6
- Gebelik testi yaptırmak için	5

olmak üzere toplam 37 kişi başvurmuştur.

Eczacılık fakültelerinden aile planlaması konusunda yetersiz bilgi ile mezun olan ve bunca yoğun danışılan eczacılar için kontraseptif bilgi kaynağından biri ilaç şirketlerinin pazarlamacılarıdır. Oysa eczacı ve eczane çalışanlarına yönelik yapılan hizmet-içi eğitimi çok daha önemli ve eğitici olmaktadır. Bu eğitimlerin iki amacı vardır: birincisi eczanelerde gebeliği önleyici yöntem satışını artırmak ki bu tür eğitimler tüm dünyada ilaç firmaları tarafından yapılmaktadır; ikincisi eczacı ve diğer personeli aile planlaması konusunda danışmanlık yapmaları için eğitmek. Eğitimi kimin düzenlediğine bakılmaksızın Sağlık Bakanlığı'nın ve eczacı örgütlerinin iyi niyeti ve destekleri önemlidir.

Ülkemizde eczacılar, aile planlaması konusundaki eğitim açıklarını, eczacı odaları tarafından düzenlenen meslek içi eğitim programlarına katılarak kapatma gayreti içindedirler. Bu programlardan ilki 31 Mart-7 Nisan 1991 tarihlerinde "Eczacı ve Aile Planlaması" - Meslek İçi Sürekli Eğitim Programı (MİSEP III) adı ile İstanbul Eczacı Odası tarafından düzenlendi. Eğitime katılan eczacıların bilgi düzeylerini ve eğitim başarısını değerlendirmek amacıyla program öncesi ve sonrasında anketler uygulandı. Aile planlaması konusunda 15 basit ve temel sorunun sorulduğu anket sonuçlarına baktığımızda:

- \* Her iki ankette sorulara verilen doğru yanıtlar karşılaştırıldığında; ön anketteki %40.05'e karşın, son-ankette %56.71 olarak saptanan ortalama doğru yanıt yüzdeleri arasındaki %16.61'lik fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $t= 7.4383$ ,  $p < 0.005$ ).
- \* 15 soruluk anketimize en az 10 doğru yanıt verenleri (yani 100 üzerinden 60 veya daha fazla puan alanları)"başarılı" kabul ettiğimizizde; ön ankette % 1.47 ye karşın, son ankette eczacıların %34.48'i başarılı oldu. İki anket arasındaki %33.01'lik başarı farkı istatistiksel olarak yine anlamlı bulundu ( $t= 5.44$ ,  $p < 0.005$ ).
- \* Anketler soru gruplarına ayrılarak incelendiğinde ise eğitimin

özellikle doğum kontrol hapları konusunda bilgi artışı sağladığı görüldü. Eğitimin bu konuda kazandırdığı bilgi artışı yüzdesi 86.02 olarak hesaplandı.

Sadece iki hafta sonunda toplam 10 saat olarak uygulanan bu eğitim eczacıların bilgi düzeylerini artırmıştır. Bunun yanısıra asıl kazanç hizmet içi eğitimlerin eczacıların özgüven ve danışmanlık yeteneklerini artırmasıdır.

"Eczacı ve Aile Planlaması" konulu MİSEP III'den sonra İstanbul Eczacı Odası'nın aile planlaması eğitimlerini her yıl bir kez olmak üzere sürekli uygulama kararı alması ve bu karar doğrultusunda ikinci aile planlaması eğitimini Mart 1992'de gerçekleştirmesi sevindiricidir. İstanbul'dan sonra Ankara Eczacı Odası'nın gerçekleştirdiği program ve İzmir Eczacı Odası'nın program kararı olması, fakültelerde yetersiz bilgi ile mezun olan eczacıların eğitimlerini yine kendi meslek odaları önderliğinde üstlendiklerinin; değişen ve gelişen kontraseptif teknolojiyi yakalama gayreti içinde olduklarının göstergesidir.

