

Özet

Doğum sonrası kontrasepsiyon, dünya genelinde özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde (DOGÜ) 218 milyonu aşkın kadını etkileyen karşılanmamış aile planlaması ihtiyacını karşılamak açısından kritik bir müdahaledir. Doğum sonrası hemen aile planlaması (DSHAP), kadınların sağlık hizmeti aldığı önemli bir dönemde kontrasepsiyon sağlamak için benzersiz bir fırsat sunar; bu durum, kurumsal doğum oranlarının küresel çapta artmasıyla daha da önem kazanmıştır. Kısa doğum aralıkları anne ve yenidoğan morbidite ve mortalitesinde artışla ilişkilidir; bu da zamanında uygulanan doğum sonrası kontrasepsiyonu hayati hale getirir. Doğum sonrası rahim içi araç (DSRİA), uzun etkili geri dönüşümlü kontraseptif (LARC) bir yöntem olup, oldukça düşük başarısızlık oranına sahip, hormonal olmayan ve maliyet açısından etkili bir yöntemdir. Vajinal veya sezaryen doğumun hemen ardından güvenle uygulanabilir ve kadınlara güvenilir, erişilebilir bir seçenek sunar. Ancak DSRİA hizmetlerinin başarıyla uygulanabilmesi için parçalanmış sağlık hizmetleri, sağlık çalışanlarının önyargıları, sosyokültürel yanlış kanılar ve tedarik zinciri sorunları gibi engellerin aşılması gereklidir. FIGO, DSHAP uygulamalarının —DSRİA dahil— rutin doğum hizmetlerine entegre edilmesini savunur ve görev paylaşımı, toplumsal katılım ve kapsamlı danışmanlığı temel stratejiler olarak vurgular. DSHAP'ın standart anne bakımıyla entegre edilmesi özellikle DOGÜ'lerde anne ve çocuk sağlığı sonuçlarını iyileştirebilir, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'na (SKA) katkıda bulunabilir ve kadınların üreme sağlıkları hakkında bilinçli kararlar almalarını güçlendirebilir.

1. DOĞUM SONRASI KONTRASEPSİYONUN ÖNEMİ

Dünya genelinde 218 milyondan fazla kadının karşılanmamış kontrasepsiyon ihtiyacı olduğu ve bu kadınların büyük çoğunluğunun düşük ve orta gelirli ülkelerde (DMGÜ) yaşadığı tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), karşılanmamış aile planlaması ihtiyacını “doğurganlık çağında, cinsel olarak aktif olan, ancak herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayan ve artık çocuk sahibi olmak istemeyen ya da bir sonraki doğumu ertelemek isteyen kadınlar” olarak tanımlamaktadır.

Birçok bölgede sağlık hizmetlerine erişim sınırlıdır. Bu nedenle, kadınların sağlık hizmeti aldığı her fırsatta bütünsel hizmetler sunularak bu temasların maksimum fayda sağlayacak şekilde değerlendirilmesi son derece önemlidir. Geleneksel olarak, kontraseptif yöntemler kadınlara doğumdan sonra 6. haftada yapılan rutin postnatal muayene sırasında sunulmaktadır. Benzer şekilde, birçok kadına yerel aile planlaması ya da cinsel sağlık kliniklerine gitmeleri önerilmektedir. Ancak, bu ek adımı gerçekleştirmek kadınlar için çoğu zaman zordur; zira yeni doğan bebekle ilgilenmeleri ve ev işleriyle meşgul olmaları nedeniyle kendi sağlıklarını ihmal edebilmektedirler. Bu durum, doğum sonrası dönemde kontrasepsiyon ihtiyacının yüksek düzeyde karşılanmamış olduğunu gösteren belgelenmiş verilerle de örtüşmektedir.

Küresel düzeyde, sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğumların oranı 2001–2007 yılları arasında %64 iken, 2015–2021 yılları arasında %84'e yükselmiştir. Sahra Altı Afrika'da aynı dönemde bu oran %43'ten %64'e çıkmıştır. Avrupa, Kuzey Amerika ve Orta Asya gibi bazı bölgelerde ise bu oran neredeyse evrensel düzeydedir. Kurumsal doğum

oranlarının dünya genelinde artmış olması, kadınlara doğum hizmeti sırasında —taburcu edilmeden önce— kontraseptif hizmet sunulması için büyük bir fırsat sunmaktadır. Bu durum, özellikle sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu ülkelerde çok değerlidir.

