

PERİMENOPOZAL KADINLARIN KONTRASEPSİYON GEREKİNİMLERİ VE SEÇENEKLER

Yard. Doç. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN
İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Perimenopoz, doğurganlık ve kontrasepsiyon gereksiniminden menopozun infertilitesine geçiş olarak da tanımlanmaktadır. Doğurganlık yaşla birlikte azalmaya başlar, fakat teorik olarak kadın ovulasyonu olduğu sürece gebe kalabilir. 40'lı yaşlarda gebe kalan kadınların 20'li yaşlarda gebe kalan kadınlara oranla maternal mortalite hızının 4 kat arttığı, spontan düşüklere ve perinatal mortalitenin 2 kat artığı bildirilmektedir. Çalışmalar, perimenopozal kadınlar için kontrasepsiyonun önemli bir sağlık konusu olmayı sürdürdüğünü bildirmektedir. Bu makalede, perimenopozal kadınların kontraseptif gereksinimleri ve seçenekleri tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Perimenopoz, Kontrasepsiyon

SUMMARY

The Need of Contraception and Alternatives with Perimenopausal Women

Perimenopause is defined as a transition from childbearing and requirement for contraception to the infertility of menopause. Fecundity begins to decrease at age 40. However theoretically, a woman is still able to get pregnant as long as she is ovulating. Maternal mortality rate in women in their forties is four times higher than among women in their twenties, rates of spontaneous abortion are double. Research has shown that perimenopausal contraception is important medical issue. This article discussed the need of contraception and alternatives with premenopausal women.

Key Words: Perimenopause, Contraception

GİRİŞ

Perimenopozun pek çok tanımı olduğu halde hepsi, fizyolojik ovulasyonlu menstruel sikluslarından, hiper-östrojenik anovulasyona ve sonuç olarak hipöstrojenik over faaliyetinin durmasına geçişi ifade etmektedir. Bu, doğurganlık ve kontrasepsiyon gereksiniminden menopozun infertilitesine geçişi tanımlamaktadır

(www.who.int/reproductive-health). 40 yaşın üzerindeki kadın için menopozal semptomların hafifletilmesi, kontrasepsiyon yanısıra, ateroskleroz, hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları, endometrial cinsinom, meme kanseri ve osteoporozla başatme gereksinimi vardır (Upton 1987). Doğurganlık 40 yaşında azalmaya başlar. Fakat teorik olarak kadın ovulasyonu olduğu sürece gebe kalabilir. Buna karşın 40-44 yaş arası kadınları % 23.6'sı, 45-49 yaş arası kadınların %50.1'i gebelikten korunmamaktadır (TNSA 2003). 40'lı yaşlarda gebe kalan kadınların 20'li yaşlarda gebe kalan kadınlara oranla maternal mortalite hızının 4 kat arttığı, spontan düşüklüklerin ve perinatal mortalitenin 2 kat artığı bilinmektedir. Kadınların çoğu bu yaşlarda ailelerini tamamlamıştır ve yeni bir çocuk istememektedir. Çalışmalar, perimenopozal kadınlar için kontrasepsiyonun önemli bir sağlık konusu olmayı sürdürdüğünü bildirmektedir (www.who.int/reproductive-health, Williams 2002, Siebert et al. 2003).

Kontraseptif kullanmayan kadınların yıllık gebe kalma riskleri 40-44 yaş için %10, 45-49 yaş için %2-3 iken 50 yaşın üstündekiler için sıfır değildir. Erkek partnerin 50 yaşından sonraki düşen fertilitésinin etkisi çok önemli olmakla birlikte araştırmalar, 40 ve üzeri yaşlardaki gebelik riski taşıyan kadınların gebe kalabildiğini göstermektedir. Genel kural, kadın 50 yaşın altında menopoza girmişse, son adetini takiben 2 yıl, 50 yaşın üstünde girmişse 1 yıl daha kontraseptif kullanılmalıdır (Guillebaud 1996, www.who.int/reproductive-health). Eğer kadın yeni bir partner ile ilişkiye giriyorsa veya tek eşli değilse Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE) dan korunmak için her yaşta mutlaka bariyer yöntem kullanılmalıdır (www.who.int/reproductive-health).