Sonuç olarak eczacılar, tüm sağlık hizmeti sunanlar arasında en kolay ulaşılabilenlerdir. Halk sağlığı ve aile planlamasındaki potansiyelleri açıktır. Bu potansiyel genellikle diğer sağlık hizmeti sunanların, eczacıları sağlık personeline ziyade girişimci olarak görmelerinden dolayı gözardı edilmektedir. Oysa, girişimciliğin kalitesi-müşteriyi çekmek ve mevcut müşteriyi koruma yeteneği- eczacıları aile planlaması çalışmalarında değerli kılmaktadır. Eczacılar doğru zamanda doğru yerdedirler. Aile planlaması hizmeti veren diğer sağlık personeline kıyasla kullanıcı ile daha yakın ilişkide olduklarından doğru ürünü, doğru fiyatla ve doğru bilgi ile sunabilirler.

**Meslek İçi Sürekli Eğitim Programının üçüncüsü olan Eczacı ve Aile Planlaması'a katılan meslektaşlarımız tarafından konuşmacılara yönlendirilen sorulara verilen yanıtlar tüm eczacılarımızın ortak soruları veya sorunları olarak kabul edildiğinden derlenmiş ve kitaba eklenmiştir.**

**1. Eczaneye başvuran kişiler korunma yöntemleri ile ilgili olarak genelde neler bilmek isterler? Diğer bir deyişle bizler birer danışman olarak nelere yanıt vermekle yükümlüüz?**

Tam bir yükümlülük olmasa da " Gönüllü sorumluluk" diyebileceğimiz bir pozisyonda hemen hemen herşeye yanıt vermek zorunda kalabilirsiniz. Kişiler korunma yöntemleri hakkında :

- \* İşe yarayacak mı?
- \* Etkinlik veya başarısızlığı ne kadardır?
- \* Bana zarar verir mi, sağlık açısından zararları var mı?
- \* Beni rahatsız eder mi?
- \* Benim için uygun mu?
- \* Eşim için uygun mu?
- \* Dini inançlarıma ters düşer mi?
- \* Bu yöntemi kullanmayı unutabilir miyim?
- \* Bu yöntemi dikkatli kullanabilir miyim?
- \* Bu yöntem sevişmeyi yarıda keser mi?
- \* Ben ve eşim bu yöntemi kullanırken zorlanır mıyız?
- \* Bu yöntemin fiyatı çok fazla mı?
- \* Bu yöntem adetlerimi artırır veya ağırlı hale getirir mi?

- \* Bu yöntemi doğru ve düzenli kullanmakta zorluk çeker miyim?
- \* Bu yöntemden dolayı cinsel ilişkiden daha mı az zevk alacağım?
- \* Bu yöntem ileride kısırlığa neden olur mu?

gibi pek çok soruya yanıt arayabilirler ve aile planlamasındaki kararların gönüllü alınması, kişilerin kullanacakları yöntemi bilinçli olarak seçmeleri gerektiğinden bizlere düşen görev onları her konuda aydınlatmaktır. Bu iş ancak doğru bilgi ve özveri ile yapılabilir. Bu özverinin bize maddi katkı sağlamayacağı kesindir, sonuç olarak danışmanlığı sağlık personeli olmamızın getirdiği bir sorumluluk olarak görmemiz gerekmektedir.

## **2. Eğer daha önce doğum kontrol hapı kullanmamış bir kadın kullanmak üzere bize başvurursa nasıl davranmalıyız?**

Doğum kontrol hapı kullanmak üzere başvuran bir kadın gebelikten korunma konusunda gönüllü kabul edebileceğinden size düşen bilinçli seçtikleri yöntemi olabildiğince anlatmak ve kısa sorgulama ile kadının o yöntemine uygun olup olmadığını saptamaktır.

- \* Yaşı 35'in üzerinde ve fazla sigara içiyor mu?
- \* Felç öyküsü var mı ya da halen mevcut mu?
- \* Bacaklarda şiddetli ağrılar olur mu?
- \* Bacaklarda belirgin varisler var mı?
- \* Şiddetli göğüs ağrısı olur mu?
- \* Beklenmeyen nefes darlığı olur mu?
- \* Şiddetli baş ağrısı ve/veya görmede değişiklik olur mu?
- \* Emziriyor mu? ( Kombine OK'lar için sorgulama)
- \* Amenoresi var mı? (Adet görmeme)
- \* Deri ve gözlerinde sarılık var mı?
- \* Kan basıncı yüksek mi? ( Sistolik 140, Diastolik 90 mmHg'dan fazla)
- \* Memede kitle var mı?
- \* Bacaklarda şişlik ( ödem) var mı?