Kısa doğum aralıkları anne morbidite ve mortalitesini artırmakta ve yenidoğan ile çocuk sağlığı sonuçlarını olumsuz etkilemektedir. 24 aydan kısa doğum aralıkları; düşük, isteğe bağlı kürtaj, anne ölümü, erken doğum, gebelik yaşına göre küçük bebek doğumu, beş yaş altı çocuklarda yetersiz beslenme ve ölüm oranlarında artış ile ilişkilidir.

Kontrasepsiyon ihtiyacının azaltılması, 17 Sürdürülebilir Kalkınma Amacından biri olan Hedef 3.7 kapsamında yer almakta ve aynı zamanda Hedef 3.1 (anne ölüm oranlarının azaltılması) ve Hedef 3.2 (yenidoğan ve 5 yaş altı çocuk ölümlerinin azaltılması) üzerinde de olumlu etki yaratmaktadır. Sadece kontrasepsiyonun tek başına, anne ölümlerini %30 oranında azaltma potansiyeline sahip olduğu öne sürülmektedir.

Doğum sonrası dönemde kadınlara sunulan kontraseptif seçenekler genellikle geçici yöntemlerle sınırlı kalmaktadır. Bu, özellikle COVID-19 pandemisi sırasında olduğu gibi tedarik zincirlerinin kesintiye uğradığı dönemlerde sorun yaratmaktadır. DMGÜ’lerde kontraseptif yöntemler için finansal kaynakların istikrarsızlığı, olası yeni pandemilerin uluslararası ticareti etkileme riski ve sürekli artan kontrasepsiyon talebi nedeniyle, düşük başarısızlık oranlarına sahip DSRİA gibi uzun etkili yöntemlere yönelimin teşvik edilmesi gereklidir.

Bu nedenle, doğum sonrası hemen aile planlaması (DSHAP) hakkında danışmanlık hizmetlerinin verilmesi ve DSRİA gibi uzun etkili yöntemlere erişimin sağlanması, kadınlara kısa etkili yöntemlere kıyasla daha güvenilir bir doğurganlık kontrolü imkânı sunmaktadır. Bu sayede kadınlar, kendi sağlıklarına ve çocuklarının bakımına odaklanabilir, eğitimlerini sürdürebilir ve gerekirse ailelerine ekonomik destek sağlayabilirler. Bu durum, aynı zamanda yoksulluk döngüsünün kırılmasına katkı sağlayabilir.

2. DOĞUM SONRASI RAHİM İÇİ ARAÇ (DSRİA)

Doğum sonrası rahim içi araç (DSRİA), hormon içermeyen, uzun etkili geri dönüşümlü bir kontraseptif (LARC) yöntem olup son derece maliyet-etkin bir seçenektir. Uzun yıllardır dünya genelinde kullanılmakta olup birçok hekim, hemşire ve ebenin cihazın uygulanması ve çıkarılması konusunda deneyimi bulunmaktadır. Ancak, cihazın doğumdan hemen sonra uygulanması konusunda küresel ölçekte edinilmiş deneyim daha sınırlıdır.

DSRİA’nın elle doğum sonrası uterus içine yerleştirilmesi yöntemi ilk kez 1960’larda tanımlanmış olsa da, bu dönemde bildirilen yüksek atılma (ekspulsiyon) oranları nedeniyle yöntem zamanla gözden düşmüştür. Son yıllarda Kelly forseps kullanılarak yapılan uygulamaları inceleyen üç büyük çalışmada, doğumdan hemen sonra yerleştirilen DSRİA’ların atılma oranlarının, adet döngüsü arası dönemlerde (interval) yapılan uygulamalarla benzer olduğu gösterilmiştir.

Jhpiego, 2010–2013 yılları arasında çok uluslu bir girişim başlatmış; FIGO da 2013–2020 yılları arasında benzer bir girişimi yürütmüştür. Ayrıca 2012–2022 yılları arasında Pakistan genelinde 52 sağlık kuruluşunda yürütülen uygulamalı bir program gerçekleştirilmiştir.

3. DSRİA UYGULAMA YÖNTEMLERİ

Ayrıntılı ve baskıdan uzak (zorlayıcı olmayan) danışmanlık sonrasında, DSRİA yöntemini tercih eden kadınlarda cihaz, doğumdan hemen sonra —bebek ve plasenta çıktıktan sonra— uygulanabilir. Bu uygulama genellikle “plasenta sonrası” yerleştirme olarak tanımlanır ve tekrar muayene ya da doğum sonrası ziyaret ihtiyacını ortadan kaldıran “tek seferlik” bir yaklaşım sunar.