ABD'da yapılan bir çalışmaya göre 35-39 yaş arası meydana gelen gebeliklerin % 41'i ve 40 yaş üstü gebeliklerin % 51'i istenmeyen gebeliklerdir (Seibert et al 2003). Perimenopozal kadınlarda planlanmamış gebelikler, yaşa bağlı mortalite ve morbidite hızı ile kromozom hastalıklarında artışlara neden olmaktadır. Gebelikle sırasında veya sonrasında anne ölümü oranı ABD'de yüzbinde 7.5, Türkiye'de 70 olarak bildirilmektedir. Tüm gebeliklerin %30'unun doğum öncesi, sırasında ve sonrasında gebelikle ilgili komplikasyon geliştiği bildirilmektedir (Maternal Mortalite in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Department of Reproductive Health and Research WHO, Geneva, 2004: 29).

Günümüzde eğitimin uzaması, kariyer öncelikleri, fertilité kontrolü, finansal sorunlar, infertilité, geç veya ikinci evlilikler gibi nedenlerle kadınlar çocuk sahibi olmayı erteleyebilmektedir (Gindoff & Jewelewicz 1996). Sosyal açıdan geç çocuk

sahibi olma, bazı gelişmiş ülkelerde yeni bir trend olma yolunda ilerlese de çoğu dünya ülkeleri için istenen bir durum değildir. Torun sahibi kadınların gebe kalması bazı kültürlerde kabul edilebilir olsa da bazı kültürlerde sosyal baskılar da görülebilmektedir (www.who.int/reproductive-health).

Perimenopozal kadınlarda genitofizyolojik tepkilerin azalması veya kaybı ile libido etkilenebilir. Kadının seksüel yaşamını, yaşa ve menopoza bağlı değişiklikleri, uyumlu bir partnerin varlığı, kronik sağlık sorunları (diabet, hipertansiyon vb) ve fiziksel sınırlılıklar, davranış kalıpları ve sosyal değerleri belirler. Günümüzde ileri yaşlarda olağan sınırlardaki hormonal değişikliklerin kadınların cinsel dürtüsünü çok az etkilediği kabul edilmektedir. Seksüalite ile ilgili olumsuz tutum, sosyal töre ve tabular, partnerin yokluğu/uygunsuzluğu, disparoniye neden olabilecek genital atrofi ve libido kaybı ile perimenopozal kadınlar, cinsel ilişkiden uzak durabilir. Bu kadın ve eşinin ortak kararı da olabilir. Seksüalite ile ilgili sorunlar yaşayan perimenopozal kadınlarda dikkatli tamlama, destekleme, kontreseptif danışmanlık ve eğitim önemlidir (Şahin 1998, www.womhealth.org.au).

Perimenopozal Kontraseptif Seçenekleri

Kontraseptif seçenekleri arasında sadece yaştan dolayı uygunsuz olan bir yöntem yoktur. Fakat 45 yaşındaki bir kadınla 20 yaşındaki kadının seçimi farklı olabilir. Bu seçim, kalıcı sterilizasyon isteği, cinsel ilişki sıklığı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan (CYBE) korunma ihtiyacı veya menstruel siklus kontrolü, sıcak basmaları, jinekolojik kanserlerin ve osteoporozisin önlenmesi gibi kontraseptif olmayan gereksinimlerden de etkilenebilir. Bu faktörler bir kadının hayatı boyunca değişebilir. Perimenopozal kadının kontrasepsiyon gereksinimleri için bazı yöntemler diğerlerine göre daha uygun olabilir (Williams 2002).

Hormonal Yöntemler

Kombine Oral Kontraseptifler (KOK) sentetik östrojen ve progesteron kombinasyonundan oluşur. 1970'lerde KOK'lar yüksek doz östrojen içerdiğinden, 35 yaşüstü kadınlarda kontrendike kabul edilmiştir (www.womhealth.org.au). 30 yılı aşkın süredir KOK'larda bulunan östrojen ve progesteron dozları ciddi bir oranda azalmış ve eski form ve bileşiklerin neden olduğu sağlık riskleri belirgin şekilde azalmıştır. Günümüzde düşük dozlu hapların sağlıklı ve sigara içmeyen kadınlarda menopoza kadar kullanılmasında risk bulunmamaktadır. DSÖ kontraseptif uygunluk kriterlerine göre KOK, 40 ve üzeri yaşlar için 2.kategoride (yararları risklerinden fazla) yer almaktadır. KOK kullanıma başlama ve sürdürmede asıl sınırlayıcı