Yukarıdakilerin tümüne "Hayır" olarak yanıt veren bir kadına oral kont-

rasetif önerilebilir. Herhangi birinin yanıtı "Evet" ise ilk değerlendirilmesinin yapılması için doktora gönderiniz.

### **3. Yukarıdaki sorgulama sonunda kontrendikasyonu olmayan hiç hap kullanmamış bir kadına hangi doğum kontrol hapi önerilebilir?**

Seçebileceğiniz veya önerebileceğiniz hap çeşitleri fazla değildir. Başlangıçta genellikle düşük dozlu bir oral kontrasetif vermelisiniz. Örn:

\* Etinil östradiol (östrojen) 20 mcg veya 35 mcg/ gün ve progestin içeren kombine preparat

\* Etinil östradiol ve levonogestrel (progestin) içeren trifazik preparat. Trifazik haplarda progestin miktarı önemli olarak azaltılmıştır. Buna bağlı olarak progestinlerin metabolik etkileri ve komplikasyon riski azalır. Olumsuz yönü ise hapların doğru kullanımının zorluğu ve lekelenmedir.

Tüm doğum kontrol haplarının ilk kez kullanılmaya başlandığı ay ek bir doğum kontrol yöntemi daha (kondom veya vajinal spermisit) kullanılması gerekmektedir. Çünkü ilk ay haplar kullanıcıyı gebelikten kesin olarak koruyamaz.

### **4. Doğum kontrol hapi kullanan bir kadında ilaca bağlı yan etkiler ortaya çıktığında nasıl davranmalıyız?**

Hormonal kontrasetifler bölümünde anlatılan amenore, ara kanaması ve lekelenme, depresyon, bulanık görme veya görme kaybı, aşırı baş ağrısı, hipertansiyon, aşırı bulantı-kusma, aşırı kilo alma gibi yan etkiler erken tehlike belirtileridir. Bu durumlarda hastanızı değerlendirmek üzere bir doktora göndermelisiniz.

### **5. Doğum kontrol haplarının diğer ilaçlarla etkileşimleri hakkında bilgi verir misiniz?**

Doğum kontrol haplarının metabolizmaları bir dizi ilaçtan etkilenmektedir. Yan etkilerinin yok edilmesi için içerdikleri hormon miktarlarının gidecek azaltılması doğum kontrol haplarının diğer ilaçlarla etkileşimlerini kontrasetif etkinlik açısından daha da önemli kılmaktadır. Bu olay doğum kontrol haplarında olduğu gibi enjeksiyon, implant veya vajinal halka gibi hormon içeren tüm yöntemler için de geçerlidir.



**Hapların Diğer İlaçlarla Etkileşimleri****İstenmeyen Etkiler**

<b>Etkileşen İlaç</b>	<b>(Etki Mekanizmaları)</b>	<b>Öneriler</b>
Asetaminofen	Ağrı kesici etki azalır (metabolize oluşu artar)	Ağrı kesici etkiyi izleyin
Alkol	Alkolün etkisi artar	Dikkatli kullanın
Antikoagulanlar (Oral)	Antikoagulan etki azalır	Başka kontraseptif önerin
Antidepresanlar	Antidepresan etki artabilir	Antidepresan konsantrasyonunu izleyin
Barbituratlar	Kontraseptif etki azalır	Gelişigüzel kullanılmamalı Epileptiklere başka kontraseptif önerin
Benzodiazepinler	Psikomotor bozukluklar dahil trankilizan etki artabilir veya azalabilir	Dikkatli kullan. En fazla bozukluk, menstruasyon sırasında (hap alınmayan dönemde) olur
Beta blokörler	Blokör etki artabilir	Kardiovasküler durumu izleyin
Karbamazepin	Kontraseptif etki azalır	Başka kontraseptif önerin
Kortikosteroidler	Kortikosteroid toksisitesi artabilir	Klinik önemi kanıtlanmamıştır.
Griseofulvin	Kontraseptif etki azalır	Başka kontraseptif önerin
Guanetidin	Guanetidin'in etkisi azalır	Gelişigüzel kullanılmamalıdır
Hipoglisemikler	Hipoglisemik etki azalabilir	Kan glikozunu izle
Metildopa	Antihipertansif etki azalır	Gelişigüzel kullanılmamalıdır
Penisilin	Ampisilinle kontraseptif etki azalır	Belirsiz olasılık Başka kontraseptif önerin
Fenitoin	Kontraseptif etki azalır Fenitoinin etkisi artabilir	Başka kontraseptif önerin
Primidon	Kontraseptif etki azalır	Başka kontraseptif önerin
Rifampin	Kontraseptif etki azalır	Başka kontraseptif önerin
Tetrasiklin	Kontraseptif etki azalır	Başka kontraseptif önerin
Teofilin	Teofilin etkisi artar	Teofilin konsantrasyonunu izleyin
Troleandomisin	Sarılık	Birlikte kullanımdan kaçın
Vitamin C	Serum konsantrasyonu artar günde 1 gr.'dan fazla C vit. ile alınırsa östrojenleri yan etkileri artar	C Vitamini günde 100 mg.'a indirin