Doğumdan hemen sonra yöntemi seçmeyen kadınlar ya da doğum yapılan sağlık biriminin bu hizmeti anında sunmadığı durumlarda, DSRİA doğumdan sonra 48 saat içinde, taburcu olmadan önce de yerleştirilebilir.

Vajinal doğumlarda, yerleştirme işlemi 32 cm uzunluğundaki kavisli **Kelly plasental forsepsi** ile yapılır. Bu teknik literatürde detaylı şekilde tanımlanmıştır ve uygulayıcının elini ya da daha kısa olan **Ramplsey sünger forsepsi** gibi aletleri kullanmaya kıyasla DSRİA’nın rahim fundusuna daha yüksek bir yerleşimle uygulanmasını sağlar.

Not: Doğumdan 48 saatten sonra yapılan yerleştirme önerilmez çünkü komplikasyon riski anlamlı şekilde artmaktadır.

Sezaryen Doğumlarda DSRİA Uygulaması

Kadın sezaryen doğum yapıyorsa, DSRİA bebek ve plasenta çıkarıldıktan, kanama kontrol altına alındıktan sonra cerrahi insizyon yoluyla uterus içine yerleştirilebilir. Uygulama sırasında rahim içi araç, ister aplikatöründen çıkarılarak doğrudan elle, ister aplikatör kullanılarak fundusa yerleştirilebilir. Her iki yöntem de uygundur; temel ilke, cihazın rahim fundusuna düzgün şekilde yerleştirilmesi, iplerinin rahim boşluğunda ve iç servikal ağzı yönünde uzanıyor olmasıdır. Rahim insizyonu kapatılırken iplerin dikişlere sıkışmadığından emin olunmalıdır.

Eğitim ve Görsel Kaynaklar

FIGO, hem vajinal doğum hem de sezaryen sırasında DSRİA yerleştirilmesi için rehberler yayımlamış, ayrıca bu teknikleri gösteren videoları FIGO’nun resmi internet sitesinde yayınlamıştır:

<https://www.figo.org/what-we-do/figo-projects/ppiud-project/ppfp-counselling-and-ppiud-insertion-training-videos>

4. DSRİA HİZMETLERİNİN UYGULANMASINDAKİ ENGELLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

4.1 Parçalanmış Hizmet Yapıları

Doğum sonrası aile planlaması (DSHAP) ve DSRİA hizmetlerinin kurulması bazı bağlamlarda zor olabilir, çünkü bu hizmetler genellikle kadın doğum, cinsel sağlık ve birinci basamak sağlık hizmetleri gibi farklı birimlerin iş birliğini gerektirir. Özellikle yüksek gelirli ülkelerde hizmetler aşırı derecede uzmanlaşmış olabileceğinden, bu birimler arasında

koordinasyon sağlamak zorlayıcı olabilir. İşlevsel bir hizmet sisteminin kurulabilmesi için baştan itibaren tüm paydaşların koordinasyonu ve mutabakatı kritik öneme sahiptir.

4.2 Görev Paylaşımının Önemi

DSRIA yerleştirme işlemi geleneksel olarak doktorlar tarafından gerçekleştirilmiştir. Ancak bu uygulamanın sadece doktorlarla sınırlandırılması, özellikle doğum sürecinde hiç doktor görmeyen kadınların bu hizmete erişimini engeller —ki bu, birçok kadın için geçerlidir. Bu nedenle görev paylaşımı, doğum sonrası kontraseptif hizmetlere erişimi artırmak açısından son derece değerli bir stratejidir.

Afrika ve Asya'daki pek çok çalışmada, hemşire ve ebelerin DSRIA uygulamasına dahil edilmesiyle hizmete erişimin büyük ölçüde arttığı gösterilmiştir. Görev paylaşımının komplikasyon oranlarında artışa yol açmadan güvenli bir şekilde uygulanabileceği kanıtlanmıştır — yeter ki uygulayıcılar uygun eğitimden geçmiş olsunlar.