durumlar kadının sigara içme durumu ve yüksek kan basıncı, kalp ve dolaşım sistemi bozuklukları, diyabet, trombo-embolik ve serebro-vasküler olaylar gibi diğer sağlık sorunlarıdır (Reproductive Health and Research World Health Organization, Geneva, 2002).KOK doğru kullanımda % 99 gibi yüksek bir başarılı şekilde gebelikten korumaktadır. KOK kullanım oranları 40-44 yaş arası kadınlarda % 11, 45-50 yaş arası kadınlarda % 4 'tür (Williams, 2002). Türk kadınlarında KOK kullanım oranları 40-44 yaş için 3.3, 45-49 yaş için 1.3'tür (TNSA 2003).

KOK'ların olumlu etki ve yararlarının az bilinmesi değişik yanlış inanış ve ön yargıların sürmesine neden olmaktadır. Özellikle perimenopoz dönemindeki kadınlarda KOK kullanmama ya da erken bırakma sık görülen bir durumdur (Seibert et al 2003).

Etkin korumanın yanısıra, KOK'lerin birçok yararları vardır. KOK kullanımı pelvik infeksiyon, uterin fibroidler ve endometriozis, over kistleri, uterus ve over kanseri gibi hastalıklara yakalanma riskini azaltır. Amerika'da yapılan geniş katımlı vaka-kontrol çalışmasında KOK kullanan kadınların over kanseri riski, hiç KOK kullanmayanlara göre üç yıl kullananlarda riskin %40 ,10 yıldan daha uzun süre kullananlarda % 80 azaldığı belirlenmiştir. Risk azalması KOK 'un değişik formları ile ilişkili bulunmamıştır. KOK'un over kanserini önleme mekanizması ovulasyonun bastırılması ile gerçekleşmektedir. İngiltere'de KOK kullanıcılarında fonksiyonel kistlerde %50, Corpus luteum kistlerde %78 azalma olduğu bildirilmiştir. Özellikle düşük doz (50-20 mq EE) kullanımının yararı bildirilmektedir Genel olarak KOK kullananlarda endometrial kanser riski hiç kullanmayanlara göre 2 kat daha azdır. KOK kullanımının uterus kanserinden koruduğu vaka-kontrol çalışmaları ile kanıtlanmıştır. KOK'un östrojene bağlı endometrial hiperplaziyi azaltması ve endometrial proliferatif etkisi ile açıklanan koruma, hiç bırakılmadan en az 15 yıl kullanım ile ilişkili bulunmuştur. Anovulatuvar dönemleri olan perimenopozal dönemdeki bir kadında bu yarar genç kadınlara göre daha fazladır.Yeni tamamlanmış kapsamlı bir vaka kontrol çalışmasında Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PIH) riski KOK kullananlarda, hiç KOK kullanmayanlara göre yarı-yarıya daha azdır. Servikal mukusun kalınlaşarak infeksiyon ajanlarına karşı mekanik ve kimyasal bir bariyer oluşturması, menstruel süreyi azaltarak bakteriyel gelişmeleri azaltması ve retrograd menstruasyonu azaltması ile açıklanan bu koruyucu etki özellikle 12 ay ve daha fazla süredir KOK kullananlarda daha belirgindir. Epidemiyolojik çalışmalar KOK'ların iyi huylu meme hastalıkları, fibroadenom gibi durumlara yönelik de koruyucu etkileri olduğunu göstermiştir. Meta-analiz çalışmalarının sonuçları KOK'un romatoid artrit

gelişimine karşı koruyucu olduklarını bildirmektedir (Williams 2002, www.womhealth.org.au). KOK perimenopozal dönemdeki kadınlarda kemik mineral yoğunluğunu koruma ve osteoporozis riskinde azalma sağlayabildiği belirlenmiştir (Kaunitz 2001).

Premenopozal kadınların yaklaşık % 85'inin yakındığı menopozal semptomlardan olan sıcak basması, gece terlemesi ve uyku bozuklukları gibi hypoöstrojenik vazomotor semptomlar ve vaginal kuruluk, premenstürel gerilim, düzensiz ve ağrılı kanamalar KOK ile kontrol altına alınabilir. Diğer taraftan KOK kullanımının perimenopozal dönemde sık görülen akne vulgaris tedavisi, primenopozal kadınlarda östrojen ve progesteron düzeyindeki değişimden kaynaklanan dismenorenin tedavisindeki yararları çeşitli kontrollü çalışmalarda gösterilmiştir (Williams 2002, www.who.int/reproductive-health; www.womhealth.org.au Seibert et al 2003).