## 6. Doğum kontrol hapı kullanan kadınlarda hapı bıraktıktan sonra gebelik oluşmasında karşılaşılabilecek sorunlar var mıdır?

Doğum kontrol hapları ileride çocuk sahibi olmak isteyen kadınlara öneriler iyi bir seçenektir. Pelvik enflamasyon, uterin fibroid, ektopik gebelik, over kisti, endometrial kanser ve belki de endometriozis gibi infertilite nedenlerini önleyerek kadınların ileride gebe kalabilme yeteneğini yükseltebilir. Eğer hap kullanmadan önce kadının adetleri düzenli değil ise, hapları bıraktıktan sonra tekrar düzensizleşir. Hap kullanırken, periodik olarak ara verme fertilitenin geri dönüşünü etkilemez ancak haplara periyodik olarak 1-2 siklus ara vermek gerekmemektedir. Hap kullanmayı bıraktıktan sonra gebe kalma hap kullanmama durumuna kıyasla ortalama 2-3 ay gecikebilir. Çoğu kadınsa hapı bıraktıktan sonra hemen gebe kalabilmektedir. Yani sözüne ettiğimiz 2-3 ay gebe kalmama olayı kontrasepsiyon açısından güvenilir değildir. Hap kullananların %1-2 kadar küçük bölümü hapları bıraktıktan sonra 6 ay veya daha uzun süre adet görmeyebilir. Ancak bu düzensizliğin nedeninin doğum kontrol hapları olduğu kesin olarak gösterilememiştir.

## 7. Emziren bir anne hangi şart ve zamanda kontraseptif kullanmaya başlamalıdır?

Emzirmenin geçici olarak oluşturduğu infertilitenin süresi önceden kestirilemediği için genel olarak en geç doğum sonrası 6. haftada korunma başlamalıdır. Ancak birtakım özel durumlar da gözönüne alınmalıdır. Eğer anne emzirmiyorsa hemen doğum sonrası, yeterli sıklıkta emzirmiyorsa ya hemen doğum sonrası yada en geç 6. haftada kontrasepsiyona başlanmalıdır. Hemen doğum sonrasında verilen kontraseptiflerin kadının emzirmesini etkilememesi gerekir. Eğer anne gece emzirmeyi bırakmış veya ek gıdalara erken başlamışsa yine ya hemen doğum sonrası yada 6. haftadan itibaren korunmalıdır. Son olarak eğer anne bebeğin her ağlayışında emziriyorsa ve bunu gece de sürdürüyorsa postpartum 6. aya veya adet görene dek korunmayabilir.

## 8. Laktasyon (emzirme) sırasında kombine hap neden kullanılmamalıdır?

İki nedenle yanıt kesin olumsuzdur. Birincisi gereksizdir, çünkü laktasyonla birlikte yalnız progestinli hapla %100 kontraseksiyon sağlanabilir. İkincisi kombine oral kontraseptifler sıklıkla süt miktarını azalttığı gibi yeni doğmuş bebeğe sadece progestinli haptan olduğundan daha fazla hormon verilmiş olacaktır. Bu nedenlerle emziren anne eğer oral kontraseptif kullanacaksa progestin içerenler tercih edilmelidir.

## 9. Doğum kontrol hapı kullanan kadınlarda hap içmeyi unutma veya hastalık durumlarında neler yapmalıyız?

Doğum kontrol hapı kullanan bir kadın :

\* 1 hap almayı unutmuşsa : hatırlayınca hemen almalı, o gün alması gereken hapı da normal zamanda almalıdır. Gebe kalma riski çok düşüktür yine de ek bir yöntem önermelisiniz.