4.3 Toplumsal Katılım

Toplumsal katılımı, başarılı bir programın sürdürülebilirliği için anahtardır. Dünyanın birçok yerinde doğum sonrası kontrasepsiyon ve özellikle rahim içi araçlarla (RIA) ilgili yanlış inançlar, efsaneler ve yanlış anlamalar mevcuttur. Bu yanlış algılar hem kadınlardan hem de sağlık hizmeti sağlayıcılarından kaynaklanabilir. Bu nedenle, en baştan itibaren yerel toplum bu hizmetlerin sunum sürecine dahil edilmeli, her düzeydeki sağlık çalışanları kapsamlı danışmanlık konusunda eğitilmelidir. Böylece yöntemin avantajlarını ve dezavantajlarını doğru şekilde açıklayabilecek ve mitleri ortadan kaldıracabilecek kapasitede olacaklardır.

5. FIGO TAVSİYELERİ

- Doğum sonrası kontrasepsiyon hizmetleri, kadınlar için bakımın sürekliliğini sağlamak ve maternal ve üreme sağlığı sonuçlarını iyileştirmek amacıyla doğum hizmetlerinin rutin bir parçası olarak sunulmalıdır.
- Sağlık çalışanları, doğum sonrası aile planlamasını (DSHAP) uygulamalarına entegre etmeye teşvik edilmeli ve ekiplerinin bu hizmetleri sağlayabilecek şekilde eğitilmeleri sağlanmalıdır. Bu hizmetlerin yalnızca özel aile planlaması kliniklerine yönlendirme ile sınırlı kalmayıp, doğum sonrası standart bakımın bir parçası haline getirilmesi erişimi artıracaktır.
- Doğum sonrası hemen aile planlaması (DSHAP), karşılanmamış ihtiyaçları karşılamak, istenmeyen gebelikleri önlemek ve kısa aralıklı gebeliklerle ilişkili sağlık risklerini azaltmak için kritik öneme sahiptir.
- Aile planlaması hizmetlerinin Acil Obstetrik ve Yenidoğan Bakımı (EmONC) hizmetlerine entegre edilmesi yönünde bir eğilim söz konusudur. Böylece EmONC kapsamındaki bakımın doğum sonrası kontrasepsiyonu da içermesi sağlanabilir.
- Doğum sonrası kontrasepsiyon hizmetlerine başlanırken, hem sağlık çalışanlarının hem de kadınların sahip olabileceği yanlış inançlar ve mitler açıkça ele alınmalı ve giderilmelidir.

Hekim Önyargısı ve Sosyokültürel Etkiler

DSRIA kabulünü ciddi şekilde etkileyen faktörler arasında:

- Yetersiz bilgi,
- Yanlış inançlar ve dini temelli önyargılar,
- Sağlık çalışanlarının kişisel önyargıları,
- Kısa etkili yöntemlere yönelim,
- Eş baskısı,
- Yan etki ve komplikasyon korkusu gibi unsurlar yer almaktadır.

Ayrıca, sağlık çalışanlarının kendi inançları —örneğin kültürel, dini değerler veya yetersiz eğitim— kapsamlı doğum sonrası aile planlaması hizmetlerinin sunulmasını engelleyebilir.

Bu nedenle, hem toplumu hem de sağlık hizmeti sağlayıcılarını kapsayan özel hedefli müdahaleler geliştirilerek hizmet sunumuyla birlikte yürütülmelidir.

Danışmanlık Uygulamaları

Kontrasepsiyon danışmanlığı şu dönemlerde sunulmalıdır:

- Antenatal dönem (gebelik süreci),
- Doğum eyleminin erken evresi,
- Doğumdan hemen sonraki dönem.

Kadınlara, karar verme sürecinde aile üyeleriyle özellikle de sıklıkla karar verici konumda olan erkek partnerleriyle birlikte düşünme ve konuşma fırsatı verilmelidir. Antenatal bakım almadan doğum eylemiyle gelen kadınlar için, erken doğum evresi danışmanlık için fırsat olarak değerlendirilmelidir.

Ayrıca, doğumun geç evresinde başvuran kadınlara da doğumdan hemen sonra danışmanlık sunulmalıdır. Bu uygulamayı desteklemek için doğumhanelerde 7/24 danışmanlık sunulmalı ve gerekirse ek aile planlaması danışmanları istihdam edilmelidir.

Danışmanların Eğitimi ve Takibi

Danışmanların kalitesini sürdürürebilmek için düzenli denetim ve izleme yapılmalıdır.