KOK'ların uzun süre kullanımındaki yararları, mortalite ve morbiditeyi azaltıcı etkilerine yönelik kadınların bilgileri sınırlıdır. Oysa KOK'ların kontrasepsiyon dışı yararlarının farkında olan kadınlarda KOK kullanım oranları daha yüksektir (Williams 2002, www.who.int/reproductive-health, www.womhealth.org.au, Seibert et al 2003).

Son 10-15 yıldan fazla zamandır perimenopozal kadınlar için KOK'ların kontrasepsiyon dışı sağlık yararları risklerinden önce gelmektedir. Önemli olan perimenopozal kadının iyi değerlendirilmesi, yeterli danışmanlık sunulması ve izlem ziyaretlerine gereken önemin verilmesidir (Williams 2002, Reproductive Health and Research World Health Organization, Geneva, 2002. Shaaban 1996).

Aile planlaması danışmanı, KOK kullanmayı sürdürmek ve yeni başlamak isteyen perimenopozal kadınlara, en düşük dozdaki KOK'ları önermelidir. Eğer mümkünse kan lipitleri ve kan şekere karşı daha az yan etki taşıyan, yeni progesteron içeren formlarını tercih etmelidirler (Williams 2002, Upton 1997, Gebbie 2003, Seibert et al 2003).

Kadınların %25'i KOK kullanmaya başladıkları ilk üç ayda küçük yan etkiler gözlemleyebilir. En sık rastlanan yan etkiler, anormal mensruel kanamalar, kilo alma, mide bulantısı ve kusma, memelerde gerginlik, duyu-durum değişiklikleri, libidoda azalma ve baş ağrısıdır. Kafein ve tuz alımı sınırlandırılmalıdır. Progestinin iştah merkezine etkisi ile kilo artışları olabileceğinden, kadın düzenli yeme alışkanlığı kazanma ve egzersiz yapma konusunda bilgilendirilmelidir. Dislipidemi hikayesi

olan kadınlarda kan yağ düzeyleri izlenmelidir. Düşük yağlı, düşük kolesterolü diyet önerilmelidir (Seibert et al 2003).

KOK kullanan perimenopozal kadınlar için yıllık izlem yeterlidir. Kan basıncı sınırdaki kadınlarda 2-3 ayda bir kan basıncı kontrol edilmelidir. Kan basıncı 160/110 mmHg olduğunda, KOK kullanımını sınırlandırılmalıdır (Seibert et al 2003).

KOK ayrıca menopoz belirtilerini maskeleyebilir, bu yüzden menopoza girip girmediğini anlamak için bazen kadınlara hormonal olmayan yöntem kullanmaları önerilir (Williams 2001).

KOK kullanan perimenopozal kadınlar olası semptomlara karşı bilgilendirilmelidir. Özellikle karın ağrısı, göğüs ağrısı, baş ağrısı, ve görme problemlerine karşı uyarılmalıdır (Seibert et al 2003).

Sadece Proesteron İçeren Yöntemler

Kontraseptif progestagenlerin mini hap, implant, DMPA (Depot Medroxy Progesterone Acetate) gibi depo injectabl formları ve levonergestrel salınımı yapan intrauterin araçlar gibi değişik formları vardır (www.who.int/reproductive-health/).

DSÖ kontraseptif uygunluk kriterlerine göre *mini hap*, tüm yaş gruplarındaki kadınlar için 1.kategoride (kullanılmasında herhangi bir sakınca yoktur) yer almaktadır. Kadın herhangi sağlık problemi, ailesel öykü ya da yan etkilerinden dolayı KOK kullanamıyorsa, rahatlıkla mini hap kullanabilir. Emziren, sigara içen veya pıhtılaşma hastalığı olan kadınlara bile mini hap kullanımı güvenlidir. Yaşlı kadınlarda mini hapın etkinliği, genç kadınlarda KOK'un etkinliğine benzer şekilde dir. Farklı olarak mini hapın hergün aynı saatte alınması gerekir. 3 saatten daha uzun süreli unutulması koruyuculuğunu önemli ölçüde etkiler (Guillebaud 1996, www.womhealth.org.au).