\* Peşpeşe 2 hap almayı unutmuşsa : hatırlayınca hemen iki hap, ertesi gün iki hap daha almalıdır. Bu durumda diğer adete kadar bir miktar kanama olabilir. Yine adet görünceye kadar ek yöntem kullanılmalıdır.

\* Peşpeşe 3 hap almayı unutmuşsa : öncelikle "iyi bir hap kullanıcısı" olduğuna şüpheyle bakmak gerekir. Üç gün üstüste ikişer hap alıp; büyük bir olasılıkla ovulasyon olmuş olabileceğinden adet görünceye kadar kesinlikle başka bir yöntem de kullanılmalıdır.

\* İki veya üç hap unutma durumunda yukarıdaki pratik şemalar uygulanabileceği gibi başarısızlık olasılığını daha da azaltmak için, son yayınlarda uyulması daha zor olan başka bir şema : peşpeşe iki hap unutulduğunda unutulmuş kutudaki son 7 hapın içinde ise (siklusun 3. haftası), veya peşpeşe üç hap unutulduğunda siklusun hangi döneminde olduğuna bakılmaksızın kutu atılıp, hemen yeni bir kutuya geçilmesi önerilmektedir.

\* Birkaç gün süren şiddetli kusma veya ishal durumunda : hapı kesmeden adet görünceye kadar ek bir yöntem kullanılmalıdır.

\* Minihaplarda (yalnızca progesterin içerenler) ise bir başka özellik vardır. İki hap arasındaki süre 24 saati geçerse etkinliği çok azalacağından minihap içmeyi 3 saat geciktirmek bile mutlaka 48 saat süreyle ek doğum kontrol yöntemi gerektirmektedir.

## 10. Rahim İçi Araç (RİA) kullanırken gebelik oluştuğu takdirde neler yapılmaktadır?

Gebelik, RİA kullanırken görülebilecek önemli komplikasyonlardan biridir. Gebelik oluştuğunda RİA'nın çıkartılması gerekir, çünkü:

\* Eğer RİA yerinde bırakılırsa gebelik %50 olasılıkla spontan düşükle sonlanır, RİA çıkartıldığında bu olasılık %25'e düşer.

\* RİA kullananlarda, gebelik ve enfeksiyonun birlikte olması yaşamı tehdit edebilir. Bu enfeksiyonlar gribal enfeksiyona benzer şekilde ateş, baş ağrısı, myalji, bulantı-kusma ile ortaya çıkabilir, bu durumda "grup" değil "sepsis" düşünmek gerekir.

\* Ayrıca RİA varken oluşan gebeliğin ektopik olma olasılığı yüksektir. Bu olasılık normalde %08 iken, RİA kullananlarda %3-4 civarındadır.

### **11- Kondom kullanımında çıkabilecek sorunlardan bahseder misiniz?**

Kondom kullanacak olan kişi genellikle eczacılar veya diğer sağlık personeline danışmaktan kaçınmaktadırlar. Oysa koruyucu etkinliği şu basit kullanım esaslarına uyulmadığında hayli azalmaktadır:

- \* Her cinsel ilişkide ayrı kondom kullanılması,
- \* Kondomun penis vajene girmeden önce, ereksiyon halindeki penisin üzerine geçirilmesi,
- \* Vajenin yeteri kadar ıslanmasının beklenmesi, aksi takdirde yırtılmaya neden olabileceği,
- \* Kondomun penisin tabanına kadar geçirilip ucunda semen için 1.5 cm'lik boşluk bırakılması,
- \* Kondomun daha fazla kayganlaştırılması istendiğinde vazelinli jel gibi kauçuğu etkileyen maddeler yerine K-Y jeli veya kontraseptif köpük, jel veya krem kullanılması uygundur.
- \* İlişkiden sonra semenin dökülmesini engellemek için kondomun kenarından tutularak penisin hemen geri çekilmesi,
- \* Eğer ilişki sonrası kondomda yırtıklık görülmüşse hemen vajene spermisit uygulanması. Bu işlem kesin olmasada gebelik olasılığını azaltır. Böyle bir durumda postkoital hap kullanılması da önerilebilir.
- \* Kondomların serin ve kuru yerde saklanması. Sıcaklık kondomun yapıldığı maddeyi zayıflatabilmektedir. Uygun saklama koşullarında 5 yıl süreyle kullanılabilirler.