Yüksek hacimli doğum merkezlerinde, bire bir danışmanlık mümkün olmadığında, önceden kaydedilmiş videolar etkili bir danışmanlık aracı olarak kullanılabilir. Bu videolar bekleme salonlarında ya da koridorlarda gösterilebilir. Ayrıca, yöntemlere dair temel bilgileri içeren broşürler de faydalı olabilir.

6. SONUÇ

Doğum sonrası aile planlaması (DSHAP), doğum sonrası dönemde kontrasepsiyon ihtiyacının karşılanması yoluyla maternal ve neonatal morbidite ile mortalitenin azaltılmasında temel bir müdahaledir. Tüm kadınlara, gebelik dönemi (antenatal), doğumun erken evresi (intrapartum)

ve doğum sonrası ilk dönem (postpartum) boyunca, dengeli ve baskıdan uzak kontraseptif danışmanlık hizmeti sağlanması esastır.

DSRİA, oldukça etkili, düşük maliyetli ve uzun etkili bir geri dönüşümlü kontraseptif yöntemdir. Bu nedenle doğum hizmetleri kapsamında, tercih eden tüm kadınlara sunulmalıdır. FIGO ve Uluslararası Ebelik Konfederasyonu'nun (ICM) yakın tarihli ortak bildirisi de bu önerileri desteklemektedir.

6.1 FIGO'nun Taahhütleri

- Kadınların tüm üreme yaşamları boyunca ve özellikle doğum sonrası dönemde kontrasepsiyona erişimlerini savunmak,
- Klinik uygulayıcılar ve sağlık bakanlıklarının doğum sonrası kontrasepsiyon (özellikle DSRİA) hizmetlerini sunabilmelerini kolaylaştırmak adına eğitim materyalleri sağlamak ve kapasite geliştirmek.

5 FIGO ÖNERİLERİ DETAYLI;

Doğum sonrası kontrasepsiyon hizmetleri, kadının bakımının sürekliliğinin bir parçası olarak ve anne ve üreme sağlığı sonuçlarını iyileştirmek için doğum hizmetlerinde sağlanmalıdır.

Sağlık hizmeti sağlayıcıları, PPFP'yi uygulamalarına entegre etmeye ve ekiplerinin bu hizmetleri sunma konusunda eğitildiğinden emin olmaya teşvik edilmelidir. Hastaları özel aile planlaması kliniklerine yönlendirmek yerine, PPFP'yi standart doğum sonrası bakımın bir parçası olarak önceliklendirmek, doğum sonrası kontraseptif seçeneklerine erişimi optimize etmek için önemlidir. Karşılanmayan ihtiyaçları ve istenmeyen gebelikleri karşılamak ve yakın aralıklı gebeliklerle ilişkili sağlık risklerini azaltmak için acil PPFP çok önemlidir.

Aile planlaması hizmetlerinin Acil Obstetrik ve Yenidoğan Bakımı'na (EmONC) entegre edilmesi yönünde bir hareket var. Bu, EmONC hizmetlerinin rutin doğum bakımının bir parçası olarak kontrasepsiyon sunmasını sağlayacaktır.

Doğum sonrası kontrasepsiyon hizmetlerine başlarken, hem sağlayıcı hem de kadın tarafında mitlerin ve yanlış anlamaların ele alınması zorunludur.

Kadının ve ailesinin sağlayıcıyla ilgili önyargıları ve sosyokültürel inançları PPIUD'nin benimsenmesinde büyük bir etkiye sahiptir. Çalışmalar yetersiz bilgi, mitler, dini inançlar, sağlayıcı önyargıları, kısa etkili yöntemlere yönelik tercih, eş baskısı ve yan etki ve komplikasyon korkusu gibi engelleri vurgulamıştır. Ayrıca, kültürel veya dini değerler veya yetersiz eğitim tarafından şekillendirilen sağlık hizmeti sağlayıcılarının kişisel inançları kapsamlı PPFP hizmetlerini engelleyebilir. Hizmetlerin sağlanmasıyla birlikte toplum ve sağlık hizmeti sağlayıcılarını içeren belirli hedefli müdahalelerin geliştirilmesi önerilir.

Kadınların bilinçli bir seçim yapmak için ihtiyaç duydukları zamana ve bilgiye sahip olmalarını sağlamak için, doğum öncesi, erken doğum sırasında ve doğumdan hemen sonraki dönemlerde dengeli, zorlama içermeyen tartışmalarla doğum kontrolü konusunda danışmanlık sunulmalıdır.