Premenopozdaki kadınlarda için enjektabl (DMPA-Depo provera®) ve implantlar (Norplant®, Implanon®) oldukça uygundur. DSÖ kontraseptif uygunluk kriterlerine göre progesteron içeren enjektabl 45 üzeri yaşlar için 2.kategoride (yararları risklerinden fazla), implant ise tüm yaş gruplarındaki kadınlar için 1.kategoride (kullanılmasında herhangi bir sakınca yoktur) yer almaktadır (Reproductive Health and Research World Health Organization, Geneva, 2002). Yalnız progesteron içeren bu yöntemler menopoz boyunca kullanılarak hem kontrasepsiyonu sağlar hem de HRT nin komponenti olan progesteronu içerir.

Ülkemizde sadece progesterin içeren yöntemlerin perimenopozal kadınlar arasında kullanımı çok düşüktür (%0.1) (TNSA 2003).

Sadece progesteron içeren kontraseptiflerin tüm formlarında amenore ve düzensiz kanama ve kilo alımı, depresyon gibi yan etkileri olabilir. Yönteme başlandıktan sonraki ilk birkaç ay düzensiz kanamalar daha sık görülürse de giderek azalır. 40 yaş üstü kadınların zaten meyilli olduğu düzensiz kanamalar, endometriyum ve serviks kanserini maskeleyebilir. Bazı kadınlarda enjeksiyon ve implant kullanımı menstürasyonun durmasını da beraberinde getirir. Bu durumu bazı kadınlar hoş karşılarlarken, bazıları rahatsız edici bulabilir (www.who.int/reproductive-health, www.womhealth.org.au). Amenore, düzenli adet olmayı gebe kalmadığının bir garantisi olarak gören bazı kadınlar için gebe kalma endişelerine yol açabilir, menopoz farkedilmeyebilir (Williams 2002).

Aile Planlaması danışmanı perimenopozal kadını progesterin içeren yöntemlerin yan etkilerine karşı bilgilendirerek bilinçli seçimine yardıma etmeli ve izlem ziyaretlerine gereken önemi vermelidir (Shaaban 1996).

Yeni hormonal seçenekler

Perimenopozal kadınların ilgisini çekebilecek 2 yeni hormonal yöntem 2002 yılında beri ABD'de kadınların seçimine sunulmuştur. Henüz ülkemizde sunulmayan seçeneklerden ilki etinil östradiol ve norelgesromin içeren haftalık transdermal bir yöntemdir (*patch-Ortho Evra®*). Diğeri ise etinil östradiol ve etonorgestrel içeren 3 hafta periyodlu vaginal bir halkadır (*Nuva-ring®*). Çalışmalar bu yöntemlerin hergün kullanım gerektirmemesi ve yüksek koruma özelliği nedeniyle yüksek oranda başvurulan yöntemler olacağını bildirmektedir (Freeman 2004, Veres, Miller & Burington 2004, Williams 2002, Tuppurainen et al 2004, Magnusdottir & Dieben 2004, Johansson 2004, Shulman Nelson & Darney 2004).

Aile planlaması danışmanları, DSÖ ve uluslar arası kuruluşların kontraseptif yöntemleri konusunda kanıta dayalı yaklaşım çerçevesinde geliştirdiği rehberleri izleyerek değişikliklere ve yeni yöntemlere ilişkin bilgilenmeye açık olmalıdır (Reproductive Health and Research World Health Organization, Geneva, 2002, Freeman 2004).

Rahim İçi Araçlar (RİA)

Dünyada en yaygın kullanılan yöntemlerden olan RİA uzun süre etkilidir. 40 yaş üstü kadınlar menopoza kadar güvenle kullanılabilir. Ülkemizde tüm yaş gruplarında en yaygın yöntem olan RİA'nın kullanımı 40-45 yaş arasında %19.2, 45-49 yaş arasında ise 11.1'dir (TNSA 2003).