### **12. Vajinal spermisitin etkinliğini arttırmak için kullanıcılara ne gibi uyarılar yapmalıyız?**

Ülkemizde satılan vajinal spermisitler tablet ve suppozituar formları ile sınırlıdır. Kontraseptif etkileri 10-15 dakikada başlar ve sadece 1 saat sürer. Yöntemin uygulama zamanının iyi planlanması gerekmektedir. Suppozituar ve tabletlerin etkin olabilmeleri için vajinada eriyip yayılabilecekleri kadar süre geçmelidir. Her ilişki için tek dozluk ayrı bir spermisit kullanılmalıdır. Uygulama yatar pozisyonda iken vajen arka duvarını izleyerek, serviksin önüne veya yanına kadar itilerek yapılmalıdır. İlişkiden sonraki 6-8 saat içerisinde vajinal yıkama yapılmamalıdır.

### 13. Cerrahi yöntemlerle kadının ve erkeğin kısırlaştırılması konusunda bilgi verir misiniz?

Gönüllü cerrahi sterilizasyon olarak adlandırılan kadında tüplerin, erkekte vaz deferenslerin bağlanması en etkin ve sanılanın aksine dünyada en yaygın kullanılan doğum kontrol yöntemidir. Tüp ligasyonu lokal anestezi ile abdomene uygulanan küçük bir insizyondan yapılabilmektedir ( minilaparotomi). Vazektomi ise çok daha basit ve güvenli bir girişimdir. Yine lokal anestezi ile skrotumda yapılan bir kesi ya da delikten vaz deferenslere ulaşır, kesilir ve bağlanır. Böylece vaz deferensler bloke edilerek spermin semene girişi engellenmektedir.

Sterilizasyon hem kadın hem de erkek için kalıcı kabul edilmesi gerektiğinden başka çocuk istemeyen çiftlere uygulanmalıdır. Bu nedenle basit işlemler olmalarına rağmen nitelikli danışmanlık hizmeti gerektirmektedir. Ülkemizde tüp ligasyonu ile korunan doğurgan çağıdaki kadın sayısı henüz yüzde ile ifade edilebilecek düzeylere ulaşmamıştır. Halen bu hizmeti veren sınırlı sayıda hastane ve doğumevi bulunmaktadır. Vazektomi hizmetlerine ise tüp ligasyonundan çok daha yakın zaman önce başlamıştır. SSK ve İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı'nın işbirliği ile Ankara ve İzmir'de olduğu gibi İstanbul Okmeydanı Hastanesi'nde de vazektomi uygulanmaktadır. Sizler de Okmeydanı SSK Hastanesi Vazektomi Kliniği ile temas sağlayarak aile planlaması danışmanlığını yaptığımız kişileri ücretsiz verilen danışmanlık ve vazektomi hizmetlerinden yararlandırabilirsiniz. (Tlf: 2220341)

### 14. Gönüllü cerrahi sterilizasyonun kalıcı kabul edilmesi gerekli dediniz. Geri dönüştürme operasyonlarında başarı şansı hiç mi yok?

Hem erkek hem de kadın gönüllü olarak verdiği sterilizasyon kararından sonra boşanma, tekrar evlenme veya çocuğun ölmesi gibi nedenlerle tekrar çocuk sahibi olmayı isteyebilir.

Kadın için geri dönüştürülme ameliyatlarının başarısı tüplerdeki zedelenmenin derecesine bağlıdır. "Tüplerin bağlanması" olarak bilinen operasyonlarda kullanılan değişik tekniklerde tüplerde 1 ile 6 cm arasında değişmek üzere zedelenme oluşmaktadır. Geri dönüştürülmedeki başarı oranı bu tekniklere göre %43 ile %88 arasında değişmektedir. Ameliyatın başarısı ayrıca özel eğitim gerektiren mikrocerrahi tekniklere de dayanmaktadır. Kadın sterilizasyonun geri dönüştürülmesinden sonra tüm bu olumsuzluklar düşünülüp sterilizasyonun kadınlar tarafından kalıcı olarak kabul edilmesi gerekmektedir. Geri dönüştürülme ameliyatları için uygun şartları olmayan kadınlara invitro fertilizasyon önerilebilir. Ancak bu girişimin de başarısı düşüktür (%30) ve geri dönüştürülme ameliyatından daha pahalıdır.