Bu yaklaşım, kadınların doğum başlamadan önce ailesiyle görüşmesine ve kararlar almasına olanak tanır. Daha önce doğum öncesi bakım almadan doğum yapanlar için erken doğum, kadına ve aile üyelerine, özellikle de genellikle orada bulunan ve karar alma sürecine dahil olabilen erkek partnerlere danışmanlık yapma fırsatı sunar.

Doğumun geç başladığını bildiren kadınlar için, kadınların tartışmaya daha açık olabileceği doğum sonrası dönemde de doğum kontrolü danışmanlığı sunulmalıdır. Bunu kolaylaştırmak için, doğum öncesi kliniklerde danışmanlık ve doğum odalarında 7/24 danışmanlık sağlanmalı ve gerekirse ek aile planlaması danışmanları işe alınmalıdır.

Ancak, kaliteyi sürdürmek için danışmanların düzenli olarak denetlenmesi ve izlenmesi gerekir.

Yüksek hacimli ortamlarda, kişiselleştirilmiş seanslar mümkün olmadığında önceden kaydedilmiş videolar etkili danışmanlık araçları olarak kullanılabilir. Bunlar bekleme odalarında ve koridorlarda oynatılabilir. Benzer şekilde, her yöntemle ilgili önemli bilgiler içeren broşürler faydalı olabilir.

Doğum hizmetleri, PPFP yöntemleri dizisi arasında PPIUD'yi önemli bir seçenek olarak sunmalıdır. PPIUD oldukça uygun maliyetli, uzun etkili (10-12 yıl etkili kalır), geri dönüşümlüdür, çok düşük bir başarısızlık oranına sahiptir ve hormonal değildir (emzirmeyi etkilemez).

Hormon bazlı levonorgestrel salgılayan rahim içi sistem, doğum sonrası dönemde de sunulabilir. Emziren kadınlar için Tıbbi Uygunluk Kriterleri Kontraseptif Kullanım (MEC) kategorisi 2'ye girer, 8 yıl boyunca etkili kalır ve özellikle ağır adet kanaması veya anemi öyküsü olan kadınlar için uygun olabilir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde implantlara ve rahim içi sistemlere erişimin önündeki en büyük engel, patent yasalarının neden olduğu yüksek maliyettir ve bu da bu etkili doğum kontrol yöntemlerini birçok kişi için karşılanamaz hale getirir. Modern doğum kontrolüne erişimdeki bu eşitsizliği gidermek için, çabalar bu seçenekleri en çok ihtiyaç duyan Düşük ve Orta gelirli ülkelerdeki kadınlar için karşılanabilir ve erişilebilir hale getirmeye odaklanmalıdır.

PPIUD'ye özgü danışmanlık, cihazın etkinliği, faydaları, olası yan etkileri ve komplikasyonları hakkında kapsamlı bilgi sağlamalıdır.

Danışmanlık, adet düzensizlikleri, eksik iplikler, atılma belirtileri ve ağrı gibi yaygın endişeler hakkında ayrıntılı tartışmaları içermelidir. PPIUD iplikleri yerleştirilme sırasında kesilmediğinden, kadınlara rahim kasılırken ipliklerin dışarı çıkabileceği ancak bunun inanılmaz derecede nadir olduğu konusunda bilgi verilmelidir. Bu gerçekleşirse, iplikleri nazıkçe vajinaya geri itmeleri ve sağlık uzmanlarına bildirmeleri talimatı verilmelidir. Klinisyenler, kanama ve rahatsızlığın doğum sonrası ve RİA yerleştirilmesinden sonra yaygın

olması nedeniyle, cihazın kabulünün aralıklı yerleştirmeye göre doğumdan hemen sonra daha yüksek olabileceğini bilmelidir.

PPIUD seçilirse, doğumda veya hemen sonrasında (48 saat içinde) ve hastaneden taburcu olmadan önce uygulanmalıdır.

Doğumdan sonraki 48 saat içinde PPIUD yerleştirilmezse, doğum sonrası 4-6 haftaya kadar ertelenmelidir. Kadınlar doğum hizmetlerinden taburcu olmadan önce tercih ettikleri kontraseptif yöntemi alamıyorlarsa, sürekli koruma sağlamak için etkili köprüleme kontrasepsiyonu önerilmelidir.