Yaş ile ilgili herhangi bir kontrendikasyonu olmayan RİA ile ilgili çalışmalar 35 yaş üzeri kullanıcılarda yan etki insidansının düşük olduğunu göstermektedir. 35 yaş üzerindeki kadınlarda RİA kullanımının en önemli problemi uterin kanama insidansının artması, premenopozdaki kadınlarda istenmeyen bir yan etkidir. Premenopozal kadını anemi ve enfeksiyonlardan korumak için yoğun kanama ve ağrı durumlarında RİA'nın çıkarılması tavsiye edilmektedir. RİA uygulanmasından uzun süre sonra görülen kanama düzensizliklerinde uterus patolojisi araştırılmalıdır. CYBE riski taşıyan kadınlara uygun değildir. Tedavi edilmemiş enfeksiyon varlığında PID gelişme riskini arttırabilir. Ayrıca menopozdan bir yıl sonra RİA çıkarılmalıdır. Daha geç kalındığında servikal stenoz gelişebileceğinden işlem zorlaşabilir (www.womhealth.org.au, Shabaan 1996).

Yeni nesil uterin araçlardan levonorgestrel içeren RİA (Mirena®), hormon salgılayan bir kapsül içerir. Böylece yüksek koruyucu etkisinin yanı sıra endometriumu incelterek, menstruel kanama süre ve miktarını azaltır. 1994'te Cenova'daki WHO Scientific Group'un menopoz ile ilgili toplantısında levonorgestrel salan RİA'nın yüksek kabuledilebilirlik ve minimal kanama problemi yaratması nedeniyle perimenopozal kadınlar için çok uygun bir seçenek olduğu bildirilmiştir (www.womhealth.org.au). Bu RİA'lar menoraji tedavisinde de kullanılabilir. Fakat yöntemin pahalı olması özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaygın kullanımı engellemektedir (www.who.int/reproductive-health).

Bariyer Yöntemler

Bariyer yöntemler tüm yaş grubu kadınlar için sürekli ve doğru kullanıldığında uygun ve güvenli kontrasepsiyon sağlarlar. Bu yöntemler içinde en çok kullanılan *diyafraam* ve *kondom* hem doğurganlığın hem de ilişki sıklığının azalması nedeniyle perimenopozal dönemde tercih edilebilir. Perimenopozal kadınlarda genç yaş grubundakilere göre yönteme uyumun daha yüksek olduğu bariyer yöntemlerin en önemli avantajı tamamen kişinin kontrolünde olması ve rapor edilmiş sağlık risklerinin olmamasıdır. Bazı kadınlarda nadiren spermisit ve latekse karşı alerji olabilir. Etkinlikleri KOK ve RİA'dan daha azdır. 35-39 yaş arası bariyer

yöntem kullanan kadınların gebe kalma oranı %1.1'dir (www.womhealth.org.au). Ülkemizde 40-44 yaş arası kondom kullanma oranı % 10.0, 45-49 yaş arasında % 5.7'dir (TNSA 2003).

Günümüzde hem kadın, hem de erkek kondomları mevcuttur. Kondom yeni bir partnerle ilişkiye giren kadını hem gebelikten korumada, hem de CYBE'dan korumada etkilidir. Su bazlı kayganlaştırıcı kondomlar, vaginal kuruluğu olan premenopozal kadınlar için özellikle yararlıdır. Yaşlı erkeklerde ise kondom daha uzun süre ereksiyonlarını sürdürmeyi destekler. Kadın kondomu ileri yaştaki kadınlarda rahatsızlık yaratabilir, estetik açıdan kendilerini çekici bulmayabilirler (www.womhealth.org.au). Zayıflamış kas tonüsü olan kadınlarda diyaframı yerinde tutmak güçleşecektir. Bu konuda özel eğitilmiş sağlık personeli tarafından doğru ölçü belirlenmelidir. 3 kg'dan fazla kilo değişiklikleri ve pelvik operasyondan sonra, ölçünün yeniden belirlenmesi gerekir. Yeni kullanıcılar başlangıçta yerleştirmeyi zor bulabilirler. Diyafram kullanan perimenopozal kadınlarda sistite yakalanma riski hafifçe artmıştır (www.who.int/reproductive-health, www.womhealth.org.au) Ülkemizde 40-44 yaş arası diyafram kullanma oranı % 1.0, 45-49 yaş arasında % 0.9'dur (TNSA 2003).

Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon

Kadın sterilizasyonu veya tüp ligasyonu, tubal rezeksiyon, koterize etme ve band ya da klipsle tubayı kapatma gibi değişik yöntemlerle yapılmaktadır. Özellikle ABD'de ve Avustralya'da 35 yaşın üstündeki kadınlar için sterilizasyon en popüler kontraseptif metoddur. Başarısızlık hızı % 0.75-% 3.65 arasındadır. İngiltere'de 40 yaş üstü çiftlerin % 40'ından fazlası aile planlaması yöntemi olarak sterilizasyonu tercih etmektedir. Aynı durum diğer gelişmiş ülkeler için de geçerlidir. Ülkemizde 40-44 yaş arası tüp ligasyonu uygulanma oranı % 10.9, 45-49 yaş arasında % 6.5'dir (TNSA 2003 www.who.int/reproductive-health, Williams 2002).

İşlemin olası infeksiyon ve diğer komplikasyonlar açısından yeterli sağlık bakımı sunulabilen merkezlerde yapılması önemlidir (Williams 2002). Gönüllü cerrahi sterilizasyon kalıcı bir yöntem olduğu için, başka çocuk istemediğinden emin olan çiftlere uygun bir seçenektir. Çalışmalar sterilizasyon pişmanlığının perimenopozal kadınlarda daha az görüldüğünü bildirmektedir (www.who.int/reproductive-health, Williams 2002).

Son araştırmalar, over kanserinden korunmada kadın sterilizasyonunun artı yararları olduğunu göstermiştir (www.who.int/reproductive-health).

Gönüllü cerrahi sterilizasyon için yeni histeroskopik tubal sterilizasyon yöntemi geliştirilmiştir. Titanium - dacron intratubal araç ile ayaktan yapılan, insizyon gerektirmeyen “essure” adı verilen bu yeni sterilizasyon tekniğinde, lokal anestezi altında, serviks yolu ile girilerek fallop tüplerinde skar dokusu oluşturup, tubalar bloke edilmektedir (www.womhealth.org.au, Ubeda, Labastida&Dexeus 2004).

Hem kadın, hem erkekler için uygun bir seçenek olan gönüllü cerrahi sterilizasyon, cerrahi ve anestezinin getirdiği riskleri taşımaktadır. Ayrıca hem vazektomi, hem de essure hemen etkili olmaz, bunun için geçici olarak başka bir yöntem kullanmak gerekir Her iki yöntem de CYBE karşı korumaz. (Reproductive Health and Research World Health Organization 2002, Shaaban 1996).

Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

Perimenopozal yıllarda doğurganlık giderek düşer,ovulasyon nadir ve düzensiz oluşur.Bu yüzden hem *ritim (Takvim) yöntemi* hem de *beden ısısını izleme yöntemi* kullanımı zorlaşmaktadır.Bir kadının gebe kalabileceğini gösteren temel belirti servikal mukusun özellikleridir. Servikal mukus miktarının azalması ve bir çok siklusta “fertil” özellik göstermemesi bu dönemde ayırdediciliği engellemektedir (Williams 2002). Billings’e göre kadının servikal mukusunu izleyerek ve değerlendirerek fertil ve infertil günlerini belirlemesi olarak tanımlanabilen *Ovulasyon Metodu* (Billings Ovulasyon Metodu-BOM), fertilitate değişikliklerinin olduğu perimenopozal dönemde de güvenli olarak kullanılabilir. Servikal mukus fertilitenin doğru izlenmesini sağladığı sürece koşullar ne olursa olsun bilinen BOM kuralları güvenlidir.Bu metodu daha önceden kullanmamış olması bir engel değildir. Gebelikten korunmadaki kurallar doğurganlık çağındaki siklik fazlardaki uygulama kurallarıyla aynıdır (Billing & Westmore 1998).

Perimenopozal kadınların % 10’u doğal aile planması yöntemini kullandıklarını bildirmektedir (Yusuf & Siedlecky 1999).

Geri çekme, bir kontraseptif yöntem olmamasına rağmen, bir çok çiftin tercihi olabilir. Bu yöntem 50 yaş civarındaki erkek ve kadınlar için bazı zorluklar yaratabilir. Eğer cinsel güçleri azalmışsa, geri çekme, problemlerin daha da kötüleşmesine neden olabilir. Uzun süre etkin olarak geri çekmeyi kullanmış ve problemi olmayan çiftler için uygun olabilir (Guillebaud 1996, www.womhealth.org.au). Ülkemizde yaygın olarak kullanılan geri çekme yönteminin

40-44 yaş arası kadınlar arasında bildirilme oranı % 29.5, 45-49 yaş arasında % 20.9'dur (TNSA 2003).