Erkek sterilizasyonun (vazektomi) geri dönüştürülmesinde de yine mikrocerrahi teknikler kullanılmaktadır. Geri dönüştürme sonrasında menide sperm bulunma oranı %91-98 gibi yüksek olmasına rağmen gebelik oluşturabilme oranları %16-79 (ortalama %50) arasında değişmektedir. Mikrocerrahi tekniklerde cerrahın becerisi yanında, geçen süre, antisperm antikorların oluşması, eşin yaşının ilerlemiş olması gibi faktörler geri dönüştürülme ameliyatının gebelik oluşturabilme hedefine ulaşmasını engellemektedir. Kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de sterilizasyon kalıcı kabul edilmelidir.

### 15. Gebelik testi uygulamalarında karşılaşılabileceğimiz sorunlar nelerdir?

Günümüzde kullanılan gebelik testleri konsepsiyondan hemen sonra döllenmiş ovumun salgılamaya başladığı insan koryonik gonadotropini (HCG) idrar veya serumda saptamak üzere geliştirilmiştir. Yöntemler dört ana grup altında incelenebilir:

- a. Radioimmunoassay (serum)
- b. Enzim-linked immunoassay (idrara veya serum)
- c. Radioreseptöroassay (serum)
- d. İmmunoassay ("tüp testi", "slayt testi" ) (idrara veya serum)

Eczanelerde uygulanan basit gebelik testleri "slayt testi" şeklinde olup konsepsiyondan sonraki 7-28 gün içinde kesin sonuç verir. Gebelik testlerinin yorumunda karşılaşılan güçlükler HCG düzeyinin gebelik boyunca sabit kalmamasından ve HCG'nin kimyasal olarak hipofizer lüteinize edici hormona (LH) benzemesinden kaynaklanır. Ovülasyon esnasındaki kısa süreli LH yükselmesi veya perimenapozal kadındaki yüksek LH nedeni ile HCG ile LH arasında kros-reaksiyon oluşabilir ve yalancı pozitif sonuç alınabilir. Başvuran kişinin idrar toplama zamanı ve tekniğindeki hatalar, (sabahki ilk idrar örneğinin, plastik veya cam temiz bir kaba konması uygundur) testin uygulama talimatına uyulmaması gibi yanlış sonuç verebilecek durumlar dışında gebelik testinin yalancı pozitif veya yalancı negatif sonuç verebileceği de unutulmamalıdır:

### Yalancı Negatifler

- \* Okuma hatası
- \* Çok seyreltik idrar örneği
- \* İdrarın oda ısısında uzun süre bekletilmesi
- \* Ektopik gebelik
- \* Antiserumun fazla kullanılmış olması
- \* Gebeliğin çok erken veya çok geç döneminde yapılması
- \* Spontan abortus tehlikesi
- \* Missed abortus
- \* Kullanılan ilaçların etkisi

### Yalancı Pozitifler

- \* Okuma hatası
- \* Proteinüri
- \* Hematüri
- \* Lipemi ve bulanıklık (serum örneğinde)
- \* Slayt üzerinde deterjan artığı
- \* Prematür menopoz
- \* Son 30 gün içinde tedavi amacıyla HCG kullanılmış olması
- \* Yakın zamanda tanı veya tedavi amacı ile radyoizotop kullanılmış olması
- \* Maligın tümörlerin HCG salgılaması (Over, meme, prostat, akciğer, testis, böbrek, GI sistem, sarkom, malign melanom)
- \* LH kros-reaksiyonu (ovulasyon sırasında veya perimenopozal hastada)
- \* Persiste korpus luteum kisti
- \* Yeni sonlanmış gebelik (10 günden daha kısa süre içinde)
- \* Tubo-ovariyen apse
- \* Tirotoksikoz
- \* İlaç etkileşimleri: Aldomet, marijuana, metadon, yüksek dozda aspirin, fenotiazin, antidepresan, antiparkinson ve antikonvulsan ilaçlar
- \* Trofoblastik hastalık (molar gebelik veya koriokarsinom)