PPIUD, sezaryen doğum sırasında, bebek ve plasenta doğduktan hemen sonra güvenle yerleştirilebilir. PPIUD'nin fundusa yerleştirilmesine, ipliklerin servikal os'a doğru düzeltilmesine ve ipliklerin yanlışlıkla uterus kesisinin kapatılmasına dahil edilmemesine dikkat edilmelidir.

Dünya çapında kadınların %21,1'i sezaryenle doğum yaparken (Sahra altı Afrika'da %5'ten Latin Amerika ve Karayipler'de %42,8'e kadar) sezaryenle doğum sırasında PPIUD yerleştirme seçeneği etkili bir stratejidir.³¹ PPIUD, bebeğin ve plasantanın doğumundan hemen sonra ve uterus kapatılmadan önce yerleştirilebilir; çalışmalar vajinal doğumdan sonra yerleştirmeye benzer etkinlik ve atılma oranları göstermiştir. Yerleştirmeden sonra, RIA ipliklerinin yanlışlıkla kesinin kapatılmasına dahil edilmemesine dikkat edilmelidir.

Acil sezaryen doğum oranlarının yüksek olması nedeniyle, PPIUD yerleştirme işlemi EmONC hizmetlerine de entegre edilmelidir. Kadın önceden onay veriyse ve membranların uzun süreli yırtılması veya koryoamniyonit kanıtı gibi herhangi bir kontrendikasyon yoksa, bu güvenli kabul edilir.

PPIUD, vajinal doğumdan sonra uzun 33 cm'lik Kelly forsepsi veya özel olarak yapılmış bir cihaz kullanılarak güvenli bir şekilde yerleştirilebilir.

Fundusta uterus boşluğunun üst kısmına doğru yerleştirme, atılımı en aza indirmek için önemlidir. Doğru şekilde yerleştirildiğinde, kanıtlar atılım oranlarının aralıklı yerleştirmelere (%3) benzer olduğunu göstermektedir. 24 cm'lik doku veya sünger forseps kullanılarak cihazın yerleştirilmesi önerilmez, çünkü yeterince uzun değildir ve uterus fundusuna ulaşmaz, bu da atılım riskini artırır.

Özel olarak üretilmiş cihaz kullanılarak yerleştirildikten sonra ipliğin görünürlük şansının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ancak, daha uzun iplikler göz önüne alındığında, bu iplikleri kesmek için 2 haftada bir takip ziyareti gereklidir. Özel olarak üretilmiş cihaz, bakım noktasında hizmeti ücretsiz sağlayan birçok ülke için aşırı pahalıdır.

Enfeksiyon (koryoamniyonit) veya uzun süreli zar yırtılması (>18 saat) varlığında enfeksiyon riski nedeniyle PPIUD yerleştirilmesi kontrendikedir.

Ek olarak, özellikle geleneksel doğum görevlileri tarafından yönetildiğinde, uzun süreli doğum öyküsü varsa, enfeksiyon riski yüksek olduğundan PPIUD takılması önerilmez. Devam

eden bir doğum sonrası kanama (PPH) durumunda, önce bununla ilgilenilmeli ve RİA yalnızca PPH kontrol altına alındıktan ve hafifletici eylem başarıyla gerçekleştirildikten sonra takılmalıdır.

Klinisyenler ayrıca bakır spiralinin herhangi bir zamanda takılmasına yönelik standart kontrendikasyonları da akılda tutmalıdır; bunlara bakır alerjisi, Wilson hastalığı, aşırı derecede bozulmuş bir uterus boşluğu, malign trofoblastik hastalık, pelvik tüberküloz ve genital sistem kanserleri (servikal veya endometriyal) dahildir.

PPIUD takmaları çok düşük komplikasyon oranlarıyla ilişkilidir, enfeksiyon riski minimumdur ve çok az sayıda perforasyon vakası bildirilmiştir.

Bununla birlikte, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasındaki yanlış algılar, enfeksiyonla ilgili yanlış endişeler nedeniyle gereksiz yere çıkarılmasına yol açabilir. Pakistan'da 146 318 PPIUD yerleştirmenin yer aldığı büyük bir çalışmada, sadece iki uterus perforasyonu vakası bildirilmiştir. Altı ülkede 37 383'lük FIGO serisinde hiçbir vaka bildirilmemiştir.