Hormon Tedavisi (HT) ve Kontrasepsiyon

Ovulasyon devam ediyorsa, HT'deki östrojen dozu, tek başına ovulasyonu baskılamaya yeterli değildir. Bu yüzden HT etkili koruma sağlamaz, ek bir yöntem gereksinim vardır. Perimenopozal kadınlarda görülen sıcak basması, vaginal kuruluk, düzensiz kanama gibi menopozun erken semptomları düşük doz KOK veya mini haplar ile kontrol altına alınabilir.

Hem hormonal kontraseptif kullanımını HT dozunu etkileyebilir hem de HT kullanımı hormonal kontraseptif seçimini etkiler. Aile planlaması danışmanı, perimenopozal kadını çok iyi değerlendirmelidir (Şahin 1998, Gebie 2003).

KAYNAKLAR

- (2002). Improving Access to Quality Care in Family Planning. Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use. Second Edition. Reproductive Health and Research World Health Organization, Geneva, 2002.
- Maternal Mortalite in 2000 (2004). Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Department of Reproductive Health and Research WHO, Geneva, 2004:2.
- Nüfus ve Sağlık Araştırması Türkiye (2003), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- Billing E, Westmore A (1998). The Billings Controlling Fertility Without Drug or Device, WOOMB, Revised Edition, Melbourn.
- Billings EL (1989). Approaching Menopause What Happens? What do I do? Ovulation Method Teacher Training Manuel. WOOMB, Rome.
- Freeman S (2004). Nondaily hormonal contraception: considerations in contraceptive choice and patient counseling. *J Am Acad Nurse Pract.* 16(6):226-38.
- Gebbie A (2003). Contraception in the perimenopause. *J Br Menopause Soc*, 9(3):123-8.
- Gindoff PR, Jewelewicz R (1996). Reproductive potential in the older woman. *Fertil Steril*, 46(6):989-1001.
- Guillebaud J (1996). Contraception: Your Questions Answered. Churchill & Livingstone, Edinburg, 424.
- Johansson ED (2004). Future developments in hormonal contraception. *Am J Obstet Gynecol.* 190 (Suppl.4):69-71.
- Kaunitz AK (2001). Oral contaresptive use in perimenopause. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(2):32-37.
- Magnusdottir SD, Dieben TO (2004). The contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and hemostasis: a comparative study. *Contraception*, 69(6):461-7.
- Şahin NH (1998). Bir Kilometre Taşı: Menopoz; Çevik Matbaacılık, İstanbul.

- Seibert, C; Barbouche E, Fagan J, Myint E, Wetterneck T, Wittemyer M (2003). Prescribing Oral Contraceptives for Women Older Than 35 Years of Age. *Ann Intern Med*, 138:54-64.
- Shaaban MM (1996). The perimenopause and contraception. *Maturitas*, 23(2):181-92.
- Shulman LP, Nelson AL, Darney PD (2004). Recent developments in hormone delivery systems. *Am J Obstet Gynecol*, 190(Suppl.4):39-48
- Tuppurainen M, Klimscheffskij R, Venhola M, Dieben TO (2004). The combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and lipid metabolism: a comparative study. *Contraception*, 69(5):389-94.
- Ubeda A, Labastida R, Dexeus S (2004). Essure: a new device for hysteroscopic tubal sterilization in an outpatient setting. *Fertil Steril*, 82(1):196-9.
- Upton GV (1987). Contraception for the perimenopausal patient. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 16(1):207-27.
- Veres S, Miller L, Burington BA (2004). Comparison between the vaginal ring and oral contraceptives. *Obstet Gynecol*, 104(3):555-63.
- Williams KJ (2002). Contraceptive needs of the perimenopausal women. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 29:575-588.
- www.who.int/reproductivehealth/hrp/progress/40/new40_2.en.html. 14.04.2005
- www.womhealth.org.au/factsheets/sexandcontraception.htm. 14.04.2005
- Yusuf F, Siedlecky S (1999). Contraceptive use in Australia, Australian and New Zealand *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 30(1):58-62.