Bununla birlikte, güvenli ve etkili PPIUD yerleştirmeyi sağlamak için sağlayıcıların kapsamlı eğitimi ve uygun hasta seçimi esastır. Perforasyon riskini en aza indirmek için, sağlık hizmeti sağlayıcılarının, özellikle posterior vajinal forniks olmak üzere kazara perforasyonu önlemek için yerleştirmeden önce tüm serviksi dikkatlice izlemeleri önerilir.

Sağlık kuruluşunda RİA'lar için rutin yerleştirme sonrası kontroller gerekli değildir.

Doğumdan sonraki ilk 48 saatte yerleştirilen RİA'lar için, kadının 4-6 hafta sonra vajinadaki iplikleri kendi kendine kontrol etmesi önerilir. Bunlar yoksa, başka bir köprüleme kontrasepsiyon yöntemi kullanılmalı ve daha fazla araştırma için bir klinisyene görünmelidir.

Kendi kendine kontrol yeterli olsa da, birçok birim rutin olarak yerleştirmeden 4-6 hafta sonra ipliklerin görünür olup olmadığını ve RİA'nın yerinde olup olmadığını kontrol etmek için bir klinisyenle takip düzenler.

Özellikle daha uzun ipliklere sahip RİA'lar için, kadınlara daha erken bir takip randevusuna katılmaları ve vajinanın dışında görülebilecek iplikleri çekmemeleri önerilebilir. Bunun yerine, kesme işlemi için sağlayıcılarına danışmalıdır.

Eksik ipler veya kayıp iplikler PPIUD vakalarının %30'una kadarında meydana gelebilir ve sezaryen doğum sırasında taktırılan kadınlarda daha yaygındır.

Bu oran genellikle adet görmeye başladıktan sonra azalır. Eksik ipler genellikle endişe kaynağı değildir. Hastalar rahatlatılmalı ancak cihazın hala rahim içinde olduğundan emin olmak için transvajinal sonografi (TVS) organize edilene kadar köprüleme kontrasepsiyon kullanmaları önerilmelidir. Cihaz TVS'de görünmüyorsa, karın radyografisi gerekebilir. Göç eden cihazlarla ilgili vakalarda laparoskopi veya laparotomi gerekebilir. Cihaz rahim içinde bulunursa, ipliklerin çıkarılması yalnızca kadının cihazın çıkarılmasını istemesi durumunda gereklidir. Bu, bir Cytobrush veya plastik iplik toplayıcısı kullanılarak yapılabilir ve başarısız olursa histeroskopi düşünülebilir. Metalik iplik toplayıcıları ve arter forsepsleri yalnızca kıdemli

klınısyenler tarafından kullanılmalıdır unk yanlışlıkla uterusun delinmesi riski yüksek olabilir.

Görev paylaşımı, PPIUD hizmetlerine erişimi genişletmek için etkili bir yaklaşım olarak şiddetle tavsiye edilir.

Uygun eğitim ve güçlendirme ile orta düzey sağlayıcılar güvenli PPIUD hizmetleri sunmada eşit derecede yeteneklidir. Bu, özellikle kadınların doğum sırasında öncelikle ebelerle etkileşime girdiği tesislerde faydalıdır. Takma işlemini yalnızca doktorlarla sınırlamak, bu son derece etkili yönteme erişimi azaltacaktır.

Doğum kontrol yöntemlerinin sürekli bulunabilirliğini sağlamak için, doğum kontrol yöntemlerinin doğumhanelerde ve ameliyathanelerde günde 24 saat erişilebilir olmasını garanti eden sağlam bir tedarik zinciri sistemi kurulmalıdır.

şu anda, sağlık hizmeti sağlayıcıları tesisleri için sürdürülebilir bir doğum kontrol ürünü tedarikinin nasıl sağlanacağı konusunda netlikten yoksundur. Bu boşluğu gidermek bir hkmet önceliği olmalıdır.

PPFP'nin, PPIUD hizmetleri de dahil olmak üzere sağlanmasını sürdürmek için, tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarına hem hizmet öncesi hem de iş başında eğitim verilmelidir.

Hemşirelik ve tıp müfredatları, PPFP kavramlarını hizmet öncesi eğitime, pratik eğitime ve sınavlara dahil edecek şekilde güncellenmelidir. Doğumhanede doğum sonrası rahim mankenleri ve Kelly forsepsi veya özel olarak üretilmiş cihaz kullanılarak düzenli eğitimler geliştirilmeli ve sürekli öğrenme sağlanacak şekilde döngüsel olarak yürütülmelidir.